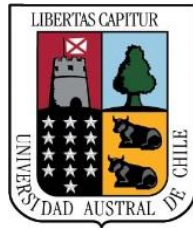


**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**FACTORES QUE CONDICIONAN LA ASISTENCIA DE  
GESTANTES A LOS TALLERES PRENATALES DEL PROGRAMA CHILE  
CRECE CONTIGO, COMUNAS DE PURRANQUE Y RIO NEGRO, 2013.**

Tesis presentada como parte de los requisitos  
para optar al Título de Matrón/ Matrona.

MARCELO GUILLERMO MÖDINGER RIVAS  
CLAUDIO ANDRÉS DEL CARMEN NAVARRO DIAZ  
FRANCISCA ANDREA SOTO NAVARRO

VALDIVIA – CHILE  
2013

**COMISION CALIFICADORA**

**PROFESOR/A PATROCINANTE**

**Nombre:** Yohana Beltrán Herrera



**Firma**

**PROFESOR/A COPATROCINANTE**

**Nombre:** Francisco Marín Herrada



**Firma**

**FECHA DE APROBACIÓN:**

## Agradecimientos

*Al terminar esta etapa quiero dedicar y dar las gracias a las personas más importantes en mi vida, mi querido hijo franco y mi esposo, gracias por entregarme su amor incondicional. A mis padres por entregarme todo su apoyo, el esfuerzo recompensado se materializa con este trabajo, finalmente a dios por guiar mi camino.*

*Francisca Soto Navarro*

*Ésta Tesis está bendecida por Nuestro Señor, que nos ayudó a pesar de los inconvenientes, a que resultara de la mejor forma. A Él mi eterna gratitud por ser mi soporte durante mi periodo Universitario alejado de mi familia.*

*A mis Padres, Patricia y César por ser mi orgullo y mi alimento de perseverancia en que mi futuro está en mis manos.*

*A mis hermanos y hermanita, