

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO ENFERMERÍA MATERNA.**



**PRACTICAS DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL DE MUJERES URBANAS,  
QUE INGRESAN AL CONTROL PRENATAL, EN EL CONSULTORIO URBANO  
VICTOR DOMINGO SILVA, DE LA CIUDAD DE COYHAIQUE. ENERO 2008.**

Tesis presentada como parte de los requisitos para optar  
al **GRADO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA Y  
PUERICULTURA.**

**HEIDI GABRIELA DUARTES WAHL  
VALDIVIA-CHILE  
2009.**

## RESUMEN

A partir de la menarquia se inicia la etapa reproductiva y por lo tanto, la probabilidad de cursar un embarazo esta presente al iniciar la actividad sexual. Si no se conocen las condiciones o factores de riesgos preconceptionales y no existe un autocuidado preconceptional, la morbilidad y mortalidad se incrementará tanto para la madre como para el hijo(a). Las estrategias de promoción y prevención de la salud se vuelven necesarias, especialmente en el concepto de autocuidado preconceptional, que permite involucrar los múltiples factores que determinan la salud, mejorando las opciones de ejercer control sobre esta y sobre el entorno, con metas claras orientadas a mejorar la calidad de vida y bienestar propio, antes de procrear.

Las agresiones provenientes del entorno ambiental generan la preocupación de cómo se lleva éste proceso de autocuidado en las mujeres y a partir de él se genera los objetivos de la presente investigación, en torno a determinar las prácticas de autocuidado preconceptional más frecuentes y los factores que podrían condicionar la realización de dichas conductas.

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, desarrollado en la comuna de Coyhaique, a través de la aplicación y/o autoaplicación de encuestas estructuradas, a una muestra de 60 mujeres que residen en área urbana, beneficiarias del sistema público de salud. Las variables consideradas fueron prácticas de autocuidado en relación con: nutrición, asistencia a control médico y matrona, estilo de vida, autocuidado preconceptional, exposición a teratógenos químicos, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social.

Los resultados muestran que sólo un 10% del grupo de mujeres estudiadas realizan acciones de autocuidado preconceptional en forma saludable en seis o más de los ámbitos investigados, destacando la dimensión psicosocial destinadas a mantener una autoestima, estado de ánimo y relaciones interpersonales saludables, con porcentajes 96,6%, 88,3% y 88,3 % respectivamente así como el control con médico (58,3%) y la exposición a teratógenos químicos (65%).

Estos resultados tienen relación con las políticas de la salud, en que la promoción y prevención tienen un papel fundamental, así como también el quehacer de la matronería el cual responde a las necesidades del nuevo concepto de ser mujer, ofreciendo un escenario que permite fortalecer el rol de matrona o matrn dentro del contexto de salud pública.

Palabras claves: Autocuidado, Preconceptional, Prevención, Promoción, Proceso Reproductivo.

## SUMMARY

Female reproductive age begins with the inception of menstruation; however, the probability of pregnancy exists upon initiation of sexual activity. If the conditions of risk are unknown and healthy self-care practices are not followed before conception morbidity and mortality rates increase for both mother and child. The strategies of health promotion and prevention are critical, especially relating to the concept of self-care, which permits the involvement of multiple factors to determine health, increases the options to exercise control over one's self and environment, and has clear goals oriented towards quality of life and well-being

Maladies stemming from environmental hazards that affect women once they become pregnant generate the concern of how to encourage the process of self-care and provide the objectives for this investigation. This study attempts to determine best practices of frequent self-care for women before conception and the factors that could contribute to the establishment of such practices in the medical field.

This is a quantitative, cross-sectional and descriptive study carried out in the Coyhaique the country of Chile, utilizing patient applications and/or structured surveys. The Study surveyed 60 urban women, who were involved in the public health care system. The variables considered were the practices of self-care in relation to: nutrition, the presence of doctor or midwife control/influence in the pregnancy, preconception self-care, exposure to deformity causing drugs, and the mother's lifestyle, self-esteem, emotional state, interpersonal relationships and social circles.

The results show that 10% of the women involved in the study practice self-care before conception in a healthy manner in six or more of the variables investigated in the study. This emphasizes the psycho-social dimension destined to maintain one's self-esteem, emotional state and healthy personal relationships with a percentage 96,6%, 88,3% and 88,3 % respectively, as well as presence of doctor care (58,3%) and exposure to deformity causing drugs (65%).

These results are related to new cornerstones of healthcare where promotion and prevention play a fundamental role and also to the practice of midwifery in responding to the needs of the concept of being a modern woman. Such results offer a scenario where the roll of a midwife is allowed to be fortified in the context of public health.

Key words: Self-care, Preconception, Prevention, Promotion, Reproductive Health.

## INDICE.

CONTENIDOS.	PÁGINAS.	
<b>1</b>	<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
1.1	Objetivo General	2
1.1.1	Objetivos Específicos	2
1.2	Hipótesis	3
<b>2</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	<b>4</b>
2.1	Atención Preconcepcional	4
2.1.1	Consejería Preconcepcional	4
2.1.2	Cuidado Preconcepcional	5
2.2	Autocuidado en Salud y Teorías asociadas	5
2.2.1	Objetivos de Autocuidado	6
2.2.1.1	Autocuidado Universal	6
2.2.1.2	Autocuidado del Desarrollo	6
2.2.1.3	Autocuidado en relación a la desviación de la salud	6
2.2.2	Autocuidado y Autoestima	6
2.2.2.1	Autocuidado, autoestima de la mujer y relación con la pareja	7
2.2.3	Autocuidado Preconcepcional	8
2.2.3.1	Dimensión Biológica	8
2.2.3.1.1	Nutrición	8
2.2.3.1.2	Examen de Salud	9
2.2.3.2	Dimensión Psicosocial	9
2.2.3.2.1	Autoestima	9
2.2.3.2.2	Estado de Ánimo	9
2.2.3.2.3	Relaciones interpersonales y circulo social	9
2.3	Políticas de Salud y Mujer	9
2.3.1.	Promoción de la Salud en las Américas	10
2.3.2	Conferencia de Ottawa y la Carta de Ottawa	10
2.4	Concepto de Salud Reproductiva	11
2.4.1	Riesgo Reproductivo Preconcepcional	11
2.4.1.1	Antecedentes y condiciones generales	12
2.4.1.2	Antecedentes Obstétricos y Reproductivos	13
2.4.2	Enfermedades maternas no transmisibles	13
2.4.3	Enfermedades maternas transmisibles	14
2.4.4	Hábitos nocivos: tabaco, alcohol, drogas, dieta	15
2.4.5	Medicamentos	17

2.4.6	Ocupación: Exposiciones materna y paterna	18
2.4.7	Medio Ambiente: Contaminación	20
<b>3</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>24</b>
3.1	Diseño y población en estudio	24
3.2	Selección del tamaño muestral	24
3.3	Criterios de inclusión	25
3.4	Criterios de exclusión	25
3.5	Recolección de datos	25
3.6	Operacionalización de las variables	25
3.7	Análisis de los datos	31
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>ANALISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>38</b>
5.1	Perfil sociobiodemográfico.	38
5.2	Prácticas de Autocuidado	39
5.3	Prácticas de Autocuidado en relación con las variables sociobiodemográficas.	41
<b>6</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>45</b>
6.1	Proyecciones del rol	46
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>48</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>55</b>

## **INDICE DE CUADROS.**

	<b>CUADROS.</b>	<b>PÁGINAS.</b>
1	Principales agentes causantes de infecciones en la mujer embarazada con riesgo para el hijo.	14
2	Principales medicamentos, sus efectos sobre el producto de la gestación, frecuencias de exposición y riesgo.	18

## INDICE DE GRAFICOS.

	<b>GRAFICOS</b>	<b>PÁGINAS.</b>
1	Distribución relativa de la población según estado civil. Coyhaique. Enero 2008.	32
2	Distribución relativa de la población según último año educacional cursado y terminado. Coyhaique. Enero 2008.	33
3	Distribución porcentual de la población según visita a matrona para planificación de embarazo. Coyhaique. Enero 2008.	33
4	Distribución relativa de la población según los miembros que conforman el hogar. Coyhaique. Enero 2008.	34
5	Distribución porcentual de la población según consumo de leche y/o derivados. Coyhaique. Enero 2008.	34
6	Distribución porcentual de la población según consumo suplementario de ácido fólico previo a embarazo actual. Coyhaique. Enero 2008.	35
7	Distribución porcentual de la población según hábitos de automedicación. Coyhaique. Enero 2008.	35

## INDICE DE TABLAS.

	<b>TABLAS.</b>	<b>PÁGINAS.</b>
1	Distribución numérica y porcentual de las Prácticas de Autocuidado a nivel general y en la dimensión biológica y psicosocial, de las mujeres embarazadas que ingresaron a control prenatal, beneficiarias del sistema público de Salud, del Consultorio urbano Víctor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique, Enero 2008. (N=60).	36
2	Distribución numérica y porcentual del aspecto psicosocial, de la población en estudio, pertenecientes al sector urbano de Coyhaique, año 2008.	37
3	Significancia estadística de las Prácticas de Autocuidado según algunas variables sociodemográfica, de las mujeres embarazadas que ingresaron a control prenatal, beneficiarias del sistema público de Salud, del Consultorio urbano Víctor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique, Enero 2008.	74

## **INDICE DE ANEXOS.**

	<b>ANEXOS.</b>	<b>PÁGINAS.</b>
1	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN	56
2	CUESTIONARIO PRACTICAS AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL. COYHAIQUE, 2008	57
3	GRAFICOS DE RESULTADOS	66

## 1. INTRODUCCIÓN.

La salud materna infantil es un reflejo del nivel de desarrollo de un país. Tiene como objetivo conseguir el máximo estado de bienestar para la madre y el niño, se debe obtener recién nacidos sanos sin que la madre sufra complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y además, que durante la vida infantil los niños tengan un desarrollo y crecimiento óptimo (HENRIQUEZ y TOLEDO, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción. Este concepto comprende la atención preconcepcional, la atención prenatal, la atención del parto y del recién nacido, la atención al puerperio y la atención neonatal precoz. (FERNANDEZ y col., 2004).

Un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, es el nacimiento de un niño sano. Sin embargo, en condiciones normales, una proporción de la población de nacidos, tiene un riesgo de sufrir alteraciones durante el embarazo; reproductivas o del desarrollo, las que pueden manifestarse a través de condiciones tan variadas como aborto, malformaciones físicas o deficiencias funcionales a nivel neurológico, endocrino o inmune, bajo peso al nacer, parto pretérmino, entre otras. (CAVIERES, 2004; HENRIQUEZ y TOLEDO, 2005).

Se estima que un porcentaje entre un 15% y un 20% de las mujeres que inician una gestación presentan problemas de salud que deben ser corregidos o controlados. Estos problemas pueden acentuarse durante la gestación y/o afectar el desarrollo fetal. (CHILE, MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), 2004).

Actualmente se reconoce que la atención y el asesoramiento preconcepcional son de los factores más importantes para contribuir al curso normal del embarazo y para minimizar los riesgos mediante la adopción de todas las medidas preventivas necesarias. Por eso resulta de suma importancia la evaluación adecuada de cada mujer en edad reproductiva, con el fin de evaluar riesgos o enfermedades que puedan provocar alguna alteración durante el embarazo, así como para modificar los mismos en la medida de lo posible. (AMOR, 2006).

Sin embargo, como menciona SALINAS y col. (2005) en la práctica no existe el hábito generalizado del autocuidado preconcepcional ni de la consulta preconcepcional y una

proporción importante de los embarazos no son planificados. Así, sólo es posible programar los cuidados prenatales desde el primer control del embarazo. Por ello cabe hacerse la pregunta ¿Las mujeres embarazadas de Coyhaique, tienen prácticas de autocuidado preconcepcional? He aquí la motivación de elección de éste tema para conocer la realidad de las prácticas de autocuidado preconcepcional en las mujeres embarazadas de Coyhaique.

En este contexto la presente investigación puede ser una importante herramienta para la creación de estrategias de intervención que busquen promover, mantener y/o mejorar las prácticas de autocuidado preconcepcional de la población e implementarlas, para aminorar los riesgos biosociales y del ambiente favoreciendo un futuro embarazo se de en las mejores condiciones, tanto para la mujer, la familia y el o la hija que deseen procrear.

El enfoque integral que propone el Programa de Salud de la Mujer y Chile Crece Contigo (ChCC), exige una protección más adecuada del período gestacional, estimulando el control pre-natal desde las primeras semanas de embarazo y más aún estimulando la incorporación del autocuidado previo al embarazo. (MINSAL, 2001).

A través de esta investigación se podrán determinar agencias de cuidado y prácticas de autocuidado preconcepcional que desarrollan las mujeres estudiadas, así como también, factores personales y del entorno que influyen en dichas conductas. Por medio de estos datos, se podrán establecer las necesidades de promoción y prevención específica y la priorización en la prestación de servicios, y generar proyectos y programas de intervención, evaluación y seguimiento en este grupo de mujeres.

## **1.1 OBJETIVO GENERAL**

- Conocer las prácticas de autocuidado preconcepcional y los factores que las condicionan de mujeres urbanas que ingresan al control prenatal en el Consultorio urbano Víctor Domingo Silva, beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) de la ciudad de Coyhaique, durante enero 2008.

### **Objetivos Específicos.**

- 1.1.1 Describir algunas características sociobiodemográficas de la población en estudio, considerando algunos antecedentes generales, gineco obstétricos y psicosociales.
- 1.1.2 Identificar, en la población de estudio, las prácticas de autocuidado preconcepcional más frecuentemente realizadas, en los ámbitos de: nutrición, control médico, control

matrona, hábitos nocivos, autocuidado preconcepcional, exposición a teratógenos químicos, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social.

- 1.1.3 Establecer asociaciones entre las prácticas de autocuidado preconcepcional de la población en estudio y algunas variables sociobiodemográficas analizadas.

## **1.2 HIPÓTESIS.**

- Las mujeres embarazadas tienen prácticas de autocuidado preconcepcional.

## **2. MARCO TEORICO.**

### **2.1. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL.**

“Es el conjunto de acciones en salud que se realizan con una mujer sola, con un hombre solo o con una pareja; incluyen actividades de promoción, prevención, valoración del riesgo concepcional y de intervención en las condiciones que pudieran afectar un futuro proceso de gestación”. (MINSAL, 2007).

El objetivo de la atención preconcepcional es aminorar los riesgos biosicosociales y del ambiente para que un futuro embarazo se desarrolle en las mejores condiciones, tanto para la mujer, la familia y el o la hija que deseen procrear. Es una estrategia efectiva para contribuir a la mejor calidad de vida de las personas a lo largo de su ciclo vital y a través de todos los Programas de Salud. (MINSAL, 2007).

HERREAR y col. (2000) mencionan que “el éxito de la atención preconcepcional reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal”.

MINSAL (2001) señala que, en relación al proceso reproductivo, se han implementado las siguientes estrategias preventivas:

- Reemplazo y advertencia sobre drogas teratogénicas.
- Prevención de cretinismo a través de suplemento de yodo.
- Prevención de defectos del cierre del tubo neural. Suplementación de ácido fólico.
- Vacunación contra la rubéola.

#### **2.1.1 Consejería Preconcepcional.**

“Proceso de comunicación personal y de análisis conjunto entre la o el prestador de salud y la pareja o la mujer u hombre, usuarios/as potenciales y activos/as, mediante el cual se les ofrece los elementos que les ayuden a tomar una decisión voluntaria, consciente e informada acerca de la conveniencia, desde el punto de vista de su estado de salud, acerca de los hijos e hijas que desean procrear”. (MINSAL, 2004).

Así mismo, informales como pueden aplazar este proyecto de vida, si las condiciones de salud no son las mejores en el momento de la consejería. La consejería u orientación debe ser aplicada adecuándose a las características de la población a la que va dirigida, tomando en

cuenta el enfoque de género, etnia, cultura, etapa del ciclo de vida y condiciones socioeconómicas. (MINSAL, 2004).

### **2.1.2 Cuidado Preconcepcional.**

El cuidado Preconcepcional debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. La mujer debe saber que ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su salud impactarán en la evolución de su futuro embarazo, en el desarrollo intrauterino de su bebe y en el desarrollo de su hijo después del nacimiento. El cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicológicos. (CASINI y col., 2002).

## **2.2. AUTOCUIDADO EN SALUD Y TEORÍAS ASOCIADAS.**

El concepto de salud, es un término amplio y complejo, la definición más ampliamente aceptada es la señalada por la OMS en el año 1948, la cual, la establece como un completo bienestar físico, psicológico y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Según OREM (1991), el concepto de salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes, en sus distintos componentes, significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defectos que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, racional y pensante.

En cuanto a la Teoría General del Autocuidado, ésta tiene su origen en la teorista norteamericana Dorothea Orem, que escribió su primer libro en el año 1971, y desde allí en adelante, se desarrollan las teorías y subteorías que componen este modelo, de gran aplicación en la época actual. Entre dichas teorías se encuentra la del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistemas de enfermería. (OREM, 1991).

Esta teoría, permite un abordaje integral del individuo, en función de situar los cuidados básicos como centro de ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir, a mejorar su calidad de vida. Para OREM (1991), la enfermería orienta sus acciones directamente al autocuidado expresando que: es un acto propio del individuo que sigue un patrón, una secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo del ser humano.

A pesar de los diversos modelos planteados como la solución para alcanzar el desarrollo, el autocuidado como una práctica de dimensión individual y colectiva, es una herramienta para avanzar en los objetivos del desarrollo humano, pues permite que el proceso de cuidados no sea un hecho aislado y limitado a medicación y atención, sino que, supera el ámbito biológico y se adentra en la subjetividad de cada individuo para hacer posible el reconocimiento de su especificidad, promover el autoestima y autonomía para llegar a un estado en el que su

autocuidado sea el resultado de una valoración individual, que recupera el valor de las acciones correctivas y que promueva la generación de una nueva conciencia respecto de lo saludable y lo no saludable. (OREM, 1991).

Según OREM (1991), el autocuidado no es innato, se debe aprender, y depende de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social al cual el individuo pertenece. Esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de la salud, donde la educación juega un papel importante, en la medida que permite a las personas hacer frente a sus problemas de salud.

### **2.2.1 Objetivos de autocuidado.**

Entendiendo por tales los resultados que se quiere alcanzar con el autocuidado efectivo (OREM, 1991):

2.2.1.1 Autocuidado Universal: Son llamados también necesidades de base, comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas. Son conocidos como demandas de autocuidado para la atención primaria, que comprenden: la conservación de la ingestión suficiente de aire, agua y alimento, suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la soledad y la interacción social, evitar riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar, promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

2.2.1.2 Autocuidado del Desarrollo: Esto implica promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultes y vejez.

2.2.1.3 Autocuidado en relación a la desviación de la salud: Cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de autocuidado. En este caso el individuo, tiene como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándose demanda de autocuidado para la prevención secundaria.

### **2.2.2 Autocuidado y autoestima.**

A través de la historia, partiendo desde la cultura Griega, se generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado, basados en el siguiente principio: “Hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, constituyendo un sujeto responsable de sus propios actos”. (MARQUEZ, 2006).

Como señala MARQUEZ (2006), el enfoque integral y humano del autocuidado se refiere a que toda persona saludable necesita afecto, protección, participación, entendimiento, ocio, creación, libertad para desarrollar una autoestima que posibilite descubrir su propia identidad. Estos factores están relacionados con los valores, los recursos, las costumbres, los derechos, las prácticas personales y sociales, los hábitos, las creencias, el entorno social y los atributos del ser. En otras palabras el autocuidado es un acto individual que cada persona realiza cuando adquiere autonomía, pero a la vez es un acto recíproco que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda, por ello es primordial mantener relaciones interpersonales que permitan la interacción constante.

Las mujeres tienen tiempo para todo y para todos. No obstante, el cuidado, la atención a los demás y esa permanente actitud de servicio dificultan la posibilidad de darse cuenta de las necesidades, deseos y aspiraciones. A lo largo de la historia, esta forma de socializar el cuidado y la atención hacia los demás ha marcado profundamente la actitud de las mujeres respecto a sí mismas y, sobre todo, con respecto al poco tiempo que dedican a su salud, a su cuerpo, a conocerse, a atender su desarrollo personal y su vida, es decir, a su autocuidado, provocando un autoconcepto poco valorativo para sí misma; una baja autoestima. (PEREZ, 2004).

La autoestima es la valoración que cada persona hace de sus atributos intelectuales, emocionales, físicos y espirituales; es el sentimiento o concepto valorativo (positivo o negativo) del ser, la cual se aprende, cambia y se puede mejorar y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias. Según como se encuentre el autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que estos están intrínsecamente ligados. Una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, fomentará el autocuidado, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, así como también es la base de una salud mental y física adecuada. (CAMACHO, 1997).

OCHOA (2008) señala que la persona con una autoestima elevada, valora y cuida su salud, sabe que es muy importante para ella y para los que le rodean mantenerse en buen estado de salud, por lo tanto evita o se abstiene ante situaciones perjudiciales de salud que puedan ser de alto riesgo.

2.2.2.1 Autoestima, autocuidado de la mujer y relación con la pareja. Son pocos los estudios realizados en lo que concierne la autoestima, el autocuidado de la mujer y la relación de pareja, previo a la concepción del embarazo. (GAMA y BILBAO, 2007).

Las mujeres que inician un embarazo sin pareja estable, se tienen poca fe y confianza; no se

encuentran contentas consigo mismas, dudan de su propio valer y, por lo mismo, no existe autocuidado preconcepcional. Las mujeres, tienen una concepción muy pobre y devaluada de sí mismas, lo que hace destacar los aspectos más negativos de su personalidad, dejando a un lado su agencia de autocuidado. (GAMA y BILBAO, 2007).

El no tener una pareja estable al iniciar un embarazo, implica directamente una crisis en la mujer, que se ve reflejada en su autoestima y como consecuencia, repercute en su capacidad de autocuidado, pudiendo incidir en el desarrollo adecuado de un embarazo. (GAMA y BILBAO, 2007).

La vida en pareja ha sido desde tiempos remotos la base de la familia y por ende influye en el autocuidado preconcepcional de la mujer. La pareja es una unidad social básica cuya estabilidad repercute positivamente en la salud psíquica, social y aun biológica de la mujer; y por otro lado, la inestabilidad de la pareja puede traer grandes consecuencias para un futuro embarazo, como el estudio realizado por VARGAS y col. (2004), donde en un grupo de mujeres sin pareja estable, en un hospital de la región metropolitana, encontraron hallazgos negativos en la cifra de embarazos no deseados que, aun en el grupo con la frecuencia menor, llegó a 28,6%.

El apoyo del hombre es un componente importante para el bienestar y la planificación futura de un embarazo, influyendo fuertemente en el autocuidado preconcepcional. Los hombres tienen que apoyar a sus parejas cuando estas decidan usar un método anticonceptivo, además de hablar de los planes futuros de procreación y hacerse más responsables del autocuidado preconcepcional de su pareja. (GAMA y BILBAO, 2007).

### **2.2.3 Autocuidado Preconcepcional.**

2.2.3.1 Dimensión Biológica: Son actividades orientadas a disminuir o evitar las complicaciones de los cambios en la esfera biológica. (ROJAS, 2003).

2.2.3.1.1 Nutrición: El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. Durante el embarazo existe un incremento de las necesidades de casi todos los nutrientes respecto a una mujer de la misma edad, en una proporción variable que fluctúa entre 0 y 50%. (UAUY y col., 2002).

UAUY y col., (2002) recomiendan requerimientos nutricionales especiales (frutas, verduras, leche y/o derivados, cereales y pocas carnes magras) y deben entre otras cosas, consumir cantidades suficientes de calcio y de vitamina D, para prevenir la osteoporosis futura, así como

cuantías suficiente de vitamina C, hierro, zinc y yodo, entre otros, y por ultimo llevar una dieta baja en grasas saturadas y colesterol (disminuir las grasas, sobre todo las de origen animal).

**2.2.3.1.2 Examen de Salud:** Según el Programa de Salud de la Mujer, el modelo de atención en el período preconcepcional debe ser multidisciplinario e integral y deberá comprender: examen clínico general y regional: en especial exploración mamaria, exploración vaginal y pélvica, citología cervical, toma de papanicolau (según corresponda). Toma de peso y la talla, control de la presión arterial, visita al dentista y/o nutricionista, suplemento de vitaminas según corresponda; así como exámenes auxiliares y exploración de antecedentes personales y/o familiares detalladamente para evaluar estilo de vida, riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS), potencial exposición a teratógeno químicos, saneamiento básico, posibles vectores, entre otros parámetros a evaluar.

**2.2.3.2 Dimensión Psicosocial:** Se relaciona con hacer frente a los cambios que se presentan en la dimensión psicosocial, las prácticas en esta dimensión deben contemplar:

**2.2.3.2.1 Autoestima:** Todo ser humano sólo por el hecho de serlo merece respeto, incondicional de los demás y de sí mismo. Cuando la mujer está en la etapa preconcepcional debe conocerse a sí misma, estar bien informada y preparada, potenciar hábitos de vida saludable, compartir experiencias con otras mujeres, volver a conocer el cuerpo y entender lo que se quiere comunicar con sus cambios, plantearse nuevos proyectos de vida y amarse a sí misma. (CAMACHO, 1997).

**2.2.3.2.2 Estado de ánimo:** El estado de ánimo puede mejorarse a través del uso de recetas naturales como tomar un vaso de leche tibia antes de dormir así como el uso de romero, ruda, entre otras. El ejercicio combate la depresión leve y la ansiedad. Se aconsejan técnicas de relajación, de meditación. Llevar una vida sin presiones ni estrés, realizar actividades novedosas y atractivas, salir de paseo. (MARQUEZ, 2006).

**2.2.3.2.3 Relaciones interpersonales y círculo social:** En ésta nueva etapa se sugiere emprender nuevas actividades, frecuentar asociaciones, asistir a reuniones sociales, disponer de más tiempo para disfrutar aficiones y cultivar amistades. (MARQUEZ, 2006).

## **2.3 POLÍTICAS DE SALUD Y MUJER.**

En 1948 surge la OMS la cual lista distintos elementos fundamentales en la salud reproductiva tales como la planificación familiar, cuidados del embarazo, cuidados del recién nacido y el niño (a). (RAÑA y col., 2005).

La planificación familiar como política de salud permite la decisión libre, consiente y voluntaria de la pareja para determinar cuantos y cuando tener hijos que deseen, mediante al utilización de los diferentes métodos anticonceptivos su finalidad es reducir la morbilidad y la mortalidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y se logre una maternidad y paternidad responsable. Es así como en Chile, la atención de salud que se le proporciona a la mujer durante el proceso reproductivo, ha permitido logros significativos en los descensos de morbilidad materna y perinatal, así como reducción, en forma importante del aborto inducido. (MINSAL, 2001).

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva desarrollado por la OMS la define como: “La posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros y de criar hijos saludables”. Desde ésta perspectiva, el enfoque integral que propone el Programa de Salud de la Mujer exige una protección más adecuada del período gestacional, estimulando la incorporación del autocuidado previo al embarazo, a fin de lograr un embarazo en condiciones lo más favorables posibles para obtener, como resultado un parto, puerperio y recién nacido en óptimo estado de bienestar biosicosocial. (MINSAL, 2001).

### **2.3.1 Promoción de la Salud en las Américas.**

“Promoción de salud corresponde a una estrategia para la protección y la mejora de la salud pública y para fomentar iniciativas y acciones colectivas e individuales. Su meta, Salud para Todos, puede alcanzarse impulsando acciones comunitarias y estilos de vida adecuados y creando las condiciones para llevar una vida saludable”. (RED PROMO-UACH, 1998).

La OMS caracteriza el concepto de promoción de protección de la salud como la suma de las políticas y acciones que aseguran las condiciones para una vida sana y un desarrollo sostenido de la salud a los niveles individual y colectivo. Abarca los requisitos para alcanzar la salud y las condiciones para lograr un medio ambiente saludable, que incluyen el necesario apoyo social, la organización comunitaria y otras medidas para ayudar a los grupos y a los individuos a satisfacer sus necesidades en cuanto a la salud. Al explicar éste concepto se supone que el suministro de información permitirá a las personas tomar sus propias decisiones en relación con su forma de vida y les ayudará a sustentar sus conocimientos y su motivación para el mantenimiento de su propia salud. De esta forma, la promoción y la protección de la salud comprenden todos los pasos relacionados que permiten que las personas alcancen todo su potencial en cuanto que esté a su alcance. (RED PROMO-UACH, 1998).

### **2.3.2 Conferencia de Ottawa y la Carta de Ottawa.**

Las posibilidades que brinda la promoción de la salud se expusieron cabalmente por primera vez en 1986 en la Conferencia Internacional de Ottawa sobre Promoción de la Salud, copatrocinada por la OMS. La Carta de Ottawa, caracteriza la promoción de la salud como el

proceso que permite que la gente tenga más control sobre su salud y por ende, la mejore. La Carta de Ottawa exige un compromiso político claro con la salud y la equidad en respuesta a la “brecha de salud” que existe entre diversas sociedades o dentro de ellas mismas. (RED PROMO-UACH, 1998).

“La noción de promoción de la salud expuesta en la Carta de Ottawa es un concepto positivo de la salud como fuente de riqueza en la vida diaria. Un componente crucial para su éxito es el de hacer que la población participe y modifique conductas y estilos de vida nocivos para la salud, para reducir los riesgos y desarrollar un sentido de responsabilidad compartida con los servicios de salud. La Carta hace de la promoción de la salud una tarea intersectorial que incluye educación, información, comunicación social, legislación, establecimiento de normas, organización, participación de la población y esfuerzos para reorientar los servicios de salud”. (RED PROMO-UACH, 1998).

## **2.4 CONCEPTO DE SALUD REPRODUCTIVA.**

“La Salud Reproductiva es una constante presente durante todo el ciclo vital en las mujeres y los hombres, que se extiende por conducto de la familia a la comunidad y se expresa con una inquietud por la relación entre la población y el ambiente. La salud reproductiva tiene que ver con las personas y sus relaciones, sus valores, su ética y sus esperanzas en el futuro. Es quizás la única esfera de la salud que tiene que ver con los individuos y las sociedades de una forma tan profunda”. (GRUPO CONSULTIVO EN APTITUDES DE PARTERÍA PARA LA SALUD REPRODUCTIVA, 1998).

En relación con los cuidados de la salud reproductiva, se ha considerado que éstos deben comenzar en la llamada etapa preconcepcional; estos cuidados son promocionales cuando toman en cuenta incidir el proceso de crecimiento y desarrollo del niño y la niña, con atenciones que no sólo se limitarían a los servicios, sino también a actividades de información, educación y orientación, que incluyan aspectos de Salud Sexual y Reproductiva, como parte de la educación integral, y son preventivas, cuando modifican factores o enfermedades existentes, previos al embarazo, que de coexistir con éste elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. (CUBA, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2001).

### **2.4.1 Riesgo reproductivo Preconcepcional.**

HERREAR y col, (2000), mencionan que el embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido.

“El Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC), se aplica a mujeres en edad reproductiva entre 12 y 49 años, no gestantes, que de acuerdo con la presencia de condiciones y factores de

riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la del futuro hijo, si se involucran en el proceso reproductivo. Esta probabilidad no es igual para todas las mujeres aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así se debe considerar. Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal”. (HENRIQUEZ y TOLEDO, 2005).

El concepto de embarazo de alto riesgo atañe tanto a la madre como al feto. Se define como un embarazo de riesgo aquél que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo. (HERREAR y col., 2000).

2.4.1.1 Antecedentes y condiciones generales. Peso (malnutridas): Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. (HERREAR y col., 2000).

- Condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas: Constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: embarazo no planificado, embarazo no aceptado, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc. (HERREAR y col., 2000).

RIVERA (2003) señala que un embarazo no planificado puede interferir en el desarrollo social, educativo y económico de la madre, y expone a que su hijo nazca con grandes desventajas biosociales. La información y educación sexual son virtualmente insuficientes en calidad y oportunidad para la población en su conjunto, ya que en muchas regiones persiste el mito de que el hecho de proporcionar información a temprana edad acerca de la sexualidad, incentivará las relaciones sexuales a temprana edad y a la promiscuidad. Sin embargo, la evidencia sugiere lo contrario, la gente tendrá un comportamiento responsable si se dan herramientas que necesita para ello.

MONTOYA (2007) alude que la prevalencia de embarazos no planificados que se convierten en embarazos aceptados, refleja la necesidad generalizada de información y educación en sexualidad. Alude a la escasa importancia dada a la salud sexual como elemento constitutivo del bienestar general. La inequidad en el acceso a los servicios de salud hace que muchas niñas y mujeres no puedan obtener la atención que requieren para cuidar y recuperar su salud sexual.

El aumento de embarazos no planificados, son una muestra de que aún no existe conciencia en las mujeres acerca de la importancia del autocuidado preconcepcional. Pareciera que incluso existe un retroceso, pues a pesar de que cada día hay mayor información, facilidad de acceso a

métodos de prevención, y apoyo por parte del sector salud, los embarazos no programados van en aumento. (LOPEZ, 2007).

2.4.1.2 Antecedentes obstétricos y reproductivos. Paridad: Es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos. (HERREAR y col., 2000).

- Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: Pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo. (HERREAR y col., 2000).
- Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: Pueden repetirse en próximas gestaciones y pudiese existir alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc. (HERREAR y col., 2000).

#### **2.4.2 Enfermedades maternas no transmisibles.**

CASTILLA y col., (1996) señalan que el conjunto de las enfermedades no transmisibles constituye la llamada patología crónica común del adulto, que afecta a 1/20 mujeres embarazadas, pudiendo afectar al producto del embarazo no por contagio, sino por alteraciones de la fisiología materna, así como por la medicación, siendo el efecto de ambas etiologías de difícil distinción en la mayoría de los casos. CASTILLA y col., (1996), hacen mención de algunas enfermedades maternas no transmisibles tales como:

- Diabetes mellitus: Es un factor de riesgo frecuente y severo para los defectos congénitos variados y graves, que puede prevenirse mediante el adecuado control de la enfermedad. La diabetes materna no gestacional, por ser preconcepcional, afecta al embrión en gestación, produciendo defectos congénitos, específicamente malformaciones blastogénicas, cardiopatías y cuadros polimalformativos. Además, las alteraciones metabólicas aumentan marcadamente la probabilidad de muerte pre y perinatal.
- Hipertensión arterial: Es frecuente y se relaciona estrechamente con la preeclampsia y eclampsia, causando retardo del crecimiento intrauterino, prematuridad y alta mortalidad perinatal. (CASTILLA y col., 1996).
- Epilepsia: Afecta a 1/300 mujeres en edad reproductiva, asociándose a un moderado riesgo para microcefalia y retardo de crecimiento intrauterino. En tanto que la microcefalia parece ser causada por la propia epilepsia, el retardo del crecimiento intrauterino resulta de la

interacción de la epilepsia con la medicación anticonvulsivante utilizada. Señalado por Mastroiacovo y col. (1988), citado por CASTILLA y col., (1996).

- **Obesidad y subnutrición:** Como señala Waller y col. (1994), citado por CASTILLA y col., (1996), mujeres obesas tienen riesgo aumentado para concebir hijos con diversas malformaciones, principalmente defectos del tubo neural. La obesidad debe ser considerada como indicación para la suplementación preconcepcional de ácido fólico.

### 2.4.3 Enfermedades maternas transmisibles.

Son numerosas las infecciones que pueden ocurrir durante el embarazo y que significan un riesgo para el feto o recién nacido. El cuadro 1 resume los principales agentes causantes de estas infecciones.

**CUADRO 1.** Principales agentes causantes de infecciones en la mujer embarazada con riesgo para el hijo.

<b>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS).</b>	
<b>BACTERIAS</b>	Chlamydia trachomatis.
	Treponema pallidum.
	Vaginosis bacteriana.
<b>VIRALES.</b>	Hepatitis B.
	Hepatitis C.
	Herpes genital (VHS-2).
	Papilomavirus.
	Virus de inmunodeficiencia humana.
<b>ENFERMEDADES CONSIDERADAS NO VENÉRAS.</b>	
<b>BACTERIAS.</b>	Escherichia coli.
	Streptococcus agalactiae.
	Listeria monocytogenes.
<b>VIRALES.</b>	Citomegalovirus (CMV).
	Parvovirus.
	Rubeola.
	Varicela.
<b>PARASITARIAS.</b>	Toxoplasma gondii.

FUENTE: ABARCA, (2003).

#### **2.4.4. Hábitos nocivos: dieta, alcohol, tabaco, drogas.**

**Tabaco:** Es uno de los pocos factores de riesgo prevenible que afectan las estadísticas de muerte perinatal. Su efecto sobre el producto de la concepción esta asociado a: aborto espontáneo, prematuridad, bajo peso y mortalidad perinatal. (CASTILLA y col., 1996).

Olsen (1992), citado por CASTILLA y col. (1996), en 1957 demostró la disminución del peso fetal con el uso del cigarrillo en la gestación. La disminución del peso fetal es de 200 g. a 250g. en media cuando las madres fuman de 10 a 20 cigarrillos por día y los recién nacidos son pequeños para la edad gestacional. Este retraso en el crecimiento intrauterino es proporcional al número de cigarrillos, al contenido de nicotina por cigarrillo y ocurre en todos los trimestres de la gestación.

Existen más de 4.700 compuestos químicos en el humo de cigarrillo, pero como señala Bartecchi y col. (1995), citado por CASTILLA y col. (1996), la nicotina y el monóxido de carbono probablemente sean los que dañen el desarrollo fetal. La nicotina estimula el sistema nervioso central por su acción en las células ganglionares autónomas, liberando catecolaminas a partir de la médula adrenal y células nerviosas. La respuesta sistémica a esos factores es la elevación de la tasa cardíaca, de la presión sanguínea, del consumo de oxígeno y la vasoconstricción. La nicotina rápidamente llega al feto a través de la placenta y su concentración en el feto es mayor que en la madre, ya que sus tejidos son relativamente incapaces de metabolizar.

Es probable que mitad de las madres sudamericanas fumen durante el embarazo. Como 10% de los niños sudamericanos nacen con peso menor de 2.500 g., el tabaco sería responsable por el bajo peso de por lo menos un tercio de ello, es decir, 300.000 niños por año. (CASTILLA y col, 1996).

- **Alcohol:** Factor de riesgo sumamente importante porque afecta un gran porcentaje de la población y porque el daño mental causado al niño por nacer es irreparable. (CASTILLA y col., 1996).

Los criterios de diagnóstico del Síndrome del Alcohol Fetal (SAF) exigen la historia de abuso de alcohol materno además de: a) retardo de crecimiento pre o postnatal, b) disfunción del sistema nervios central y c) por lo menos dos anomalías craneofaciales características como: microcefalia, microftalmia o fisura palpebral pequeña, filtrum poco desarrollado, labio superior fino y aplanamiento del maxilar. Cuando el niño presenta solo dos de los criterios a-c, el cuadro menos grave es denominado efectos del alcohol fetal (EAF). (CASTILLA y col., 1996).

Spoehr y col. (1993), citado por CASTILLA y col. (1996), analizaron la evolución de los pacientes con SAF y demostraron que el retardo mental es la principal secuela a la exposición intrauterina al alcohol, pues con el tiempo disminuyen las anomalías craneofaciales.

Los efectos del alcohol sobre el feto están correlacionados con la época de la exposición y con la concentración alcohólica. La cantidad ingerida de alcohol no es fácil de determinar, pero los límites inferiores para caracterizar una bebedora consuetudinaria fueron propuestos como de 10 tragos por semana o 45 por mes. (CASTILLA y col., 1996).

- **Cocaína y otras drogas recreacionales:** Los defectos relacionados a su uso son prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino, microcefalia, lesiones cerebrales destructivas y abrupcio placentaria. Señalado por Volpe (1992), citado por CASTILLA y col. (1996).
- **Dieta:** Desde que el Medical Research Council Vitamin Study (1991) publicó sus resultados confirmando que 0,4 mg. al día de ácido fólico, usados preconcepcionalmente, reducían en 72% el riesgo de repetición de defectos del cierre del tubo neural, el papel de la dieta para disminuir los riesgos de resultados adversos en el embarazo asumió una posición destacada. Además del papel del ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural, son también revisados los trabajos que estudiaron el papel de las vitaminas periconcepcionales para prevención del labio leporino. (CASTILLA y col., 1996).
- **Automedicación:** Fenómeno sociocultural relativo al uso inadecuado de psicotrópicos y otras sustancias de uso médico e ilegales, que no se basa en las recomendaciones profesionales ni obedece a indicación diagnóstica, terapéutica o rehabilitatoria de ninguna clase, generando a menudo situaciones negativas contra la salud individual y colectiva. Prácticamente cualquier sustancia de uso médico o no médico puede ser utilizado con fines de abuso prioritario de automedicación, es decir sin prescripción ni precaución, con propiedades mal usadas o abusadas con fines tóxicos. (MERCADO, 2001).

La automedicación implica importantes riesgos para la salud, que incluyen: Riesgos de morbi y mortalidad, complicaciones médicas (efectos secundarios, trastornos en el funcionamiento de aparatos, sistemas y de la homeostasis, complicación del padecimiento que intenta mitigarse, etcétera), riesgo de adquisición de trastornos adictivos y en la mujer embarazada, riesgo de grandes complicaciones tanto para la madre como para el producto. También debe considerarse que el consumo de sustancias o fármacos en el periodo pregestacional, puede tener una influencia, aunque indirecta, en la salud reproductiva de la mujer y por ello influir en la evolución del embarazo, aunque en este periodo ya no sean consumidos. (MERCADO, 2001).

La importancia de la automedicación alude a un estudio realizado por Damase (2000), citado por MERCADO (2001), que realizó un estudio prospectivo en Francia, entrevistando a 250 mujeres embarazadas encontrando que 84% de ellas reportaron consumo de medicamentos, lo que indica que el embarazo no es una condición para no automedicarse. Se encontraron en el producto 14 malformaciones (2.6%), tres óbitos (0.5%), 25 patologías neonatales (4.6%) y 10 resucitaciones (1.8%).

Gomes (1999), citado por MERCADO (2001), reportó que en Brasil existe un aumento importante en la automedicación durante el embarazo. Se estudiaron 1620 mujeres embarazadas que dieron a luz en hospitales públicos y privados en Sao Paulo. La prevalencia de uso de al menos un medicamento fue de 97.6% con un promedio de 4.2 medicamentos por persona. La prevalencia del consumo de medicamentos con prescripción médica fue de 94.9% y la de automedicación fue de 33.5%.

#### **2.4.5. Medicamentos.**

Un agente teratógeno es un medicamento, un agente químico, un virus, un elemento físico o un estado deficitario que, si se presenta en el período embrionario o fetal altera la morfología o la (posterior) función en el período prenatal. Las estadísticas efectuadas indican que aproximadamente un 50 % de las embarazadas usa al menos una droga indicada por su médico y una cantidad mayor sin prescripción médica. (BLANCO, 2003).

BLANCO (2003), señala que muchas embarazadas son advertidas de evitar todo tipo de medicación, lo cual no siempre es posible debido a que hay patologías en la cual la medicación se vuelve indispensable ya que existe un compromiso vital ya sea con la madre o con el feto. Del 2 al 3 % de los bebés que nacen pueden tener algún tipo de afección congénita. Un 25% de estas afecciones son de origen genético, un 65% son de origen desconocido y de un 2 a un 3 % de estos últimos puede asociarse con drogas.

En el cuadro 2, se muestra el número de casos de exposición a alguno de los medicamentos considerados como potenciales teratógenos, 1995 registrados en el Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC) entre 1967 y 1991. Posteriormente, CASTILLA y col., (1996), hace mención de algunos medicamentos potencialmente teratógenos.

**CUADRO 2.** Principales medicamentos, sus efectos sobre el producto de la gestación, frecuencias de exposición y riesgo.

<b>Medicamentos</b>	<b>Efecto</b>	<b>Expos.</b>	<b>Afecc.</b>	<b>Prevención</b>
Talidomida	Reducción miembro	Baja	Alta	Prevenir lepra
Acido retinoico	Fisura labiopalatina	Moderada	Alta	No usar*
Dietilestilbestrol	Cáncer vaginal	Baja	Alta	No usar*
Hormonas sexuales	Intersexos.	Alta	Alta	Planif. Familiar
Citostáticos	RCIU, Hidrocefalia	Baja	Alta	Ninguna
Cumarínicos	Hipoplasia nasal	Baja	Alta	No usar*
Estreptomicina	Sordera	Alta	Alta	No usar*
Tetraciclina	Hipoplasia esmalte	Alta	Alta	Daño menor
Captopril	Oligohidroamnios	Alta	Alta	No usar*
Aspirina	Disrupción vascular	Alta	Moderada	No usar*

\*: Entiéndase en mujer en edad fértil.

FUENTE: CASTILLA y col., (1996).

#### **2.4.6 Ocupación: Exposiciones materna y paterna.**

Se entiende por exposición ocupacional a la que ocurre en el lugar del trabajo, como consecuencia de la función habitual del trabajador. La exposición ocurre dentro de los límites de la fábrica o establecimiento laboral y ella ocurre de puertas adentro, tal como en la exposición domiciliar. Señalado por Kennedy (1994), citado por CASTILLA y col. (1996).

En términos generales, la mujer que trabaja fuera de la casa muestra mayor riesgo reproductivo, incluyendo subfertilidad, abortos y malformaciones, que de ama de casa; observación inexplicada en la que coinciden los resultados de varios autores, estudiando

poblaciones muy diferentes: Irán (Kavoussi, 1977), Finlandia (Hemminki et al., 1980), Suecia (Ericson et al., 1987), Noruega (Aalborg et al., 1993), entre otros. (CASTILLA y col., 1996)

- Pesticidas: Agrupa a un conjunto de compuestos con características químicas y actividades biológicas heterogéneas. Según su actividad, estos compuestos se clasifican en herbicidas, insecticidas, molusquicidas, fungicidas y rodenticidas, y por tanto, son útiles no sólo en la industria agrícola, donde se los emplea para proteger cultivos y aumentar rendimientos de cosechas, sino también a nivel doméstico, donde se los usa con frecuencia para eliminar insectos o roedores. (CAVIERES, 2004).

A pesar del gran uso de los pesticidas, se han publicado pocos informes que investiguen su toxicidad sobre la reproducción y la gestación en humanos, destacándose en Chile el trabajo reciente de Rojas y col. (2000), mencionado por CAVIERES (2004), el cual analiza estadísticamente la relación entre la incidencia de malformaciones congénitas y la exposición parental a pesticidas en recién nacidos en Rancagua.

Este estudio determinó que entre los años 1996 y 1998 hubo una prevalencia de 41,24 % de malformaciones congénitas, destacándose las anomalías osteomusculares, del sistema nervioso central y cromosomopatías. Asimismo, 12,5% de los mortinatos portaban malformaciones congénitas. Los autores encontraron una asociación positiva entre exposición a pesticidas e inducción de malformaciones congénitas, aún cuando destacan que es necesario hacer otros estudios para confirmar esta relación. A pesar de sus limitaciones, este estudio es el único que demuestra que la exposición a pesticidas podría estar influenciando la aparición de malformaciones congénitas en zonas de trabajo agrícola en Chile. A si mismo, investigadores han demostrado que el riesgo de muerte fetal debido a anomalías congénitas, aumenta cuando existe exposición materna a pesticidas entre la 3<sup>a</sup> y 8<sup>a</sup> semana de embarazo. (CAVIERES, 2004).

El programa de California para los estudios de los defectos de nacimiento, proporciona el marco de la relación entre los defectos de nacimiento y los pesticidas. Se observó que el trabajar en el jardín o huerto casero, se relaciona con paladar hendido o labio leporino, defectos del tubo neural, defectos del corazón y defectos en los brazos o piernas. Vivir a no más de 1/4 de milla de terrenos dedicados a la agricultura, asociado a los defectos del tubo neural. (SHAW y col., 1999).

- Disolventes orgánicos: Son productos químicos capaces de disolver otras sustancias. Algunos de los disolventes orgánicos más comunes son los alcoholes, los desengrasantes, los diluyentes de pintura y quitaesmaltes. Un estudio realizado en Canadá en 1999 comprobó que las mujeres que estaban expuestas a disolventes en su

trabajo durante el primer trimestre del embarazo tenían una probabilidad 13 veces mayor que las mujeres no expuestas de tener un bebé con algún defecto de nacimiento importante, como espina bífida, pie zambo, defectos del corazón y sordera. (LAPPER y CHALFIN, 2007).

Otros estudios han comprobado que las mujeres que trabajan en fábricas de semiconductores y que están expuestas a altos niveles de éteres de glicol, otro tipo de disolventes, tienen casi el triple de probabilidades de sufrir un aborto espontáneo que las mujeres no expuestas. Los éteres de glicol también se utilizan en trabajos de fotografía, tinturas y serigrafía. (LAPPER y CHALFIN, 2007).

Menciona SZOT (2002), que en el mundo 5,4% de los nacidos vivos presentan defectos congénitos, de estos 0,22% corresponde a malformaciones. En Chile, 1.060 personas (1,2%) mueren cada año por defectos congénitos (malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas), siendo aproximadamente 650 de ellos, niños menores de 1 año.

#### **2.4.7 Medio Ambiente: Contaminación.**

Los fetos y los niños, en comparación con los adultos, presentan una vulnerabilidad especial a los tóxicos ambientales debido a su inmadurez fisiológica y más tiempo de vida después de la exposición. Los efectos en el desarrollo fetal pueden tener consecuencias inmediatas, e incluso a largo plazo, en la salud de los individuos. (ESPLUGUES y col., 2007).

- Partículas de suspensión: A principio de la década de 1990, investigadores llevaron a cabo un estudio geográfico en la República Checa en el que encontraron una asociación entre las concentraciones de dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>) y partículas en suspensión (TSP) con las tasas de mortalidad neonatal por distritos. (ESPLUGUES y col., 2007).

Además del efecto en salud descrito anteriormente, 4 estudios han evaluado la relación de la contaminación atmosférica con el retraso del crecimiento intrauterino. En general, los resultados muestran una asociación mayor que con el peso bajo al nacer. Investigaciones en la República Checa, han estudiado la relación entre la exposición a determinados contaminantes del aire y el retraso en el crecimiento intrauterino. En este estudio, los autores observaron que las exposiciones registradas durante el primer mes del embarazo son las que se relacionan con el retraso del crecimiento. (ESPLUGUES y col., 2007).

- Plomo: El plomo es un metal que durante mucho tiempo podía encontrarse en la gasolina, la pintura y otros productos utilizados en el hogar y en el trabajo. Si bien sigue estando presente en el medio ambiente, las cantidades son cada vez menores desde que la Agencia

de Protección Ambiental (EPA) prohibió su uso en dichos productos en la década de 1970. La exposición a altos niveles de plomo durante el embarazo contribuye a la ocurrencia de abortos espontáneos, partos prematuros, bajo peso al nacer y retrasos en el desarrollo del bebé. (LAPPER y CHALFIN, 2007).

- Mercurio: Las mujeres embarazadas suelen exponerse al mercurio al consumir pescado contaminado. El mercurio se introduce en el medio ambiente a través de fuentes naturales y artificiales (como la contaminación generada por la combustión del carbón u otros tipos de contaminación industrial). Al ser procesado por bacterias, se transforma en una forma más peligrosa (metilmercurio) que se acumula en los tejidos grasos de los peces. (LAPPER y CHALFIN, 2007).

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aconseja a las mujeres embarazadas y a las mujeres en edad fértil abstenerse de comer ciertas especies que podrían contener niveles más altos de mercurio, como tiburón, pez espada, atún, caballa y pez azulejo. Estas variedades de pescado pueden contener suficiente mercurio para dañar el sistema nervioso en desarrollo del bebé durante el embarazo y los primeros años de vida y llevar a retrasos al hablar y caminar y a problemas en el área de la motricidad fina. La exposición de la mujer embarazada al PCB (bifenilos policlorados, producto químico industrial) puede contribuir a problemas de aprendizaje en el niño, un cociente intelectual reducido y bajo peso al nacer. (LAPPER y CHALFIN, 2007).

Debido a las distancias que la sustancia puede desplazarse, también es posible que la gente sufra los efectos negativos del mercurio en la salud sin que viva cerca de una planta contaminante o una generadora de energía. En efecto, aunque la mayoría de la gente acepta el consejo popular de que “el pescado es bueno para la salud”, la realidad es que el consumo elevado y frecuente de ciertos pescados como el atún y el pez espada puede exponer al ser humano a niveles nocivos de mercurio. El mercurio no enferma a las personas inmediatamente. El problema principal consiste en problemas neurológicos demorados y, especialmente, problemas evolutivos del feto. Muchas mujeres embarazadas comen pescado, especialmente el atún enlatado, porque es barato, alto en proteína y bajo en grasas, sin saber que podrían estar ingiriendo suficiente mercurio para arriesgar la salud de sus bebés. (QUINTERO-SOMAINI y QUIRINDONGO, 2004).

De cada 12 mujeres en edad de concebir más de una tiene un nivel de mercurio en la sangre superior al que la Agencia de Protección Ambiental (Environmental Protection Agency-EPA) ha determinado como seguro. (QUINTERO-SOMAINI y QUIRINDONGO, 2004).

- Exposición al ozono: Las mediciones del ozono realizadas por el satélite Envisat de la ESA, ha revelado una pérdida récord de ozono de 40 millones de toneladas el 2 octubre 2006, excediendo las perdidas registradas el 2000, de 39 millones de toneladas el año 2000. Estas pérdidas del ozono atmosférico se deben a las bajísimas temperaturas en la estratosfera combinado con la luz solar que comienza a asomarse sobre la Antártica. (LANISZEWSKI, J. 2007.)

En el extremo austral de América del Sur, la estación Argentina de Ushuaia presentaba valores del orden del 10% inferior a lo normal, asimismo como en Comodoro Rivadavia, frente a Coyhaique, que se han presentado condiciones aberrantemente anormales. (CHILE, CORPORACIÓN NACIONAL DEL MEDIO AMBIENTE (CONAMA), 2007).

LLORENTE (2006) menciona que la disminución de la capa de ozono incrementa los efectos biológicos y cancerígenos de los rayos ultravioletas de tipo A y B, especialmente RVA que provocan formación de radicales libres con la consecuente alteración de material genético.

Registros de radiación ultravioleta de la Dirección Meteorológica de Chile, informados como Índice de radiación UV, señalan que en este último tiempo, se han presentado niveles promedio entre altos entre Iquique y la Serena; moderados entre Valparaíso y Coyhaique y bajos desde Punta Arenas a la Península Antártica. (LANISZEWSKI, 2007).

Las mujeres expuestas a los altos niveles del ozono durante el embarazo están en riesgo de que sus bebés nazcan con perceptible insuficiencia de peso, según una investigación de la Keck School of Medicine of University of Southern California. El peso fetal del crecimiento y del nacimiento se liga fuertemente a la morbilidad y la mortalidad durante niñez y edad adulta. Por ende, la calidad del aire es importante para el desarrollo. (GILLILAND, 2005).

- Agua potable: El agua potable puede contener bacterias de desechos de seres humanos y animales, sustancias químicas contaminantes, incluyendo pesticidas y compuestos orgánicos volátiles, metales pesados como el arsénico y el plomo, e incluso productos derivados de los procesos de desinfección del agua potable. Esta amplia gama de contaminantes puede causar un amplio espectro de efectos adversos para la salud, desde enfermedades gastrointestinales simples hasta graves efectos a largo plazo, incluyendo el cáncer. Quienes tienen más probabilidades de sufrir enfermedades causadas por agua contaminada son las personas que no tienen acceso a drenajes sanitarios; los que viven cerca de fábricas de productos químicos, rellenos sanitarios, vertederos de desechos peligrosos o grandes granjas; y las personas cuyo abasto de agua depende de pozos poco profundos o agua superficial que pueden drenar áreas altamente contaminadas. (QUINTERO-SOMAINI y QUIRINDONGO, 2004).

En los últimos años, los medios han planteado cierta inquietud por los posibles riesgos que pueden presentar para el embarazo los productos derivados del agua potable tratada con cloro. El cloro se añade al agua potable para eliminar los microbios que causan enfermedades. No obstante, cuando se combina con otras sustancias presentes en el agua, produce cloroformo y otras sustancias químicas relacionadas llamadas trihalometanos. Algunos estudios sugieren que el riesgo de aborto espontáneo y de desarrollo insuficiente del feto puede aumentar cuando los niveles de estas sustancias químicas son elevados. El agua potable también puede contaminarse con pesticidas, plomo u otros metales. (LAPPER y CHALFIN, 2007).

El agua potable de Coyhaique es captada gravitacionalmente y también por aspersión del río Coyhaique. Existe una planta de tratamiento de agua potable, con estanque de almacenamiento donde se trata turbiedad y color, aplicándose cloro, el que se deja reposar ½ hora.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> SANDOVAL, R. (2007). Secretaria Seremi Salud Aysén. Coyhaique. Comunicación personal.

### 3. MATERIAL Y METODO.

#### 3.1 DISEÑO Y POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Este estudio epidemiológico es de tipo cuantitativo descriptivo transversal, a través de un muestreo aleatorio, utilizando antecedentes recolectados a partir de encuestas aplicadas y/o autoaplicadas a mujeres embarazadas, posterior a su ingreso a control prenatal en un box a parte al de la Matrona, beneficiarias del Fondo Nacional de Salud, atendidas en el Consultorio urbano Víctor Domingo Silva, pertenecientes a la comuna de Coyhaique durante Enero del 2008.

Se seleccionó el tipo de investigación cuantitativa, ya que, posee validez externa, es generalizable y entrega datos sólidos, además a través de una muestra se puede hacer inferencia a una población. Al ser descriptiva, se pueden describir la frecuencia y las características más importantes del problema de salud en estudio, y permite identificar grupos vulnerables para posteriormente determinar la necesidad de complementar con investigaciones cualitativas. El carácter transversal estudia simultáneamente la exposición y la enfermedad, en un momento determinado y sirve para valorar el estado de salud de la población y determinar necesidades, útil para planificación y administración en salud. Dichas características permiten desarrollar los objetivos planteados para la presente investigación, en la comuna de Coyhaique. (RODRIGUEZ, 2000).

#### 3.2 SELECCIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL.

Para el cálculo del número de usuarias adscritas a encuestar, se consideró como universo poblacional el número de pacientes registradas con ingreso a control prenatal total, adscritas al Consultorio urbano Víctor Domingo Silva durante el mes de enero 2007; estas correspondieron a 165 mujeres embarazadas. El programa estadístico Epi Info de libre licencia, arrojó un mínimo de 62 mujeres a encuestar para darle la necesaria validez a la información. Dicha población a entrevistar se determinó asumiendo una frecuencia a la exposición del evento a analizar por parte de las pacientes adscritas al mencionado consultorio de un 90%, un nivel de confianza del 95%, y un error muestral del 6%. El tamaño muestral consideró en éste valor un 10% de potenciales pérdidas.

La fórmula utilizada para el calculo corresponde a  $n = \frac{p(1-p)z^2}{e^2}$

### 3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Embarazadas ingresadas al control prenatal, beneficiarias del Fondo Nacional de Salud, atendidas en el consultorio urbano: Víctor Domingo Silva, pertenecientes a la comuna de Coyhaique durante Enero del 2008.

### 3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Se excluyeron del estudio a aquellas mujeres que se negaron a participar en la investigación.

### 3.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicó un cuestionario estructurado (ANEXO I), el cual consta de dos secciones, la primera se refiere a los datos generales de la mujer y la segunda a la realización de las prácticas de autocuidado. El cuestionario permite obtener, de manera sistemática y ordenada, información sobre las variables que intervienen en la investigación. Además de ser una técnica que permite realizar a todas las entrevistadas las mismas preguntas, en el mismo orden, y en una situación social similar; de modo que las diferencias localizadas son atribuibles a las diferencias entre las personas entrevistadas.

El cuestionario ya probado y validado a 10 mujeres embarazadas en su ingreso al control prenatal en el Consultorio Víctor Domingo Silva de la ciudad de Coyhaique durante el mes de diciembre del 2007, fue aplicado y/o autoaplicado a cada una de las participantes en el estudio, explicándoles los objetivos de la investigación, así como el carácter de confidencialidad de los datos obtenidos y del uso de estos mismos para fines académicos y de investigación, solicitando su consentimiento firmado. (ANEXO II).

### 3.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Dentro de las variables a analizar, se recolectarán antecedentes relacionados con:

**Edad:** Años de vida transcurrido a partir del nacimiento de un individuo

**Estado civil:** Posición permanente que ocupa un individuo en la sociedad en orden a sus relaciones de familia, que confiere o impone determinados derechos y obligaciones civiles.

Soltera.

Casada.

Conviviente.

Separada.

**Nivel Educativo:** Último año educacional cursado y terminado.

- No tiene.
- Básico.
- Enseñanza Media.
- Técnico-profesional.
- Universitario.

**Orientación religiosa:** Posible elección religiosa.

- Católica
- Evangélica
- No tiene
- Otro

**Relación de pareja:** Asociación amorosa que se efectúa entre una mujer y un hombre.

- Sin pareja estable
- Con pareja estable hace  $\leq 1$  año
- Con pareja estable entre 1 año a 4 años
- Con pareja estable hace  $\geq 5$  años.

**Planificación del embarazo:** Acto premeditado, en conjunto o no con la pareja de embarazarse.

- Embarazo planificado.
- Embarazo no planificado.

**Aceptación del embarazo:** Aprobación de forma voluntaria del embarazo en curso.

- Embarazo aceptado.
- Embarazo no aceptado.

**Paridad:** Concepto que clasifica a las mujeres de acuerdo al número de partos que ha tenido.

- Primípara.
- Múltipara.

**Hijos en el Hogar:** Determinado por la presencia o no de hijos en el hogar.

- Sin hijos en el hogar
- Con hijos en el hogar

**Antecedentes Gineco-Obstétricos.**

- Aborto a repetición.

Recién Nacido con Malformaciones congénitas.  
 Muertes perinatales.  
 Recién Nacido de Bajo peso al nacer.  
 Parto Pretérmino.  
 Cesárea anterior menos de 2 años.  
 Ninguno

**Presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas.**

Hipertensión Arterial.  
 Diabetes Mellitus.  
 Epilepsia.  
 Obesidad  
 Depresión.  
 Anemia  
 Asma bronquial.  
 Cardiopatías  
 RH (-) sensibilizada.  
 Otras.  
 Ninguna

**Ocupación:** Actividad que realiza la madre habitualmente, ya sea esta remunerada o no.

Dueña de casa.  
 Artesanía.  
 Trabajadora agrícola.  
 Trabajadora industrial.  
 Trabajo en hospitales, consultorios o clínica.  
 Trabajo en un lugar abierto al ambiente.  
 Otros.

**Horas de trabajo:** Periodo que transcurre desde el comienzo de la actividad laboral hasta la finalización de la misma.

Menos o igual de 5 horas al día.  
 Entre 5 a 7 horas al día.  
 Entre 8 a 10 horas al día.  
 Más o igual de 11 horas al día.

**Percepción de Suficiencia de Ingreso Familiar:** Proceso que consiste en la creación de patrones significativos a partir del ingreso familiar recibido.

Malo.  
 Aceptable.  
 Bueno.

**Rol jefatura del Hogar:** Persona que provee insumos al hogar.

Personal  
Pareja  
Otros

**Vivienda:** Es cualquier albergue fijo o móvil, que ha sido construido, transformado o dispuesto para ser habitado por personas

Propia  
Arrendada  
Allegada

**Componente grupo familiar:** Integrantes que forman el núcleo familiar dentro del hogar.

Esposo  
Hijos  
Padres  
Suegros  
Primos  
Hermanos  
Otros familiares.

**Apoyo Social:** Presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas

Familia Completa  
Sólo pareja  
Solo amistades  
Nadie

**Problemas que induzcan violencia en su familia y/o entorno.**

Dinero  
Trabajo  
Tipo de vivienda  
Miembro familiar alcohólico  
No existen problemas.  
Otros

**Fuentes que generaron conocimiento sobre autocuidado preconcepcional.**

Familia  
Televisión  
Radio  
Revistas

Profesional de Salud.  
Otros.

### **Definición de variables:**

**Prácticas de autocuidado:** Conjunto de acciones y actividades positivas realizadas de forma intencional para contribuir en la integridad estructural, el funcionamiento y el desarrollo del ser humano en la etapa preconcepcional. Se clasificaron en prácticas saludables y no saludables, como prácticas de autocuidado saludables, cuando las mujeres estudiadas refirieron realizar eficazmente más de 6 ámbitos, de un total de diez analizados, de las distintas dimensiones y con déficit de autocuidado a aquellas que refirieron realizar de manera eficaz menos de 5 ámbitos.

**Conducta Saludable:** Concepto basado en las orientaciones de los planes de promoción de la salud a nivel nacional, determinado por aquellas acciones destinadas a preservar la salud y mejorar su calidad de vida. También considera que toda persona saludable necesita afecto, protección, participación, entendimiento, ocio, libertad y descubrir su propia identidad.

**Dimensión Biológica:** Contempla las variables: nutrición, control con médico, control con matrona, estilo de vida, autocuidado preconcepcional y exposición a teratógenos químicos.

**Dimensión Psicosocial:** Contempla las variables: autoestima, estado de animo, relaciones interpersonales y círculo social.

**Nutrición:** En este ámbito se consultó acerca de: 1) Si consume leche y/o derivados, 2) Si cuida la calidad y cantidad de alimentos consumidos; 3) Si sabe cuanta leche debe consumir durante el embarazo; 4) Si sabe que alimentos y en que proporciones debe comer durante el embarazo; 5) Si consume pescado; 6) El tipo de pescado que consume: tiburón, pez espada, atún, caballa, otros; 7) Si consume carne cruda; 8) Si consume frutas y verduras; 9) El agua de consumo proviene de: drenajes sanitarios, pozos, ríos, otros; 10) Si el agua de consumo es agua hervida o agua corriente sin hervir, con respuesta ya sea si o no o señalando con una "X". De acuerdo al puntaje obtenido se categoriza la variable, con lo cual un puntaje igual o mayor a 9 puntos sería saludable, en caso contrario no saludable.

**Control Médico:** En este ámbito se consultó acerca de: 1) Asistencia a control médico en el último año; 2) Si existe un control del peso; 3) Razón por la que asiste a control de salud, con respuestas si o no. Se consideraron 2 respuestas positivas para determinar que la mujer presenta un control médico saludable.

**Control Matrona:** En este ámbito se preguntó a las mujeres encuestadas, acerca de: 1) Realización del Autoexamen físico de mamas; 2) Si el examen de PAP estaba vigente; 3) Si acudió a Matrona para la planificación del actual embarazo, con respuestas si o no. Se consideraron 2 respuestas positivas para determinar que la mujer presenta un control por matrona saludable.

**Estilo de vida:** En este ámbito se preguntó acerca de: 1) Si fuma cigarrillos de tabaco; 2) Si consume alcohol; 3) Si se automedica; 4) Si consume medicamentos; 5) Si consume cocaína y/u otras drogas recreacionales; 6) Si conoce los efectos asociados al consumo de cigarros, alcohol y/o drogas en el embarazo; 7) Si existe algún miembro de su familia que fume tabaco dentro del hogar; 8) Si es ordenada en el consumo de medicamentos cuando está enferma, con respuestas si o no. De acuerdo al puntaje obtenido se categoriza la variable, con lo cual un puntaje igual o mayor a 7 puntos sería saludable, en caso contrario no saludable.

**Autocuidado preconcepcional:** En este ámbito se preguntó acerca de: 1) Si se vacunó contra la rubéola; 2) Si se vacunó contra la Hepatitis B; 3) Si está tomando suplemento de ácido fólico; 4) Si está tomando suplemento de yodo; 5) Si se realizó el Test de ELISA; 6) Si se realizó una revisión dentaria previo embarazo, con respuesta si o no. Se consideraron 4 respuestas positivas para determinar que la mujer presenta un autocuidado preconcepcional saludable.

**Exposición a teratógenos químicos:** En este ámbito se preguntó acerca de: 1) Si algún miembro familiar trabaja en: soldaduras, taller mecánico, pintor y fábrica de baterías; 2) Si utiliza alguna sustancia de su hogar tales como: insecticidas, fertilizantes y/o veneno para matar ratones; 3) Si conoce los efectos nocivos de tales sustancias en el embarazo, señalando con una “X” la respuesta y con respuestas si o no. De acuerdo al puntaje obtenido se categoriza la variable, con lo cual un puntaje igual o mayor a 2 puntos sería saludable, en caso contrario no saludable por estar expuesta a teratógenos químicos.

**Autoestima:** En este ámbito se evaluaron cuatro tópicos: 1) Cuida de su apariencia personal; 2) Se siente aceptada por los demás; 3) Es capaz de decir que no cuando le ofrecen algo perjudicial para su salud; 4) Escucha los consejos que le sirven para el cuidado de su salud, con respuestas si o no. Se consideraron 3 respuestas positivas para determinar que la mujer presenta acciones positivas en pro de la autoestima.

**Estado de ánimo:** En este ámbito se preguntó acerca de: 1) Trata de evitar situaciones que la entristezcan; 2) Trata de tranquilizarse cuando tiene problemas; 3) Sale de casa para despejarse, con respuestas si o no. Se consideraron 2 respuestas positivas para determinar que la mujer presenta una conducta favorable frente al estado de ánimo.

**Relaciones Interpersonales:** En este ámbito se preguntó acerca de si: 1) Conversa de sus sentimientos con su pareja o familiares; 2) Conversa de sus sentimientos con sus hijos; 3) Conversa de sus sentimientos con sus amistades, con respuestas si o no. Se consideraron 2 respuestas positivas para determinar que las relaciones interpersonales de la mujer encuestada eran saludables.

**Círculo social:** En este ámbito se preguntó a la entrevistada acerca de: 1) Asiste a fiestas de familiares u otras; 2) Asiste a reuniones en la comunidad; 3) Participa de actividades recreativas con familiares u otros, con respuestas si o no. Se consideraron 2 respuestas positivas para determinar que el círculo social de la mujer era saludable.

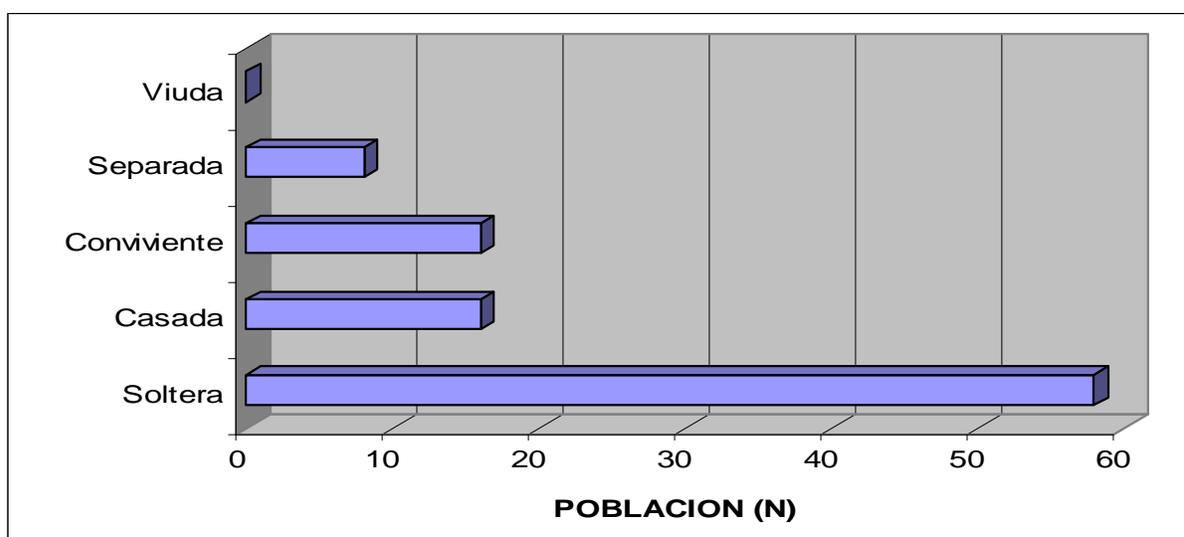
### **3.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS.**

Se construyeron conglomerados categorizados en población  $\leq 18$  años y población  $\geq 19$  años, y a partir de ésta división los datos recolectados se ingresaron a una base de datos Excel que fueron analizados estadísticamente mediante software EPI INFO 2000, de libre licencia. Las variables cuantitativas fueron resumidas mediante estadígrafos de posición y dispersión, calculándose intervalos de confianza de 95% para cada uno de los indicadores de asociación calculados para la población en estudio.

Analizar el autocuidado preconcepcional en forma cuantitativa es útil para encontrar la relación causa-efecto de las variables a analizar, además por ser un estudio transversal permite medir la prevalencia de los resultados en la población estudiada y así evaluar el impacto de promoción, prevención y educación en todas aquellas mujeres en edad fértil que desean embarazarse. El hecho de obtener datos numéricos de preferencia, permite visualizar el impacto y realizar análisis de forma estadística, probando teorías relacionadas con el proyecto a investigar.

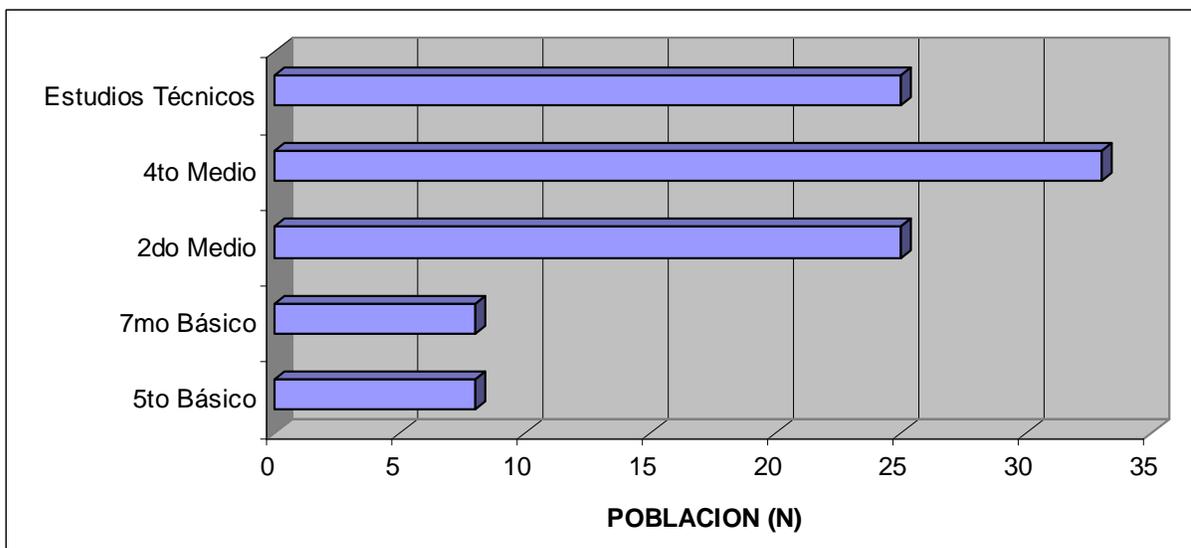
#### 4. RESULTADOS.

En relación al perfil sociobiodemográfico, los datos obtenidos demuestran que el 80% de las mujeres embarazadas estudiadas son  $\geq$  de 19 años (Ver ANEXO III) y en su mayoría solteras (60%), tal como se muestra en el gráfico N° 1, con pareja  $\geq$  5 años de relación (37%). (Ver ANEXO III). Si se compara el estado civil con el Censo 2002 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (INE), 2003), se encuentra que en éste existe una proporción aún mayor de mujeres que refieren tener pareja.



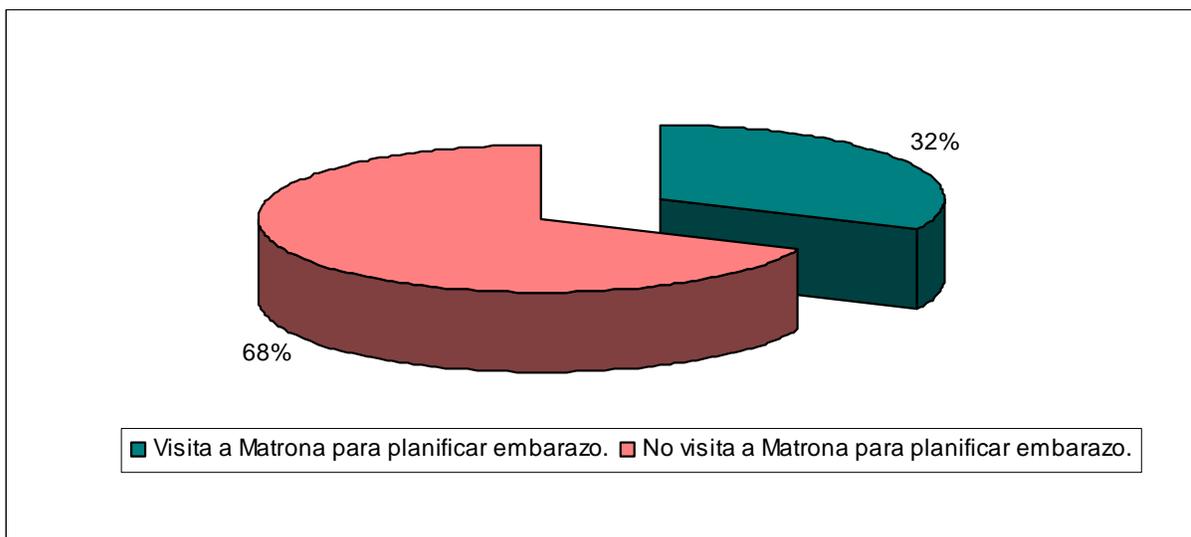
**Gráfico N° 1:** Distribución relativa de la población según estado civil. Coyhaique. Enero 2008.

Respecto al nivel educacional un 33.3 % de la población en estudio refiere tener enseñanza media completa, teniendo un 25% cursado estudios superiores completos. Estos datos contrastan en parte con los recogidos en el Censo 2002, que muestran que la mayor parte de la población femenina, tanto a nivel regional como a nivel nacional, ha completado principalmente la educación media en cualquiera de sus variantes (media común, humanidades, media comercial, media industrial, etc.), siendo pocas las mujeres que llegan a cursar estudios universitarios, no superando el 13% para el país (INE, 2003). Ver gráfico N° 2.



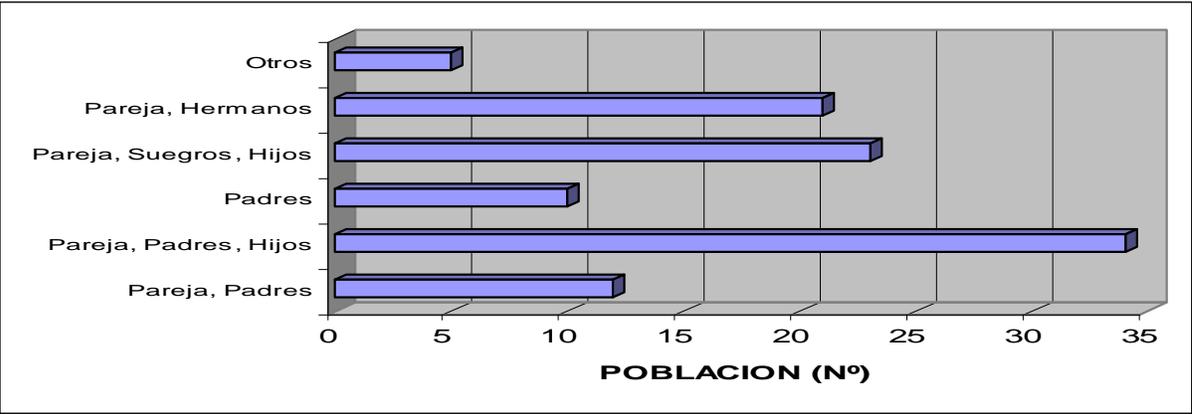
**Grafico N° 2:** Distribución relativa de la población según último año educacional cursado y terminado. Coyhaique. Enero 2008.

Destaca una cantidad significativa (93%) de embarazos aceptados (Ver ANEXO III), existiendo un 63% de embarazos no planificados en la población encuestada (Ver ANEXO III); por consiguiente el 32% de los embarazos planificados fueron controlados por Matrona previo embarazo (32%). Ver gráfico N° 3.



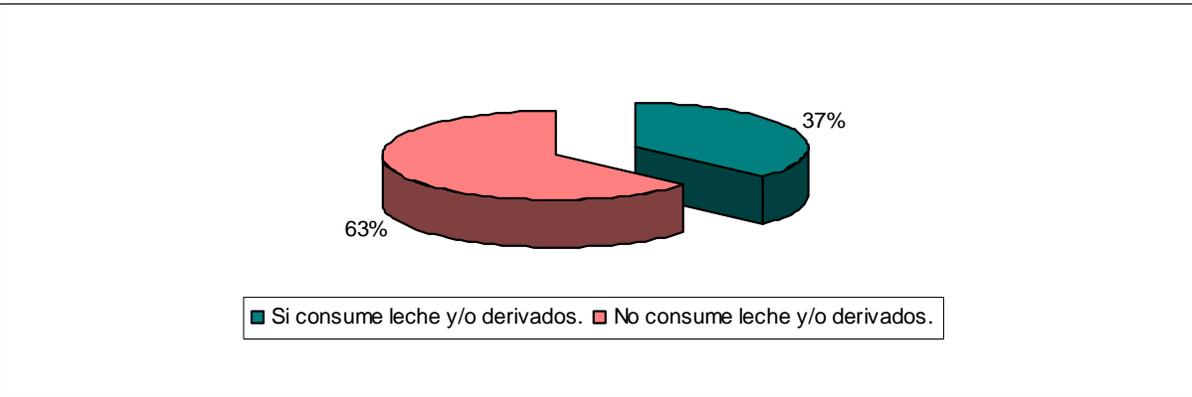
**Grafico N° 3:** Distribución porcentual de la población según visita a matrona para planificación de embarazo. Coyhaique. Enero 2008.

El 61,6% de las mujeres encuestadas son dueñas de casa (Ver ANEXO III) donde el 45% menciona a su cónyuge como jefe de hogar. (Ver ANEXO III). Por otra parte alrededor del 33% de la población encuestada refiere tener a su cuidado a más de una persona, lo que podría interferir negativamente en la agencia de autocuidado. Ver gráfico N° 4.



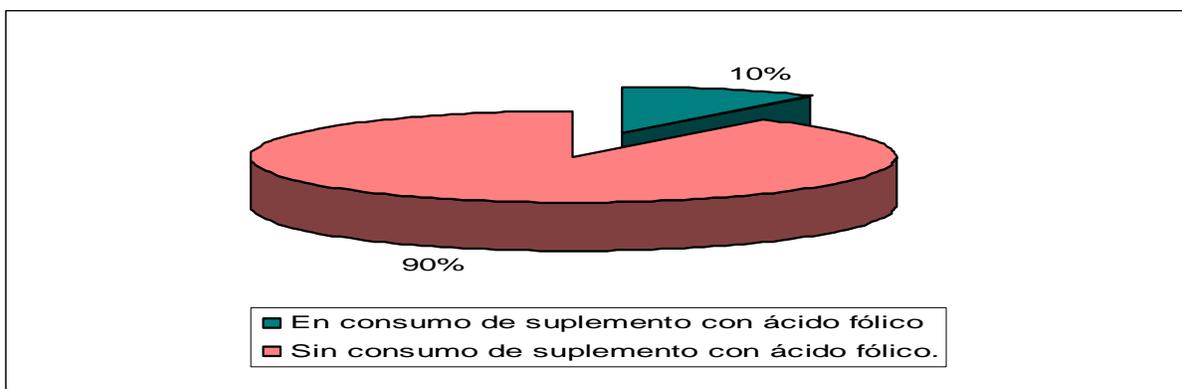
**Gráfico N° 4:** Distribución relativa de la población según los miembros que conforman el hogar. Coyhaique. Enero 2008.

En lo que respecta al ámbito nutrición, el 63,3% de la población no consume leche y/o derivados, como muestra el gráfico N° 5. En cuanto a conocimientos, el 91,6% no tiene conocimiento en relación a proporciones y tipos de alimentos a consumir durante el embarazo y el 70% de la población del estudio no tiene conocimientos en relación a cuanta leche deben consumir durante el embarazo. (Ver ANEXO III).



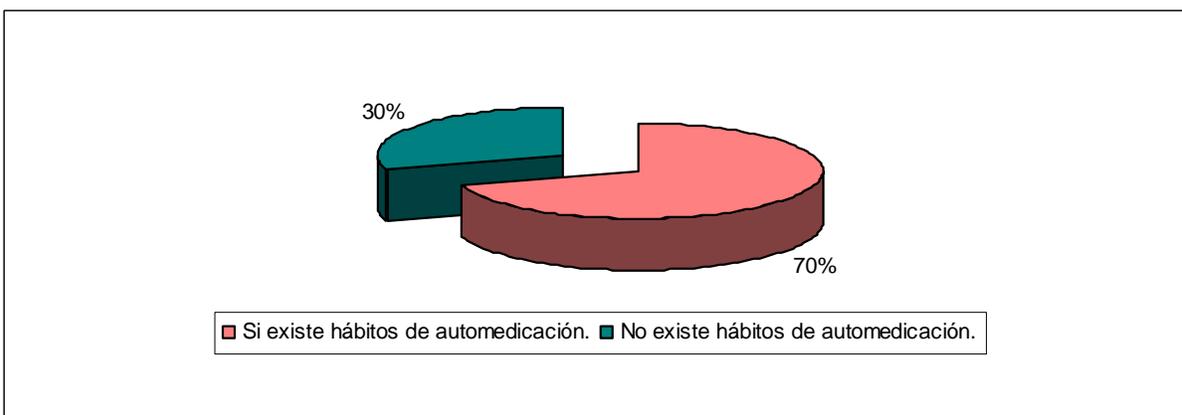
**Gráfico N° 5:** Distribución porcentual de la población según consumo de leche y/o derivados. Coyhaique. Enero 2008.

En cuanto a las medidas preconceptionales, MINSAL (2001) señala que en relación al proceso reproductivo, se han implementado estrategias preventivas tales como prevención de cretinismo a través de suplemento de yodo, en el cual ninguna mujer señala estar consumiendo yodo; revisión dentaria previo embarazo (3,3%); vacunación contra la rubéola (18%). (Ver ANEXO III). En relación a la prevención de defectos del cierre del tubo neural mediante la suplementación de ácido fólico, el 10% de la población está con suplemento. Ver gráfico N° 6.



**Gráfico N° 6:** Distribución porcentual de la población según consumo suplementario de ácido fólico previo a embarazo actual. Coyhaique. Enero 2008.

Cabe mencionar el gran porcentaje de mujeres (70%) que se automedica como muestra el gráfico N° 7. Ahora, en lo que respecta al conocimiento relacionado con los riesgos asociados al consumo de cigarrillos, alcohol y/o drogas, el 83,3% de la población no tiene discernimiento sobre los peligros coligados. (Ver ANEXO III).



**Gráfico N° 7:** Distribución porcentual de la población según hábitos de automedicación. Coyhaique. Enero 2008.

Las prácticas de autocuidado de la población estudiada fueron clasificadas dentro de dos grupos o dimensiones, la dimensión biológica que comprende: el ámbito nutrición, control con médico, control con matrona, estilo de vida, autocuidado preconcepcional y exposición a teratógenos químicos; y la dimensión psicosocial que incluye los ámbitos: autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social. Por último, los diez ámbitos mencionados son agrupados en un conjunto final denominado prácticas de autocuidado a nivel general. (Tabla N° 1).

**TABLA N° 1:** Distribución numérica y porcentual de las Prácticas de Autocuidado a nivel general y en la dimensión biológica y psicosocial, de las mujeres embarazadas que ingresaron a control prenatal, beneficiarias del sistema público de Salud, del Consultorio urbano Víctor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique, Enero 2008. (N=60).

DIMENSION	REALIZA PRACTICAS DE AUTOCUIDADO SALUDABLE		REALIZA PRACTICAS DE AUTOCUIDADO NO SALUDABLE	
	N	%	N	%
<b>I.- GENERAL</b>	6	<u>10</u>	54	90
<b>II.- BIOLOGICA</b>				
Nutrición	5	8,3	55	<u>91,6</u>
Control Médico	35	<u>58,3</u>	25	41,6
Control Matrona	28	46,6	32	<u>53,3</u>
Estilo de vida	10	16,6	50	<u>83,3</u>
Autocuidado Preconcepcional	0	0%	60	<u>100%</u>
Exposición a teratógenos químicos.	32	<u>53,3</u>	28	46,6
<b>III.- PSICOSOCIAL</b>				
Autoestima	58	<u>96,6</u>	2	3,3
Estado de Animo	53	<u>88,3</u>	7	11,6
Relaciones Interpersonales	53	<u>88,3</u>	7	11,6
Circulo Social	26	43,3	34	<u>56,6</u>

Según los resultados se aprecia que al agrupar los ámbitos de la dimensión biológica junto con los pertenecientes a la dimensión psicosocial, el 10% del grupo de mujeres estudiadas, está realizando en seis o más ámbitos acciones en beneficio para su actual embarazo.

Respecto a los ámbitos analizados en forma individual, destaca un déficit de autocuidado a nivel nutricional (91,6%), control con matrona (53,3%), estilo de vida (83,3%), círculo social (56,6%) y autocuidado preconcepcional donde ninguna de las mujeres encuestadas respondió cuatro o más preguntas en forma positiva.

En relación al aspecto cognitivo, cabe destacar que más de el 70% de la población encuestadas estaría efectuando conductas positivas: a nivel de autoestima (93,3%); siendo la capacidad de negación cuando le ofrecen algo perjudicial para la salud junto con escuchar los consejos para el cuidado de la salud las acciones positivas realizadas en un 100% en pro de la autoestima, por otro lado estado de ánimo (70%); destacando en igualdad porcentual las conductas favorables salir de casa para despejarse junto con el tratar de tranquilizarse cuando se tienen problemas (88,3%), a su vez las relaciones interpersonales (88,3%); destacando el área de conversar sobre los sentimientos que la quejan a su pareja y/o familiares (93,3%) impresionando el bajo porcentaje (28,3%) de la población encuestada que no conversan sobre sus sentimientos con sus hijos, y por último el círculo social (80%), acentuando el asistir a fiestas familiares y/u otras (80%) destacando el bajo porcentaje (13,3%) de asistencia a reuniones de la comunidad, datos observados en la tabla N° 2.

**TABLA N° 2:** Distribución numérica y porcentual del aspecto psicosocial, de la población en estudio, pertenecientes al sector urbano de Coyhaique, año 2008.

	<b>VARIABLES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>AUTOESTIMA</b>	Cuida usted su apariencia personal.	56	93.3
	Se siente usted aceptada por los demás.	58	96.6
	Capacidad de negación cuando le ofrecen algo perjudicial para su salud	60	100
	Escucha los consejos que le sirven para el cuidado de su salud	60	100
<b>ESTADO DE ANIMO</b>	Trata de evitar situaciones que la entristezcan.	42	70
	Trata de tranquilizarse cuando tiene problemas.	53	88.3
	Sale usted de casa para despejarse.	53	88.3
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>	Conversa de sus sentimientos con pareja y/o familiares.	56	93.3
	Conversa de sus sentimientos con sus hijos	17	28.3
	Conversa usted de sus sentimientos con sus amistades.	53	88.3
<b>CIRCULO SOCIAL</b>	Asiste a fiesta (familiares y/u otras).	48	80
	Asiste a reuniones de su comunidad.	8	13.3
	Participa usted de actividades recreativas.	26	43.3

## 5. ANALISIS Y DISCUSIÓN.

### 5.1 PERFIL SOCIOBIODEMOGRÁFICO.

El 20% de la población estudiada corresponde a mujeres de  $\leq 18$  años, factor de riesgo reproductivo preconcepcional, puesto que han sido clasificadas en nuestro país como grupo de riesgo de RN de bajo peso al nacer y otras patologías; debido a las características psicológicas propias de esta edad, estas pacientes tienden a adoptar conductas irresponsables respecto al autocuidado preconcepcional y el propio embarazo. De acuerdo a lo señalado por PRENDES y col. (2001), generalmente no cuentan con pareja estable y la probabilidad de que se produzca en ellas un embarazo de riesgo es alta, tal como se demostró en este estudio donde el 91,6% de las  $\leq 18$  años son solteras, de las cuales 16,6% sin pareja estable y 75% con pareja  $\leq 1$  año de relación amorosa.

Respecto al nivel educacional, la población estudiada alcanza un nivel enseñanza media (completa e incompleta) y estudios técnicos en un 83,3% (16,6% en  $\leq 18$  años y 66,6% en  $\geq 19$  años), aspecto que podría ser un factor facilitador en relación al autocuidado, ya que según lo señalado por OREM (1993), el conocimiento es una de las capacidades fundamentales y de disposición para el autocuidado, que permiten el logro de los requisitos del mismo.

Es relevante señalar que el grupo de mujeres estudiadas, no forman parte de la fuerza laboral de la comuna. El 61,6% trabaja dentro del hogar (3,3% son  $\leq 18$  años y 58,2% son  $\geq 19$  años) simbolizando así las crecientes desigualdades de género, datos que al mismo tiempo se relacionan con resultados respecto de quien es el jefe de hogar, donde la mayoría de las encuestadas menciona a su cónyuge (45%), representando el rol de género masculino tradicional.

En términos generales que el 61,6% de las mujeres encuestadas trabaje como dueña de casa en su hogar, presenta un menor riesgo reproductivo por la no exposición a sustancias neurotóxicas; observación inexplicada en la que coinciden los resultados de varios autores, estudiando poblaciones muy diferentes: Irán (Kavoussi, 1977), Finlandia (Hemminki et al., 1980), Suecia (Ericson et al., 1987), Noruega (Aalborg et al., 1993), entre otros. (CASTILLA y col., 1996).

En el plano familiar, se observa que el 33% de las mujeres del estudio viven con familiares y/o hijos (as) dentro el hogar, y estos (as) a su vez conviven con sus parejas e hijos y/u otros familiares en algunos casos, lo que explica que prácticamente el 50% de las mujeres tenga permanentemente a su cuidado a más de 2 personas. Según LAMADRID (1998), estos son

aspectos socioculturales que interfieren en el proceso de autocuidado pregestacional, puesto que las mujeres mantienen un rol con la maternidad, el sufrimiento, el orden y la limpieza, no disponiendo del tiempo necesario para el cuidado de sí mismas, impidiendo así el requisito de autocuidado de desarrollo durante el curso de un embarazo.

El 63% de la población en estudio no planificó del embarazo actual. En cuanto a la aceptación de este en Chile, aunque es difícil determinar la magnitud real del embarazo no aceptado, diversos estudios dan cuenta de que un número importante de mujeres no desean su embarazo. En este estudio el 7% no aceptaba el embarazo al inicio de la gestación, porcentaje bajo en relación a lo señalado por PALMA (2001) según estudios realizados en seis países latinoamericanos en 1997, en Chile el 56% de los embarazos serían no deseados.

## **5.2 PRACTICAS DE AUTOCUIDADO.**

El autocuidado es uno de los pilares de la atención primaria en salud, donde la persona debe cursar una transición de ser sólo un ente observador pasivo y receptor de su salud, a ser un actor pasivo capaz de tomar decisiones propias y ejercer un control sobre sí mismo, con metas claras orientadas hacia mejorar su calidad de vida y bienestar propio.

Al analizar estadísticamente las prácticas de autocuidado preconcepcional, un aspecto importante a señalar es que tan sólo el 10% de las mujeres estudiadas (1 encuestada  $\leq$  18 años y 5 encuestadas  $\geq$  19 años), menciona estar realizando conductas favorables en seis o más de los ámbitos investigados destacando la dimensión psicosocial; destinadas a mantener una autoestima, estado de ánimo y relaciones interpersonales saludables, con porcentajes 96,6%, 88,3% y 88,3 % respectivamente, así como el control con médico (58,3%) y la exposición a teratógenos químicos (65%).

Cabe destacar un hecho beneficioso en la salud de las mujeres, más de el 88,3% de la población encuestadas estaría efectuando conductas positivas a nivel de autoestima, estado de ánimo y relaciones interpersonales; estos resultados son comparables a los encontrados por BASTÍAS (2004), en su investigación realizada en el Comuna de Concepción, donde se señala que el 69,9% de las mujeres de su estudio realizaban actividades de promoción de la salud orientadas hacia el ámbito psicosocial (las más frecuentemente realizadas), favoreciendo así a la capacidad de agencia de autocuidado.

El ámbito nutricional presenta un marcado déficit en relación a los conocimientos según la cantidad de leche a consumir durante el embarazo (70% sin conocimientos), a las porciones y tipos de alimentos a consumir durante el embarazo (91,6% sin conocimientos) y en general al consumo de leche y/o derivados (63% no consume leche y/o derivados). Datos correlacionados con los encontrados en Casen (2007), antecedentes otorgados por el Servicio

de Salud de Coyhaique, donde las mujeres de la ciudad de Coyhaique presentan 60.3% de mal nutrición pregestacional, ya sea por déficit o exceso. La relación entre una inadecuada alimentación, bajo peso y el retardo del crecimiento intrauterino está ampliamente documentada. Observaciones a nivel poblacional revelan la existencia de un círculo vicioso que lleva a la transmisión transgeneracional de esta condición. Por ello, el estado nutricional preconcepcional materno influye sobre el crecimiento fetal y sobre el peso de nacimiento de las generaciones actuales y futuras. (CORTES y col., 2007).

Al analizar la dimensión biológica, esta es la que presenta mayores falencias. Si bien el control médico tiene importantes niveles de adhesión (58,3%), estos podrían estar mediados por el porcentaje de mujeres del estudio con edades  $\geq 19$  años (80% de las encuestadas) que pudiesen presentar algún tipo de enfermedad y que por la misma razón asistirían a los establecimientos de salud, así como también, por la importancia que generalmente la población le brinda al discurso médico y la fuerte tendencia a mantener un modelo vertical de salud, donde el equipo médico es el responsable de ésta y el concepto de “cuidarse” es sinónimo de asistir al médico, como es señalado por PELCASTRE y col. (2001); no así el control por matrona que presenta niveles de adhesión de 46,6%, y en cuanto al control preconcepcional con matrona, el 32% de la población acudió a ésta para planificar su embarazo. En relación a éste menor porcentaje de adhesión, podría estar relacionado con la escasa percepción de riesgo y las creencias propias de las mujeres respecto a temáticas generales de salud sexual, datos muy similares a los encontrados en este estudio y que asimismo son señalados por LAMADRID (1998).

El enfoque integral que propone el Programa de la Mujer, exige una protección más adecuada del periodo gestacional, estimulando el control prenatal, pero más aún, el autocuidado preconcepcional (MINSAL, 2001). En los resultados encontrados en este estudio, se observa un marcado déficit en medidas preconcepcionales como consumo de suplemento de ácido fólico y revisión dentaria (10% y 3,3% respectivamente), condiciones que favorecen la presencia de potenciales factores de riesgo.

Por otra parte, el déficit en el estilo de vida saludable (16,6%), hace referencia en primer lugar con una marcada carencia en el conocimiento de los riesgos asociados al consumo de cigarrillos, alcohol y/o drogas (83,3%), seguido por el 70% de la población encuestada que se automedica, datos similares a los encontrados por Damase (2000) citado por MERCADO (2001) en Francia, entrevistando a 250 mujeres embarazadas y encontrando que 84% de ellas reportaron consumo de medicamentos sin ser prescrito por médico.

En cuanto a la exposición a teratógenos, el 46,6% de la población utiliza insecticidas en forma continua en las labores del hogar; no obstante, su potencial peligro depende del producto utilizado, la dosis y el tipo de exposición. En general, los insecticidas que se emplean en las

casas, tanto para las habitaciones como en las plantas, no aumentarían el riesgo de defectos congénitos que tiene cualquier individuo. (MARTÍNEZ, 2007).

### **5.3 PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN RELACIÓN CON LAS VARIABLES SOCIOBIODEMOGRÁFICAS.**

El ser humano vive en estrecha relación con un entorno cambiante influenciado por costumbres, creencias y algunas prácticas habituales, a las cuales debe adaptarse. En este sentido, el autocuidado se explica como un conjunto de acciones que la persona realiza para controlar factores internos y externos que influyen en su vida y en su desarrollo posterior, por ejemplo, las variables sociodemográficas pueden influir en las percepciones que el sujeto tiene de susceptibilidad y severidad respecto a un problema de salud y en los beneficios y costos de la acción por realizar. (SOTO y LACOSTE, 1997).

Se podría sugerir una influencia muy discreta de la edad en las prácticas de autocuidado preconcepcional, ya que el 91,6% de las pacientes  $\leq 18$  años encuestadas no muestran practicas saludables de autocuidado preconcepcional frente a su salud y al embarazo, en relación a las mayores de  $\geq 19$  años, encontrándose asociación causal entre las  $\leq 18$  años y practicas de autocuidado no saludables (OR: 1,15). Esto confirma en parte lo sugerido por OREM (1993), en cuanto a considerar la edad como un factor básico condicionante del autocuidado y de la capacidad de asumir el autocuidado.

De acuerdo a lo anterior, el nivel enseñanza media (completa e incompleta) y estudios superiores (83,3%) podría ser un factor facilitador en relación al autocuidado, por lo que señala OREM (1993). Sin embargo a pesar de la escolaridad (mediana/buena), no existe una asociación causal entre la escolaridad y la adopción de prácticas de autocuidado preconcepcional consideradas como saludable. (OR: 1).

El hecho de que más del 96,6% de la población en estudio esté efectuando conductas positivas a nivel de autoestima, se respalda con lo que menciona GAMA y BILBAO (2007), que las mujeres que inician un embarazo con pareja estable se tienen fe y confianza; se encuentran contentas consigo mismas, destacando los aspectos más positivos de su personalidad repercutiendo positivamente en su capacidad de autocuidado durante el embarazo. Tal como en este estudio donde un 85% del total de la población tiene pareja estable y de estos el 11,7% realizó prácticas de autocuidado preconcepcional de manera saludable, encontrándose una relación causal entre no tener pareja estable y practicas de autocuidado preconcepcional consideradas como no saludables. (OR: 1,20).

En cuanto a la actividad laboral, específicamente el desarrollarlas sólo dentro del hogar, según los resultados encontrados limita las posibilidades de mantener un círculo social (OR: 1,09) y

una red de apoyo activa. A partir de esto se podría inferir que la vida laboral fuera del hogar es una fuente importante de relaciones sociales positivas, de sentido de identidad y de satisfacción con la vida, como es destacado por GARCÍA (2003).

MARQUEZ (2006) menciona que el rol de cuidadoras, especialmente cuando tienen a su cuidado más de una persona, afecta la agencia de autocuidado en relación a la autoestima y el estado de ánimo, dejando a un lado el cuidado de sí misma y del producto en gestación. Como en éste estudio donde se encontró asociación causal entre el rol de cuidadoras y prácticas de autocuidado preconcepcional no saludables. (OR: 2,14).

Claramente, si se inicia una gestación según las condiciones actuales de consumo de calcio de las mujeres de éste estudio (36,6%), hay un mayor riesgo de pérdida de masa ósea en el embarazo y lactancia y una eventual osteoporosis en la madre. En cuanto al feto, crecerá sin ningún problema si comienza el embarazo con el requerimiento de leche correspondiente al de una mujer embarazada. (JOYSE, A. 2006).

El déficit de información no tan sólo alude a difundir los derechos sexuales y reproductivos para prevenir un embarazo no deseado, sino que también a otorgar conocimientos en relación a los tipos de alimentos y las proporciones que se deben consumir durante el embarazo, así como los alimentos ricos en calcio, ya que el embarazo constituye una situación que requiere aproximadamente un 50% más de calcio que en el estado pregestacional. Es más, MINSAL (2001) señala que lo sugerido durante el embarazo equivale a 750 a 1000 cc. de leche diario, más otros productos lácteos adicionales, cumpliendo adecuadamente con los requerimientos necesarios para un buen desarrollo del esqueleto fetal.

Por consiguiente, como menciona UAUY y col. (2002) se debe tener consideraciones especiales en las  $\leq 18$  años, ya que las adolescentes constituyen un grupo de riesgo puesto a que no tienen conciencia de una alimentación balanceada y porque requieren generalmente una intervención nutricional en etapas precoces del mientras menor sea el período post menarquia es el riesgo nutricional, debido a que no han completado su crecimiento y sus necesidades de nutrientes y energía son mayores. En relación a esto, no se encontró una asociación causal entre las  $\leq 18$  años y nutrición no saludable (OR: 1).

La actividad control preconcepcional, incorporada en el Programa de Salud de la Mujer, plantea como primer objetivo específico: “Identificar oportunamente factores de riesgo reproductivo materno perinatal, posibilitando su intervención a fin de garantizar el inicio del embarazo en condiciones de salud favorables”. Se sabe que el estado nutricional pregestacional ejerce un mayor impacto sobre el peso de nacimiento, comparado con incremento de peso durante el embarazo. Estudios realizados en diversos países, incluido Chile, revelan que el sobrepeso y obesidad pregestacional (13,3% de la población encuestada)

constituyen un factor de riesgo de la mortalidad perinatal (muerte fetal tardía y muerte neonatal precoz), hipertensión y diabetes gestacional. (CORTES y col., 2007).

A nivel de convivencia, el no tener pareja estable, afecta el ámbito control por matrona, debido probablemente a que las mujeres entrevistadas refieren que no es necesario asistir al control con matrona, porque al no tener pareja sexual estable, no existirían riesgos para la salud, encontrándose una relación causal entre el no tener pareja estable y control con matrona no saludable. (OR: 9)

En cuanto al menor porcentaje de adhesión observado en el control preconcepcional por matrona, este podría estar relacionado con la escasa percepción de riesgo y las creencias propias de las mujeres respecto a temáticas generales como que la buena salud sexual, relatos muy similares que son señalados por LAMADRID (1998). Por OR: 12,65 existe relación causal entre un control con matrona no saludable y el no planificar el embarazo actual.

El hecho de que una mujer no tenga percepción de riesgo se considera un elemento importante pues las creencias sobre su salud determinan el comportamiento de autocuidado de ellas. De este modo se establecen la susceptibilidad y severidad percibidas, esto es, si cree que se puede estar afectado y hasta qué punto por una situación real y concreta; si existen beneficios al asumir determinadas conductas, o si las barreras reales o percibidas son limitaciones para realizar acciones que brindarían mayores beneficios. En resumen, si las mujeres no perciben dicho riesgo, no acudirán al control y seguimiento que requieran. (FERNANDEZ y col, 2004).

El gran porcentaje de embarazos no planificados (63%), alude al hecho de que no existe un autocuidado previo a éste con el objeto de lograr un embarazo en condiciones lo más favorables posibles, tanto para la madre como para el producto del embarazo. Los datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal (S.I.P.) dan cuenta de la frecuencia de inicio del control prenatal en Chile a partir de las 20 semanas de embarazo. Cabe hacerse la pregunta ¿Qué pasa con el control precoz del embarazo antes de las 12 semanas, en la etapa de malformaciones congénitas? ¿Qué ocurre con el autocuidado previo y/o inicial de la gestación? Al ser un embarazo no deseado, no cumple con el concepto de salud sexual y reproductiva. (MINSAL, 2001).

Por otra parte, en relación al estilo de vida, el hecho de que el 70% de las mujeres encuestadas se automediquen pudiese estar relacionado con el gran porcentaje de la población (83,3%) que tiene enseñanza media (completa/incompleta) y estudios superiores, ya que MERCADO (2001), señala que el tener un nivel alto de educación esta coligado al mayor consumo de medicamentos. Así como otros estudios realizado por otros autores Vilarino J., (1998),

Mestanza F. (1992) y Franco R. (1987) que encontraron asociación entre automedicación con el grado de instrucción. Esto podría relacionarse con los datos encontrados en éste estudio donde se encontró una relación causal entre nivel educacional media (completa/incompleta) y superior con automedicación (OR. 2,14) ( $p=0,0024$ ).

HERNANDEZ (2007) señala que el hecho de que exista un gran porcentaje de mujeres que se automediquen demuestra la escasa agencia de autocuidado, debido a que se sabe que una gama variada de medicamentos producen enormes estragos en la salud física y mental de las persona. La asociación entre el uso crónico de medicamentos y el daño gastrointestinal está claramente establecida. Es así como al menos 2% de los consumidores pueden sufrir efectos adversos graves. En relación a las prácticas de autocuidado preconcepcional, se encontró una asociación causal entre la automedicación y prácticas de autocuidado no saludables (OR: 5,71)

La salud de las mujeres en el estudio se ve afectada por diversos factores vinculados con la función reproductiva y/o de género tales como: 58,5% solteras (18,3%  $\leq$  18 años y 39,9%  $\geq$  19 años), 63,3% embarazo no planificado, 13,3% aborto a repetición en encuestadas  $\geq$  19 años, 13,3% obesidad ( 1 encuestada  $\leq$  18 años y 7 encuestadas  $\geq$  19 años), 68,3% no controla su peso (11 encuestadas  $\leq$  18 años y 30 encuestadas  $\geq$  19 años), 70% se automedica, entre otros factores. Esta especificidad reclama consideraciones particulares en la atención a su salud en las diferentes etapas de la vida y no sólo en edades reproductivas. Existe claramente un déficit de información sobre que son los derechos sexuales y reproductivos, y como consecuencia se desglosa el déficit de autocuidado preconcepcional.

Aun cuando el control preconcepcional que el Programa de la Mujer propone, es un control preventivo que considera todos los riesgos que una pareja pueda tener antes del embarazo, la evidencia de esta investigación demuestra que existe un déficit de conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos, y por ende un marcado déficit de autocuidado preconcepcional.

## 6. CONCLUSIÓN

Esta investigación se basa en el concepto de autocuidado preconcepcional que esencialmente refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud previo al embarazo, como responsables de decisiones que condicionan su situación, por lo que coincide con los objetivos de la promoción y prevención de salud.

Es necesario que los cuidados preconcepcionales sean personalizados para cada individuo y que estos estén comprometidos en su plan de cuidados, otorgando un rol protagónico a las preferencias de los sujetos. Además, esta concepción de la salud, permite trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, considerando su percepción del problema, su capacidad de autocuidado, los factores que lo dificultan y sus recursos para el autocuidado preconcepcional, donde la educación para la salud es la herramienta principal de trabajo.

La mayoría de la mujeres encuestadas presentan insuficiencia en la capacidad de agencia de autocuidado preconcepcional en por lo menos 5 o más ámbitos considerados. Al considerar estos ámbitos de manera individual, las medidas preconcepcionales presentan un completo déficit, seguido por la nutrición preconcepcional. Ésta tesis responde a la hipótesis que las mujeres no tiene prácticas de autocuidado preconcepcional o si es que las tienen, no son efectivas.

El pronóstico reproductivo de la mujer depende de múltiples factores, algunos de los cuales empiezan a ejercer su efecto durante el periodo preconcepcional. Por esto se considera que la mejor intervención nutricional que se puede ofrecer a la mujer parte de asegurar las condiciones que le permitan tener un buen desarrollo embrionario, un buen crecimiento fetal y lograr un peso de nacimiento normal, así como evitar complicaciones materno-fetales.

En relación al control por médico y control por matrona, los resultados no tan desfavorables demuestran que existe un buen lazo entre las usuarias y los establecimientos de salud, logro que brinda las instancias para poder educar, reforzar y desarrollar capacidades de autocuidado preconcepcional, así como también mejorar la atención, entregar más información sobre este periodo de vida y sobre los derechos sexuales y reproductivos, considerando a la pareja.

En cuanto a la dimensión psicosocial, el estado de ánimo y la autoestima, son los ámbitos que en mayor medida las mujeres agencian mejor; cuidando la apariencia personal, considerando

consejos de bienestar para el cuidado de la salud, evitando situaciones que entristezcan y tranquilizándose frente a los problemas, lo que es una base para que se desarrolle el empoderamiento de las usuarias y así lograr la toma de decisiones propias en pro de su salud, materia fundamental en el autocuidado preconcepcional.

Respecto a las relaciones interpersonales y el círculo social, son conductas que también son desarrolladas en forma saludable por más de el 68,5% de las mujeres de la muestra en ambos casos. Y los factores que limitan el buen desarrollo de estas actividades son en materia de relaciones interpersonales: bajo nivel educacional, el no tener pareja estable; y en la temática círculo social coincide el nivel educacional, junto con ser dueña de casa y tener un rol de cuidadora con 2 o más familiares.

Las proyecciones de esta investigación fortalecen y orientan el rol de matrona o matrócn, en el ámbito de la promoción de salud y derechos sexuales y reproductivos, tanto de la mujer como de sus familias, facilitando el conocimiento para que logren la propia gestión de su autocuidado preconcepcional y así puedan tomar las mejores decisiones en salud, aspectos fundamentales al relacionarse en forma directa con la probabilidad de cursar una enfermedad crónica, que dañen tanto el bienestar como la calidad de la madre y del feto.

## **6.1 PROYECCIONES DEL ROL**

A la vista de los resultados es necesario, generar programas de promoción y prevención en salud incluyendo aspectos obstétricos y no obstétricos, siendo éstos los más complejos de aplicar, pero indispensables para lograr buen impacto en los niveles de salud materna y perinatal y el ejercicio de una salud sexual y reproductiva, considerando las características de esta población; unido a estrategias de intervención en el plano de la salud sexual y reproductiva del periodo preconcepcional, integrando las capacidades y herramientas con que cuentan las mujeres, para así lograr cambios que se mantengan en el tiempo. Es por ello que las mujeres en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y beneficio de la asistencia preconcepcional. Solo así, siempre que deseen un embarazo acudirán a valorar su estado de salud.

Para el logro de estas estrategias basadas en el autocuidado preconcepcional, se debe impulsar a todo el equipo de salud y a profesionales de otras áreas, como también a dirigentes sociales y políticos, a que comiencen a generar programas a nivel comunitario, por ejemplo: acercando el Programa Chile Crece Contigo a la mujeres, diseñar y aplicar un programa de comunicación de salud acerca del riesgo preconcepcional, propiciar el EMPA en la atención de salud a nivel de consultorio así como en el área laboral, incentivar la nivelación de estudios o explotar los medios de comunicación radiales y audiovisuales presentes en la comuna y a su vez, incorporar la participación del hombre en la planificación familiar, en el autocuidado preconcepcional y en la asistencia posterior al embarazo en varios niveles, ya que en el

período perinatal posiblemente es el único momento en que los hombres se ponen en contacto con el sistema de salud en el ámbito de la salud reproductiva.

Dichas consultas para el autocuidado preconcepcional, se basan en la valoración de las necesidades e intereses de un grupo de personas y en el intercambio de experiencias. De esta manera, se puede ejercer en forma armónica y eficaz el rol educativo asistencial y se optimiza el rendimiento profesional. Para la consultante, es una oportunidad de aprendizaje a través de la cual incorpora conocimientos y habilidades, puede intercambiar experiencias, desarrollar habilidades sociales en un ambiente protegido y se le estimula a tomar sus propias decisiones acerca del cuidado de su salud y/o el de su familia.

En el contexto actual de la salud reproductiva de la mujer, el objetivo final es lograr que la mujer, durante todas las etapas de su vida (niñez-adolescencia-embarazo-nodrizamenopausia), asuma sin desmedro de su propio estado de salud, su trascendental rol durante el proceso reproductivo, disminuyendo así la carga de enfermedad y discapacidad para la mujer y la sociedad en su conjunto.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- ABARCA, K. 2003. Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto. Rev. chil. Infectol. (Chile). v.20 supl.1. (Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182003020100007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003020100007&lng=es&nrm=iso). Consultado el: 31 de Octubre de 2007).
- AMOR, M. 2006. Atención a la mujer sana. Habana, Cuba. (Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZZykkkVlpynLViEg.php>. Consultado el: 11 de Septiembre de 2007).
- BASTÍAS, E.; O. SANHUEZA. 2004. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción, Chile. Cienc. Enferm. 10(1):41-56. (Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532004000100006&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532004000100006&script=sci_arttext&lng=es). Consultada el: 8 de Agosto de 2008).
- BLANCO, S. 2003. Drogas usadas en el embarazo. (Disponible en: <http://www.ffyb.uba.ar/cenimen/boletin%206-00.htm>. Consultado el: 31 de Octubre de 2007).
- CAMACHO, C. 1997. Autoestima y motivación. Barquisimeto, Venezuela. (Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/autoestima-motivacion/autoestima-motivacion.shtml>. Consultado el: 02 de Enero de 2008).
- CASINI, S.; G. LUCERO; M. HERTZ; E. ANDINA. 2002. Guía de control prenatal. Embarazo Normal. División Obstetricia, Hospital Materno Infantil. Ramón Sardá. 21 (2): 51-62. (Disponible en: <http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/2002/51-62.pdf>. Consultado el: 06 de Septiembre de 2007).
- CASTILLA, E.; J. LOPEZ-CAMELO; J. PAZ; M. ORIOLI. 1996. Prevención primaria de los defectos congénitos. Fiocruz. Río de Janeiro, Brazil. P. irr.

- CAVIERES F, 2004. Exposición a pesticidas y toxicidad reproductiva y del desarrollo en humanos. Análisis de la evidencia epidemiológica y experimental. Rev. Méd. Online. (Chile). vol. 132, no.7. (Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000700014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000700014&script=sci_arttext). Consultado el 16 de Octubre de 2007).
- CORTES, F; E. HERTRAMPF; R. CASTRO; R. UAUY. 2007. Importancia de la nutrición preconcepcional y de los contaminantes químicos y microbiológicos sobre el pronóstico reproductivo. (Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/estrategiaintervencion/nutricionpreconcepcional.pdf>. Consultado el 2 de Agosto de 2008).
- CUBA, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. 2001. Planificación familiar y riesgo reproductivo. (Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/maternoinfantil/planificacionfamiliar.pdf>. Consultado el: 19 de Octubre de 2007).
- CHILE, MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), 2001. Control Preconcepcional en el servicio de Osorno. (Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/salud\\_mujer/documentos/control\\_preconcepcional\\_osorno.doc](http://www.minsal.cl/ici/salud_mujer/documentos/control_preconcepcional_osorno.doc). Consultado el: 06 de Septiembre de 2007).
- CHILE, CORPORACIÓN NACIONAL DEL MEDIO AMBIENTE (CONAMA), 2007. Detectan crecimiento de la capa de ozono. (Disponible en: <http://www.sustentable.cl/portada/Descontaminacion/1225.asp>. Consultado el: 18 de Octubre de 2007).
- CHILE, MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). 2004. Programa Salud de la Mujer; Consulta de Atención Preconcepcional. P. 66-71. (Disponible en: <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>. Consultado el: 06 de Septiembre de 2007).
- CHILE, MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). 2007. Manual de orientación en atención integral con enfoque familiar. (Disponible en: [http://www.ssmn.cl/documentos/manual\\_orientacion\\_familiar.pdf](http://www.ssmn.cl/documentos/manual_orientacion_familiar.pdf). Consultado el: 06 de Septiembre de 2007).

- ESPLUGUES, A. R FERNANDEZ; I. AGUILERA; C. IÑIGUEZ; S. GARCIA; A. AGUIRRE; M. LACASAÑA; M. ESTARLICH. 2007. Exposición a contaminantes atmosféricos durante el embarazo y desarrollo prenatal y neonatal: protocolo de investigación en el proyecto INMA (Infancia y Medio Ambiente). Gac. Sanit. (España). v.21 n.2 (Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000200012&lng=pt&nrm=](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000200012&lng=pt&nrm=). Consultado el: 17 de Octubre de 2007).
- FERNANDEZ, T.; X. JUNCO; I. RODRIGUEZ; A. LOPEZ; M. SUJO. 2004. Conocimiento de la población sobre el riesgo Preconcepcional y cumplimiento del Programa. (Disponible en: <http://www.ilustrados.com/buscar.php?search=preconcepcional&type=and>. Consultado el 10 de Septiembre de 2007).
- GAMA, M.; F. BILBAO. 2007. Autoestima de la mujer en el momento de separación de su pareja. (Disponible en: <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0896-90.pdf>. Consultado el: 7 de octubre de 2008).
- GARCÍA, C. 2003. Climaterio y bienestar psicológico. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 29(3). (Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2003000300010&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2003000300010&script=sci_arttext&tlng=es). Consultada el: 8 de Agosto de 2008)
- GILLILAND, F. 2005. Los niveles del ozono elevan riesgo de nacimientos de bajo peso. (Disponible en: <http://www.nuestrosparques.cl/tag/ozono>. Consultado el: 16 de Octubre de 2007).
- GRUPO CONSULTIVO EN APTITUDES DE PARTERIA PARA LA SALUD REPRODUCTIVA. 1998. Recinto Universitario de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan. pp.:29, 31.
- HERNANDEZ, A. 2007. Autocuidado vs automedicación. (Disponible en: <http://www.fnd.cl/autocuidado.htm>. Consultado el 27 de Noviembre de 2008).
- HENRIQUEZ, D; A. TOLEDO. 2005. Comportamiento del riesgo reproductivo. Habana, Cuba. (Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEFEuylkEyEinXylrc.php>. Consultado el: 11 de Septiembre de 2007).

- HERREAR, V.; J. OLIVA; F. DOMINGUEZ. 2000. Riesgo Reproductivo. (Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/riesgo\\_reproductivo.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/riesgo_reproductivo.pdf). Consultado el: 18 de Octubre de 2007).
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (INE). 2003. Censo 2002. (Disponible en: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>. Consultado el 7 de Enero del 2009).
- JOYSE, A. 2006. Beneficios para la salud del corazón por comer pescado. (Disponible en: <http://www.alaskaseafood.org/health/documents/BeneficiosParaLaSalud.pdf>. Consultado el: 5 de Septiembre del 2008).
- LANISZEWSKI, J. 2007. El agujero del Ozono. Agujero del Ozono 2006 llega a su máximo histórico. (Disponible en: <http://www.circuloastronomico.cl/eco/ozono.html>. Consultado el: 17 de Septiembre de 2007).
- LAMADRID, S. 1998. Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. Cad. Saúde Pública. 14(1). (Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1998000500012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000500012&lng=es&nrm=iso). Consultado el: 10 de Agosto de 2008).
- LAPPER, M.; N. CHALFIN. 2007. Riesgos ambientales y embarazo. March of dimes foundation. California, EE.UU. (Disponible en: [http://www.nacersano.org/centro/9388\\_10049.asp](http://www.nacersano.org/centro/9388_10049.asp). Consultado el: 15 de Octubre de 2007).
- LOPEZ, M. 2007. Falta cultura de autocuidado en mujeres. (Disponible en: [http://www.universia.net.mx/index.php/news\\_user/content/view/full/50655/](http://www.universia.net.mx/index.php/news_user/content/view/full/50655/). Consultado el: 21 de Julio del 2008).
- LLORENTE, J. 2006. Medicina Ortomolecular. (Disponible en: [http://www.ds salud.com/medicinaorto\\_numero63.htm](http://www.ds salud.com/medicinaorto_numero63.htm). Consultado el: 12 de Octubre de 2007).
- MARTINEZ, M. 2007. Nacimiento sano. Insecticidas. (Disponible en: <http://www.serpadres.es/consejos-del-embarazo/insecticidas.html> Consultado el: 28 de Julio del 2008).

- MARQUEZ, V. 2006. Santiago, Chile. Taller de autocuidado, relajación y vida sana. Manual del facilitador. (Disponible en: <http://www.inta.cl/materialEducativo/Rojo1.pdf>. Consultado el: 2 de Enero de 2008).
- MERCADO, G. 2001. Automedicación en el embarazo. (Disponible en: [http://www.liberaddictus.org/art\\_autor.php?id\\_autor=126&clave\\_autor=GM00](http://www.liberaddictus.org/art_autor.php?id_autor=126&clave_autor=GM00). Consultado el 5 de Enero del 2009).
- MONTOYA, G. 2007. La ética en el cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. (Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2007000200003&lng=es&nrm=](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2007000200003&lng=es&nrm=). Consultado el 6 de Julio del 2008).
- OCHOA, R. 2008. Factores protectores para enfrentar el VIH/SIDA. Cuba. (Disponible en: C:\Documents and Settings\Clau\Mis documentos\Lulu\Tesis\Marco Teorico\Autocuidado y Autoestima\6\Salud Vida - Infomed.htm. Consultado el 02 de Enero de 2008).
- OREM, D. 1991. Teorías del autocuidado. (Disponible en: [http://www.uc.cl/sw\\_educ/enferm/ciclo/html/general/autocui.htm#a1](http://www.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/general/autocui.htm#a1). Consultado el: 06 de Septiembre de 2007).
- OREM, D. 1993. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Barcelona. Masson. Salvat. (Original no consultado, citado por: RIVERA, L. 2006. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Rev Salud Pública 8(3):235- 247. (Disponible en: <http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v8n3/v8n3pdf/v8n3a09.pdf>. Consultado el 10 de Agosto de 2008).
- PALMA, I. 2001. Salud y derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma de salud en Chile. Santiago, Chile. Pp: 1 – 12. (Disponible en: <http://www.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/MODULO%201.doc>. Consultado el: 6 de Agosto del 2008).
- PELCASTRE, B.; F. GARRIDO; V. DE LEON. 2001. Menopausia: representaciones sociales y prácticas. Salud Pública de México. 43(5): 408-414. (Disponible en: [http://www.insp.mx/salud/43/435\\_3.pdf](http://www.insp.mx/salud/43/435_3.pdf). Consultada el 2 de Septiembre de 2008).

- PEREZ, M. 2004. Autocuidado y Autoestima. México. (Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/04mar/s04031503.html>. Consultado el: 02 de Enero de 2008).
- PRENDES, M.; W. GUIBERT; I. GONZALES; F. SERRANO. 2001. Revista cubana de medicina general integral. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev. Cubana Med. Gen Integr v.17 n.4. Ciudad de La Habana. jul.-ago. (Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es). Consultado el 22 de Junio del 2008.)
- QUINTERO-SOMAINI, A. ; M. QUIRINDONGO. 2004. Peligro Oculito. Riesgos ambientales a la salud de la comunidad latina. (Disponible en: [http://www.nrdc.org/health/effects/latino/espanol/latino\\_sp.pdf](http://www.nrdc.org/health/effects/latino/espanol/latino_sp.pdf). Consultado el: 19 de 10 de 2007).
- RAÑA, A.; X. JUNCO; R. LATOUR; M. SUJO. 2005. Manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional en tres consultorios médicos. Habana, Cuba. (Disponible en: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEEEIFVpEukHtbqpZxW.php>. Consultado el: 14 de Septiembre de 2007).
- RED PROMO-UACH. Valdivia, Nov. Pp. Irr. 1998.
- RIVERA, A. 2003. Embarazo adolescente. (Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf>. Consultado el 23 de Julio del 2008).
- RODRIGUEZ, J. 2000. Tutorial Básico de Estadística. (Disponible en: [www.fisterra.com/tutorial/estadistica.html](http://www.fisterra.com/tutorial/estadistica.html). Consultado el: 2 de diciembre de 2008).
- ROJAS, A. 2003. Practicas de Autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas del asentamiento Humano Cerro el Sauce del Distrito de San Juan de Lurigancho 2001. Tesis. Licenciado en Enfermería. Fac. Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. (Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/rojas\\_ca/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/rojas_ca/html/index-frames.html). Consultado el: 2 de Septiembre del 2008).

- SALINAS, H.; M. PARA; E. VALDÉS; S. CARMONA. 2005. *Obstetricia*. Santiago, Chile. p. 5.
- SHAW, G.; C. WASSERMAN; C. O`MALLEY; V. NELSON; R. JACKSON. 1999. Maternal pesticide exposure from multiple sources and selected congenital anomalies. *Epidemiology*. 10, (1):60-66. (Disponible en: <http://www.cbdmp.org/pdf/bdpestsp.pdf>. Consultado el: 16 de Octubre de 2007).
- SOTO, F.; J. LACOSTE. 1997. The Health Belief Model. A Theoretical Approach to Aids Prevention. *Rev. Esp. Salud Pública*. 71(4). (Original no consultado, citado por: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). 2006. Fortalecimiento del Autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. (Disponible en: <http://pwrchi.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=233>. Consultada el 8 de Agosto de 2008).
- SZOT J. 2002. Mortalidad infantil e indicadores económicos en Chile: 1985-1999. *Rev. Méd. (Chile)* v.130 n.1. (Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000100016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000100016&script=sci_arttext). Consultado el: 10 de Octubre de 2007).
- UAUY R.; E. ATALAH; C. BARRERA; E. BEHNKE. 2002. Alimentación y nutrición durante el embarazo. (Disponible en: [http://74.125.47.132/search?q=cache:VvLd7uhP\\_1kJ:163.247.51.46/nutricion/Documentos/alimentacion%2520durante%2520el%2520embarazo.pdf+alimentacion+y+nutricion+durante+el+embarazo&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cl](http://74.125.47.132/search?q=cache:VvLd7uhP_1kJ:163.247.51.46/nutricion/Documentos/alimentacion%2520durante%2520el%2520embarazo.pdf+alimentacion+y+nutricion+durante+el+embarazo&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cl). Consultado el: 20 de Octubre de 2008).
- VARGAS, N.; C. VILLAR; A. LASTRA. 2004. Cambio de pareja progenitora en puérperas de un hospital de la región metropolitana. Frecuencia y factores asociados. *Rev. méd. Chile* v.132 n.6 Santiago. (Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000600008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000600008&script=sci_arttext). Consultado el: 8 de Octubre de 2008).

**ANEXOS**

## **ANEXO 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN.**

**Investigadora responsable:** Heidi Gabriela Duarte Wahl.

**Título del Proyecto:** “Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas que ingresan al control prenatal en el Consultorio Víctor Domingo Silva de la Ciudad de Coyhaique. 2008”.

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito conocer las prácticas de Autocuidado preconcepcional presentes en mujeres urbanas que ingresan al control prenatal de la ciudad de Coyhaique durante Enero 2008.

Al participar en este estudio, tengo total conocimiento de los objetivos de éste y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Estoy en conocimiento de:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora responsable del proyecto: Heidi Gabriela Duarte Wahl. Fono: 09-8969584.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligado.

---

INVESTIGADOR RESPONSABLE

---

USUARIA PARTICIPANTE

**ANEXO II: CUESTIONARIO PRÁCTICAS AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL.  
COYHAIQUE, 2008.**

**INTRUCCIONES**

A continuación, se presentan una serie de preguntas divididas en 2 etapas, la primera etapa consiste en responder datos generales acerca de su persona y la segunda parte se refiere a los datos más específicos que permitirán desarrollar esta investigación.

En la segunda etapa se presentan preguntas, en las que usted tendrá que marcar la que encuentre más conveniente, las respuestas consistirán en SI como en afirmación o NO como negación.

**I. DATOS GENERALES.**

**Edad:**

**Ultimo año educacional cursado y terminado:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Estado civil:**

Soltera.  Casada.  Conviviente.  Separada.  Viuda.

**Orientación religiosa:**

Católica  Evangélica  No tiene  Otros

**Relación de pareja:**

Sin pareja estable  Con pareja estable hace menos o igual de 1 año.  .  
Con pareja estable entre 1 a 3 años.  Con pareja estable hace más o igual de 5 años.

**Usted planifico su embarazo actual.**

Embarazo planificado.  Embarazo no planificado.

**Aceptación del embarazo actual.**

Embarazo aceptado.

Embarazo no aceptado

**Número de partos que ha tenido Usted:**

Ninguno

Sólo 1

Sólo 2

Sólo 3

Más o igual a 4 partos

**Presencia de hijos en el Hogar.**

Sin hijos en el hogar

Con hijos en el hogar

**Marque con una X, algún antecedente Gineco-Obstétrico que Usted haya presentado.****Puede marcar más de una.**

- \_\_\_\_\_ Aborto a repetición.
- \_\_\_\_\_ Recién Nacido con Malformaciones congénitas.
- \_\_\_\_\_ Muertes perinatales.
- \_\_\_\_\_ Recién Nacido de Bajo peso al nacer. (Menor de 2500grs.)
- \_\_\_\_\_ Parto Pretérmino. (Antes de las 37 semanas).
- \_\_\_\_\_ Cesárea anterior menos de 2 años.
- \_\_\_\_\_ Embarazo Eutópico.
- \_\_\_\_\_ Otras.
- \_\_\_\_\_ Ninguno

**Marque con una X, alguna enfermedad crónica que Usted padezca. Puede marcar más de una.**

- \_\_\_\_\_ Hipertensión Arterial.
- \_\_\_\_\_ Diabetes Mellitus.
- \_\_\_\_\_ Epilepsia.
- \_\_\_\_\_ Obesidad
- \_\_\_\_\_ Depresión.
- \_\_\_\_\_ Anemia
- \_\_\_\_\_ Asma bronquial.
- \_\_\_\_\_ Cardiopatías
- \_\_\_\_\_ RH (-) sensibilizada.
- \_\_\_\_\_ Otras.

**Marque con una X, su lugar de trabajo.**

- \_\_\_\_\_ Dueña de casa.
- \_\_\_\_\_ Trabajadora agrícola. (Granjeros, jardineros, forestales o floricultores).
- \_\_\_\_\_ Trabajadora industrial. (Farmacéuticas, laboratorio, pintura, tintorerías, etc.)
- \_\_\_\_\_ Trabajo en hospitales, consultorios o clínica.
- \_\_\_\_\_ Trabajo en un lugar abierto al ambiente.
- \_\_\_\_\_ Trabajo con artesanía.
- \_\_\_\_\_ Otros.
- \_\_\_\_\_ No trabaja.

**Las horas que Usted trabaja al día son:**

- |                                  |                           |                            |
|----------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Menos o igual de 5 horas al día. | Entre 5 a 7 horas al día. | Entre 8 a 10 horas al día. |
| <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |
| Más o igual de 11 horas al día.  | Otros                     |                            |
| <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>  |                            |

**El rol de Jefatura en su Hogar, lo asume:**

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Personal                 | Pareja                   | Otros                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Percepción de Suficiencia de Ingreso Familiar:**

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Malo                     | Aceptable                | Bueno                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Vivienda:**

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Propia                   | Arrendada                | Allegada                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Marque con una X, las personas que viven en su Hogar:**

- Pareja  
 Hijos  
 Padres  
 Suegros  
 Primos  
 Hermanos  
 Otros familiares.

**Apoyo social recibido por el embarazo.**

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Familia completa.        | Sólo pareja              | Sólo amistades           | Nadie                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Existen problemas que induzcan violencia en su familia y/o entorno**

- |                          |                            |                          |                             |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Dinero                   | Trabajo                    | Tipo de vivienda         | Miembro familiar alcohólico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| No existen problemas     | Otros (Especificar): _____ |                          |                             |
| <input type="checkbox"/> |                            |                          |                             |

**Sabe Usted acerca de “Cuidado Preconcepcional”**

SI  NO

Que sabe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**La información relacionada con “Autocuidado Preconcepcional” que Usted posee la ha obtenido de:****(Puede marcar más de uno)**

- |                                   |                          |                                 |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Radio.                            | Televisión.              | Internet.                       | Profesional de Salud.    |
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| Familia (Especificar quien) _____ |                          | Otros (Especificar quien) _____ |                          |
| <input type="checkbox"/>          |                          | <input type="checkbox"/>        |                          |

## II. DATOS ESPECÍFICOS.

### NUTRICIÓN.

**¿Consumes Usted leche o sus derivados?**

SI   
 NO   
 Frecuencia \_\_\_\_\_

**¿Cuida la calidad y cantidad de alimentos consumidos?**

SI   
 NO.

**¿Sabe Usted cuanta leche debe consumir en el embarazo?**

SI   
 NO   
 Cuanto \_\_\_\_\_

**¿Sabe Usted que alimentos y en que proporciones debe comer durante el embarazo?**

SI   
 NO

**¿Consumes Usted pescado?**

SI   
 NO   
 Frecuencia \_\_\_\_\_

**¿Qué tipo de pescado consume?**

\_\_\_\_\_ Tiburón.  
 \_\_\_\_\_ Pez espada.  
 \_\_\_\_\_ Caballa.  
 \_\_\_\_\_ Atún  
 Otros \_\_\_\_\_

**¿Consumes Usted carne cruda?**

SI   
 NO.   
 Frecuencia \_\_\_\_\_

**¿Consumes Usted verduras y frutas?**

SI   
 NO   
 Frecuencia \_\_\_\_\_

**El agua que Usted consume proviene de:**

\_\_\_\_\_ Drenajes sanitarios.  
 \_\_\_\_\_ Pozos.  
 \_\_\_\_\_ Río.  
 Otros \_\_\_\_\_

**El agua que Usted consume es:**

\_\_\_\_\_ Agua hervida.  
 \_\_\_\_\_ Agua corriente sin hervir.

### CONTROL CON MÉDICO

**¿Ha asistido a Control Médico en el último año?**

SI   
NO

**¿Se controla su peso?**

SI   
NO

**La razón por la que Usted asiste a control de salud es:**

\_\_\_\_\_ Preventivo  
\_\_\_\_\_ Por enfermedad  
\_\_\_\_\_ Otros

### CONTROL CON MATRONA

**¿Su examen de PAP está vigente?**

SI   
NO

**¿Se realiza usted el autoexamen de mamas?**

SI   
NO

**En el caso que el embarazo sea planificado, ¿Acudió a la Matrona para planificar su embarazo?**

SI   
NO

**Si la respuesta anterior fue "SI", ¿Usted se preparó de alguna forma para este embarazo?**

\_\_\_\_\_ Me hice exámenes.  
\_\_\_\_\_ Estoy tomando ácido fólico.  
\_\_\_\_\_ Fui a nutricionista para evaluar mi peso actual..  
\_\_\_\_\_ Deje de fumar.  
Otras. \_\_\_\_\_

### HABITOS NOCIVOS

**¿Fuma cigarrillos de tabaco?**

SI   
NO   
Frecuencia \_\_\_\_\_

**¿Consumo Usted alcohol?**

SI   
NO   
Frecuencia \_\_\_\_\_

**¿Consumo Usted medicamentos?**

SI   
NO   
Cuales \_\_\_\_\_

**¿Usted se automedica?**

SI   
NO

**Consumes Usted Cocaína y/u otras drogas recreacionales.**

SI

NO

Cuales \_\_\_\_\_

**¿Existe algún miembro de su familia que fume tabaco dentro de la casa?**

SI

NO

**Cuando Usted está enferma, es ordenada en el uso de los medicamentos**

SI

NO

**¿Conoce Usted los riesgos asociados al consumo de cigarrillos, alcohol y/o drogas?**

SI

NO

### AUTOCAUIDADO PRECONCEPCIONAL

**¿Usted se vacunó contra la Rubéola?**

SI

NO

**¿Usted se vacunó contra la Hepatitis B?**

SI

NO

**¿Usted está tomando suplemento de Ácido Fólico?**

SI

NO

**¿Usted está tomando Suplemento de Yodo?**

SI

NO

**¿Usted se realizó el Test de ELISA?**

SI

NO

**¿Usted se realizó una revisión de sus dientes previo a quedar embarazada?**

SI

NO

### EXPOSICIÓN A TERATÓGENOS QUÍMICOS

**Algún miembro de su Familia trabaja en:**

\_\_\_\_\_ Soldaduras

\_\_\_\_\_ Taller mecánico

\_\_\_\_\_ Pintor

\_\_\_\_\_ Fábricas de batería.

\_\_\_\_\_ Ninguno.

**Marque con una X las sustancias que utiliza en su hogar:**

\_\_\_\_\_ Insecticidas.

\_\_\_\_\_ Fertilizantes.

\_\_\_\_\_ Veneno para matar

Ratones.

\_\_\_\_\_ Ninguno.

**¿Conoce Usted los efectos nocivos de estas sustancias en el embarazo?**

SI

NO

**¿Que sabe Usted sobre los efectos nocivos de estas sustancias?**

---



---



---

### AUTOESTIMA

**¿Cuida Usted su apariencia personal?**

SI   
NO

**¿Se siente Usted aceptada por los demás?**

SI   
NO

**¿Usted es capaz de decir que no cuando le ofrecen algo perjudicial para su Salud?**

SI   
NO

**¿Escucha los consejos que le sirven para el cuidado de su Salud?**

SI   
NO

### ESTADO DE ÁNIMO

**¿Trata Usted de evitar situaciones que la entristezcan?**

SI   
NO

**¿Trata Usted de tranquilizarse cuando tiene problemas?**

SI   
NO

**¿Sale Usted de casa para despejarse?**

SI   
NO

### RELACIONES INTERPERSONALES

**¿Conversa Usted de sus sentimientos con su pareja o familiares?**

SI   
NO

**¿Conversa Usted de sus sentimientos con sus hijos?**

SI   
NO

**¿Conversa Usted de sus sentimientos con sus amistades?**

SI   
NO

**CIRCULO SOCIAL**

**¿Asiste Usted a fiestas  
(familiares u otras)?**

SI   
NO

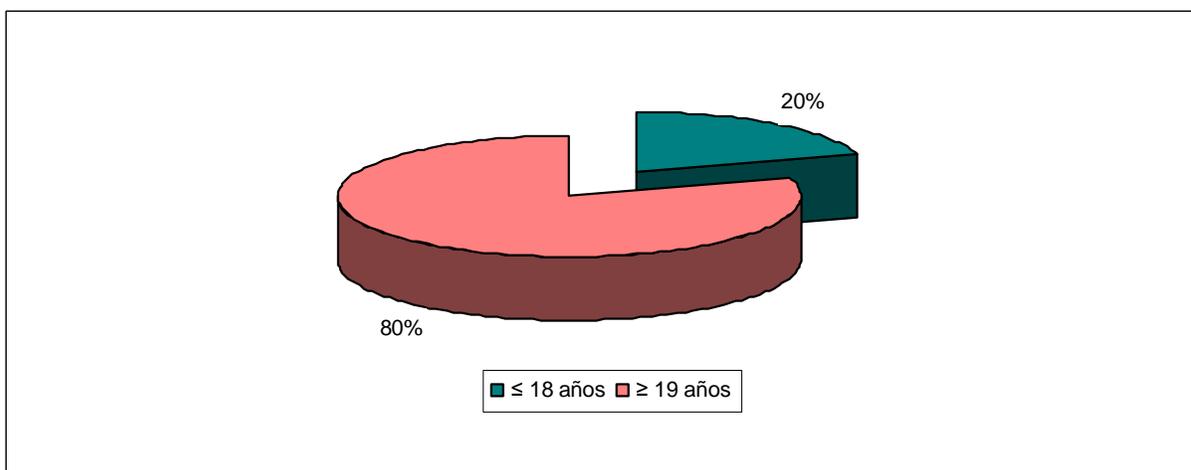
**¿Asiste Usted a  
reuniones en su  
comunidad?**

SI   
NO

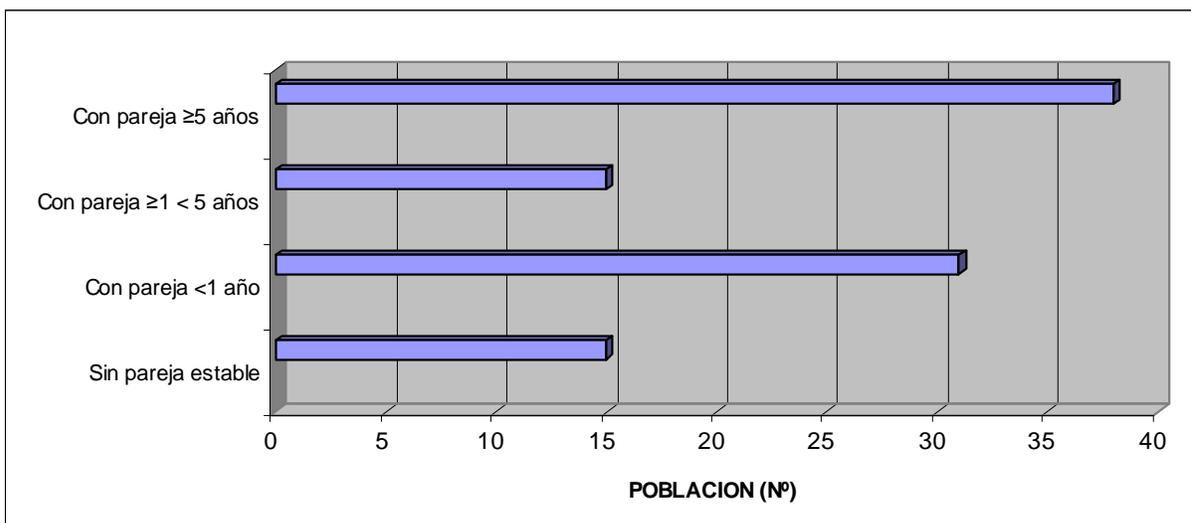
**¿Participa Usted de  
actividades  
recreativas?**

SI   
NO

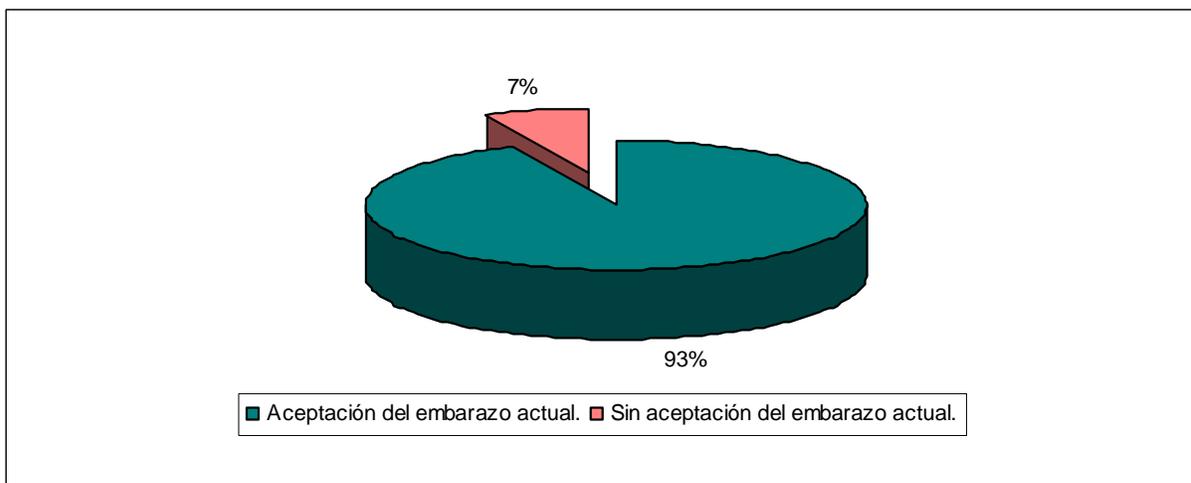
**... Muchas Gracias ...**

**ANEXO III: GRAFICOS DE OTROS RESULTADOS.**

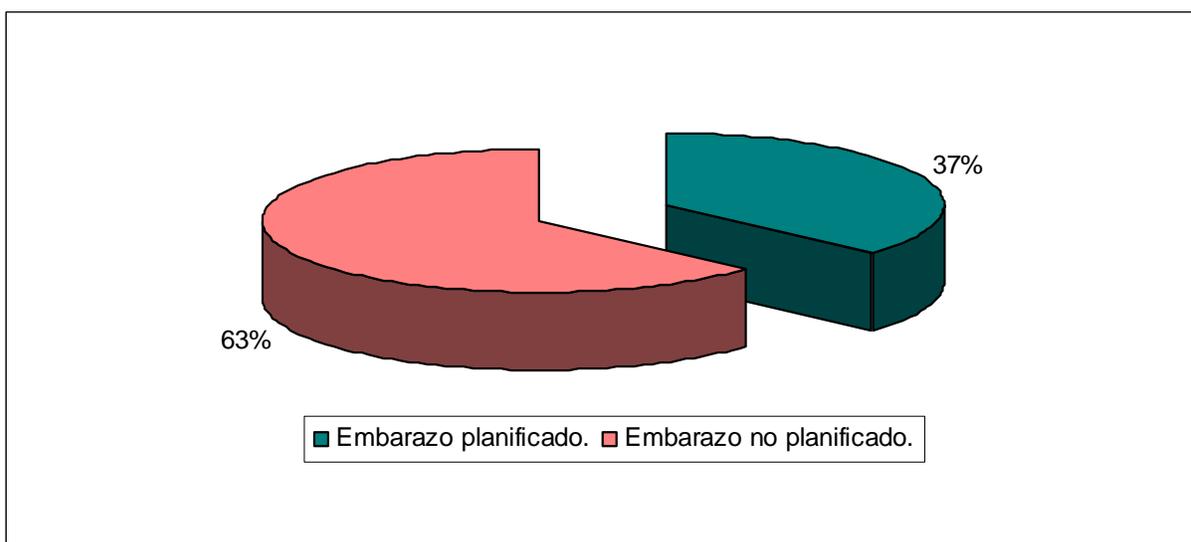
**Gráfico N° 1:** Distribución porcentual de la población según edad. Coyhaique. Enero 2008.



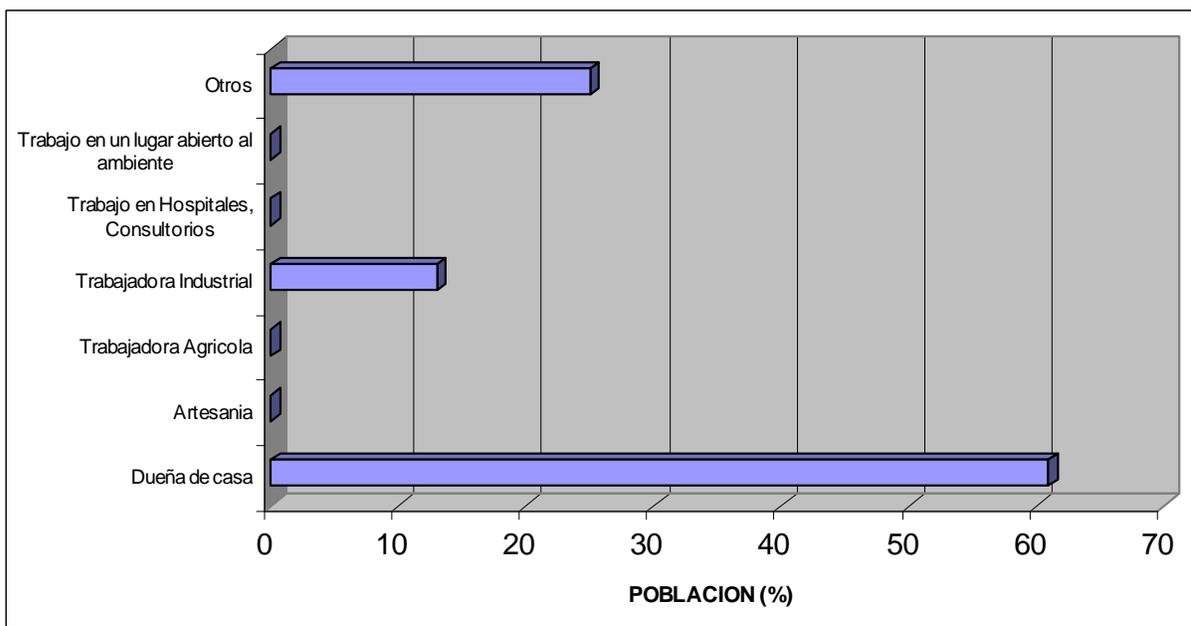
**Gráfico N° 2:** Distribución relativa de la población según relación de pareja estable. Coyhaique. Enero 2008.



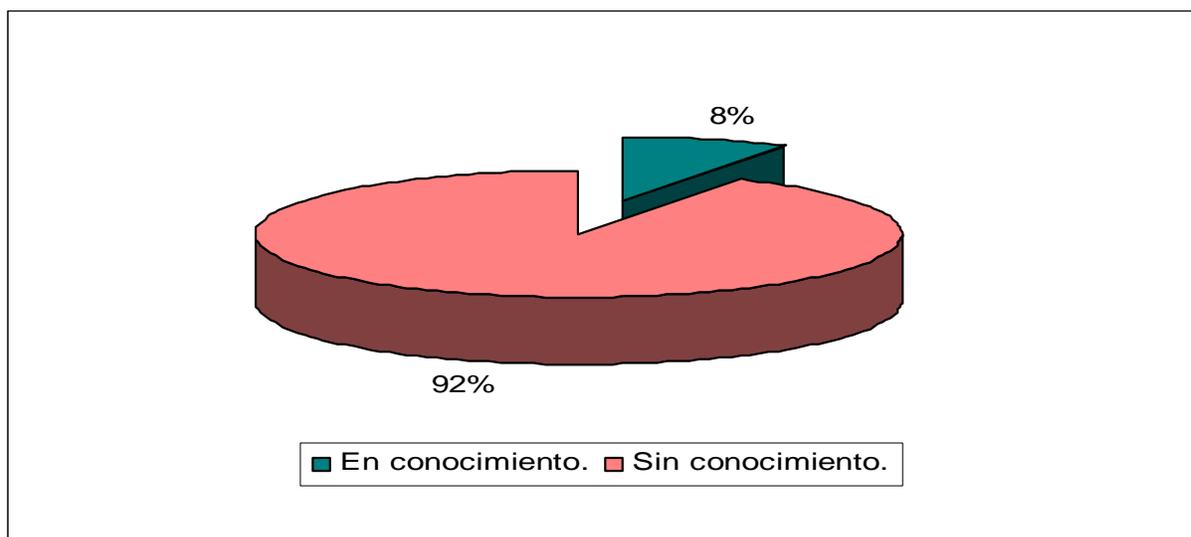
**Grafico N° 3:** Distribución porcentual de la población según aceptación del embarazo actual. Coyhaique. Enero 2008.



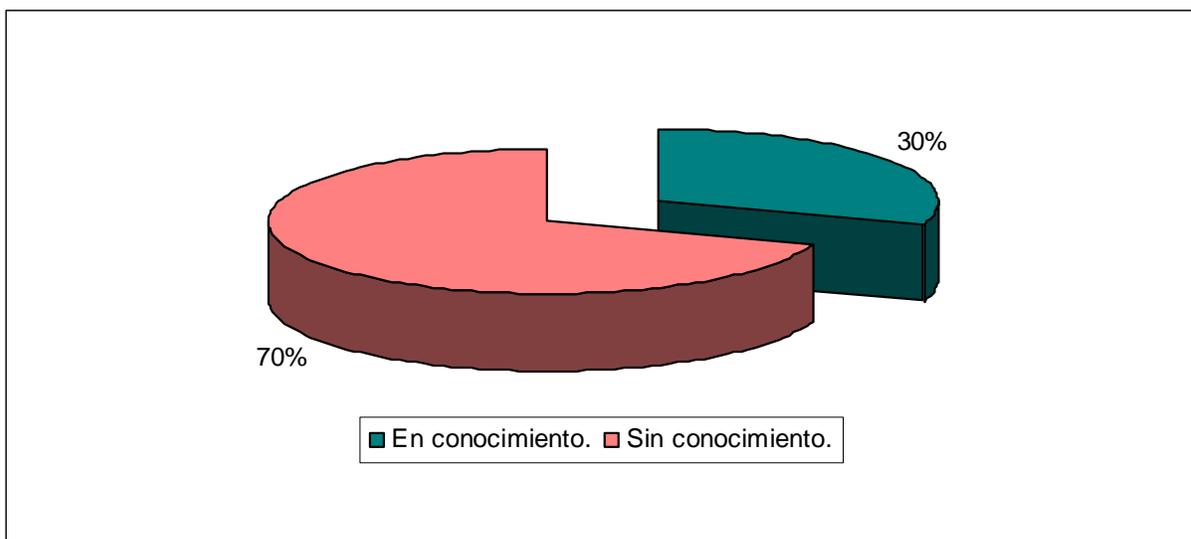
**Grafico N° 4:** Distribución porcentual de la población según planificación del embarazo actual. Coyhaique. Enero 2008.



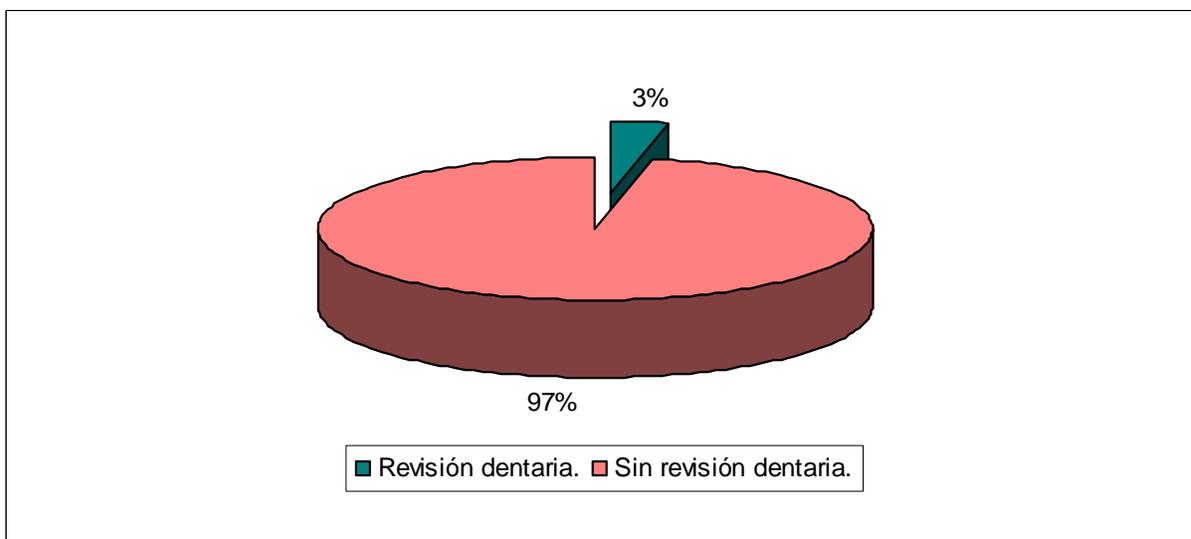
**Grafico N° 5:** Distribución relativa de la población según ocupación laboral. Coyhaique. Enero 2008.



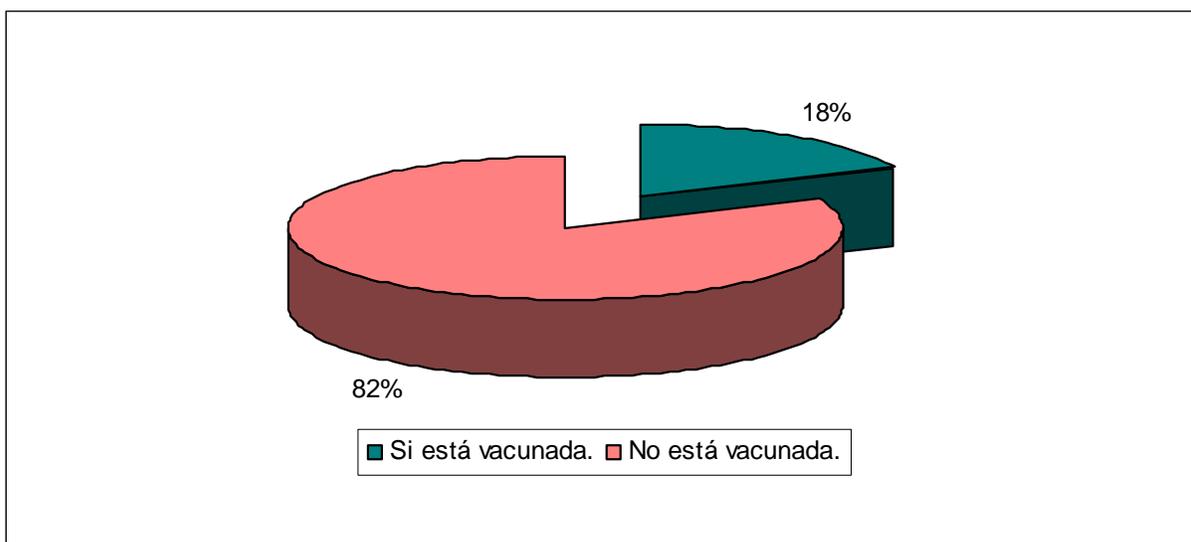
**Grafico N° 6:** Distribución porcentual de la población según conocimiento en relación a raciones y tipos de alimentos a consumir durante el embarazo. Coyhaique. Enero 2008.



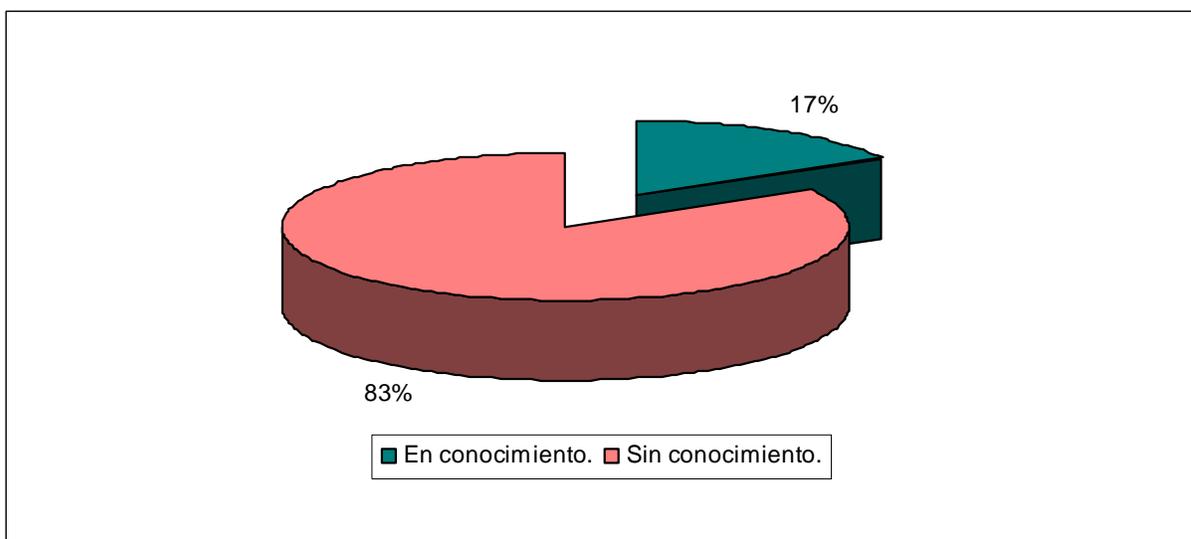
**Grafico N° 7:** Distribución porcentual de la población según conocimiento en relación a la cantidad de leche a consumir durante el embarazo. Coyhaique. Enero 2008.



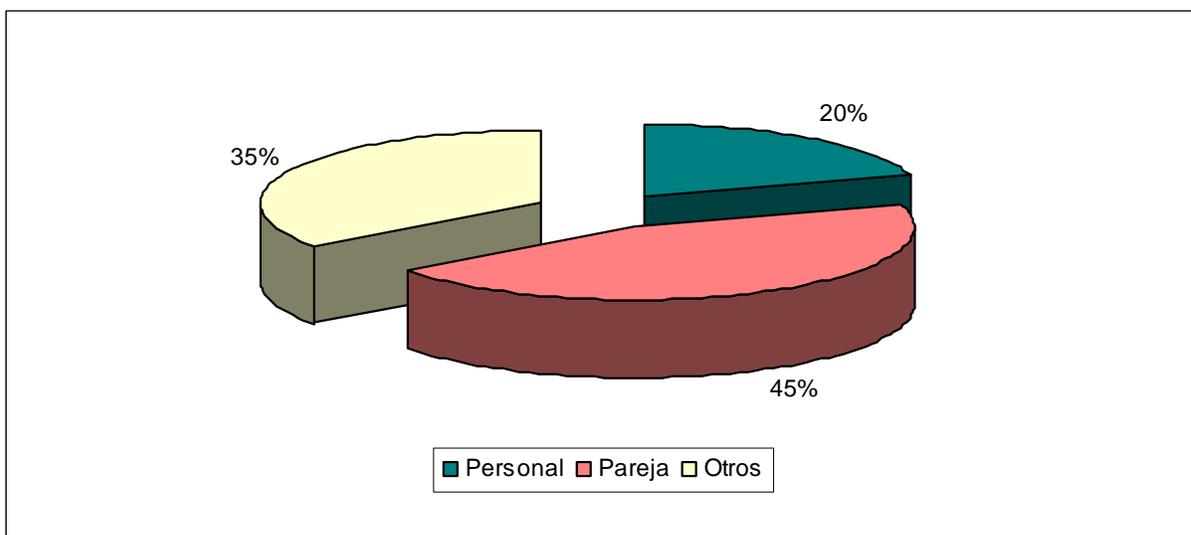
**Grafico N° 8:** Distribución porcentual de la población según revisión dentaria previo embarazo actual. Coyhaique. Enero 2008.



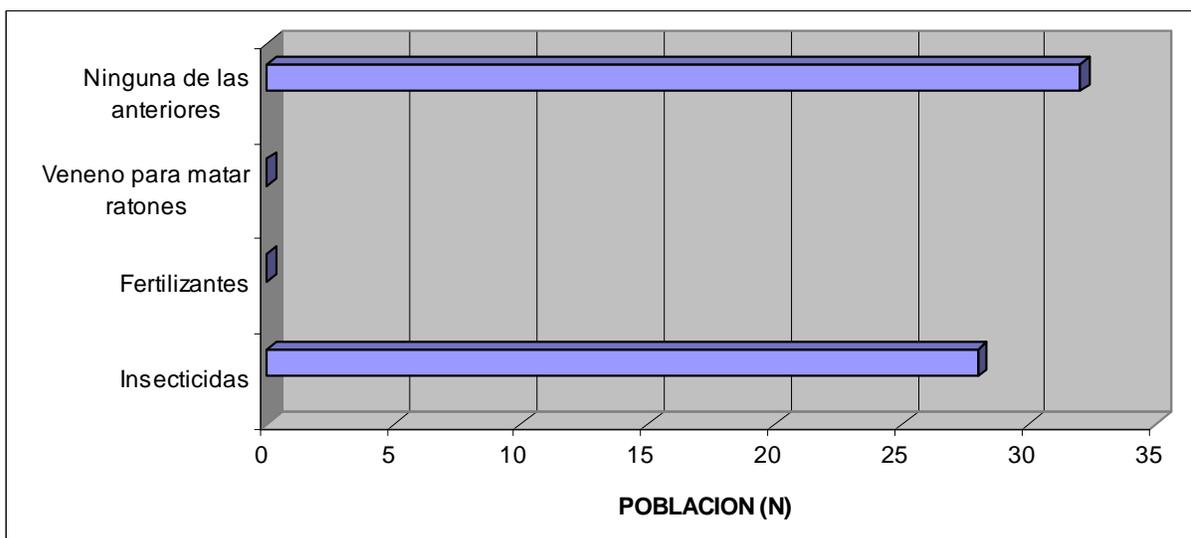
**Grafico N° 9:** Distribución porcentual de la población previamente vacunada contra rubéola. Coyhaique. Enero 2008.



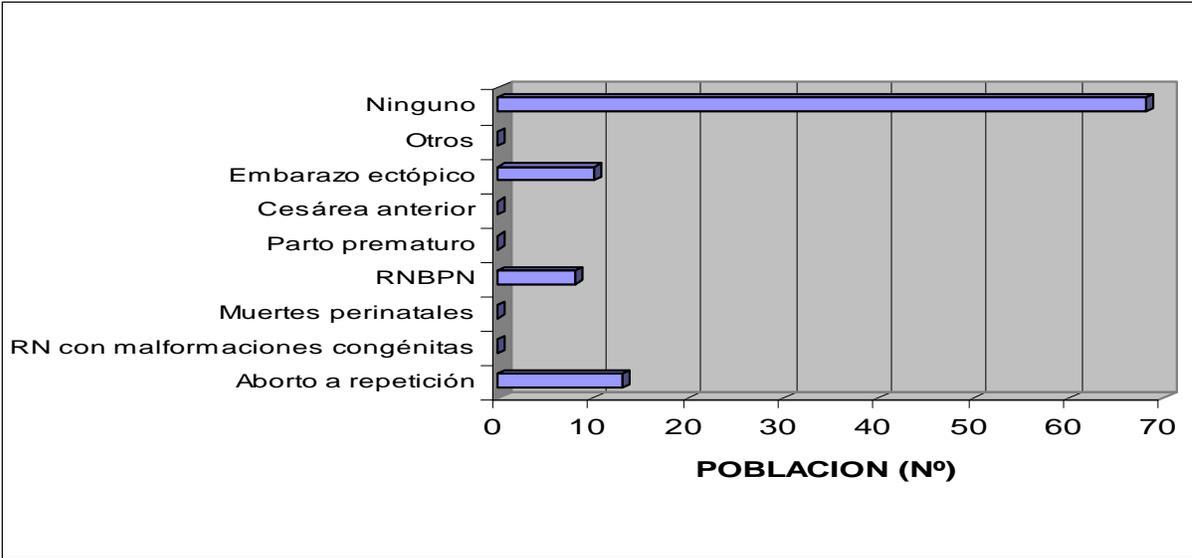
**Grafico N° 10:** Distribución porcentual de la población según conocimientos de los riesgos asociados al consumo de tabaco, alcohol y/o drogas durante el embarazo. Coyhaique. Enero 2008.



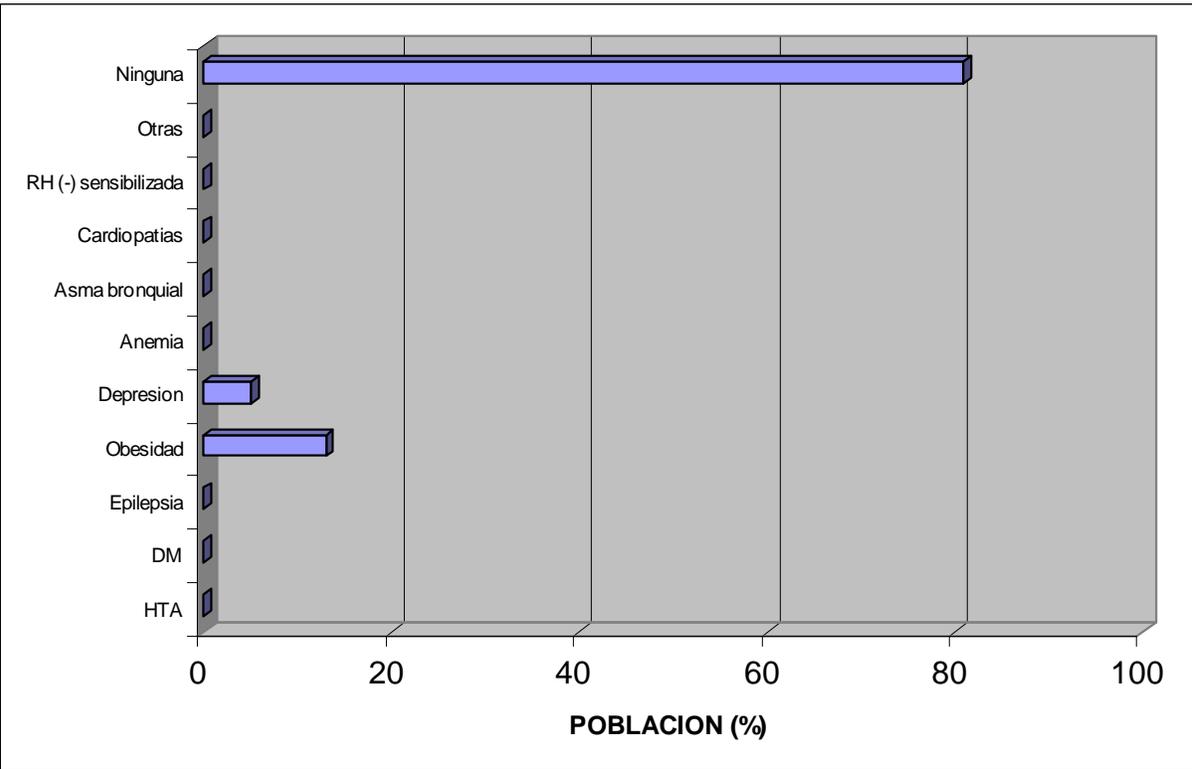
**Gráfico N° 11:** Distribución porcentual de la población según jefatura económica dentro del hogar. Coyhaique. Enero 2008.



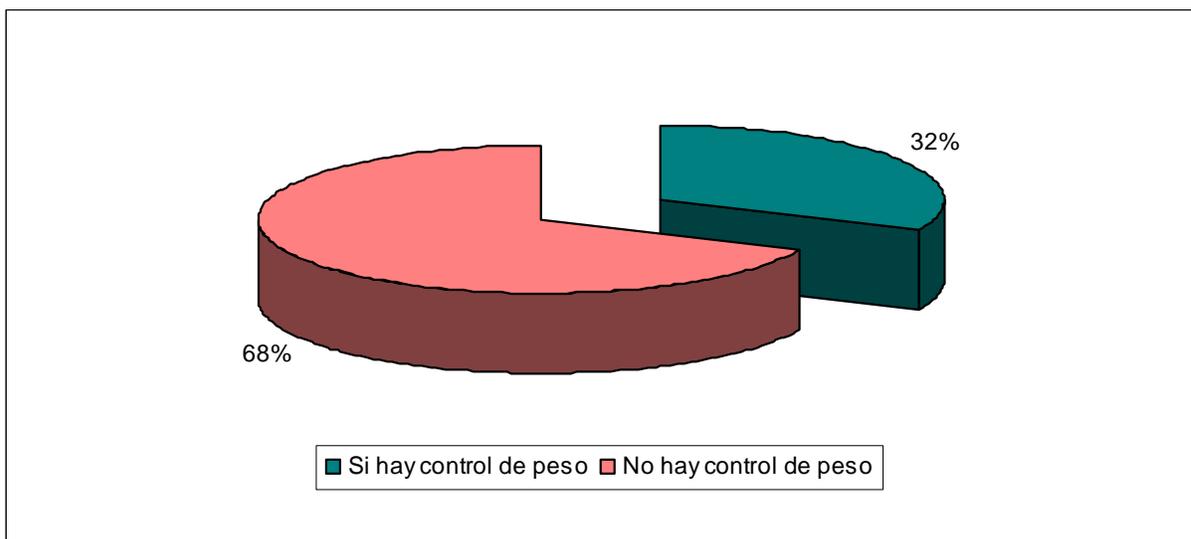
**Gráfico N° 12:** Distribución relativa de la población según químicos utilizados con mayor frecuencia en el hogar. Coyhaique. Enero 2008.



**Grafico N° 13:** Distribución relativa de la población según antecedentes gineco-obstétricos. Coyhaique. Enero 2008.



**Grafico N° 14:** Distribución relativa de la población según presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas. Coyhaique. Enero 2008.



**Grafico N° 15:** Distribución porcentual de la población según existencia de control de peso por las encuestadas. Coyhaique. Enero 2008.

**ANEXO IV: TABLA DE FACTORES DE RIESGO Y SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA ASOCIADO A LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SEGÚN ALGUNAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICA, DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE INGRESARON A CONTROL PRENATAL, BENEFICIARIAS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD, DEL CONSULTORIO URBANO VÍCTOR DOMINGO SILVA, DE LA CIUDAD DE COYHAIQUE, ENERO 2008.**

<b>AMBITO</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>(p)</b>
	<b>EDAD ≤ 18 AÑOS</b>			
Prácticas de autocuidado preconcepcional		1,15	0.11<OR<28.59	0,98
Nutrición		1	0.09<OR<25.95	1
	<b>PAREJA ESTABLE</b>			
Prácticas de autocuidado preconcepcional		1,20	1.03<OR<1.25	0,27
Control con Matrona		9	1.0<OR<206.6	0,0203
	<b>ROL DE CUIDADORAS</b>			
Prácticas de autocuidado preconcepcional		2,14	0.14<OR<63.45	0,15
	<b>NIVEL EDUCACIONAL</b>			
Prácticas de autocuidado preconcepcional		1	0.09<OR<25.40	1
	<b>EMBARAZO NO PLANIFICADO</b>			
Control con matrona		12,60	2.98<OR<28.59	0,0003
	<b>DUEÑA DE CASA</b>			
Circulo social		1,09	0.31<OR<3.28	0,98
	<b>AUTOMEDICACION</b>			
Prácticas de autocuidado preconcepcional		5,77	0.77<OR<51.48	0,038
Nivel educacional		0,120	0.02<OR<0.65	0,0024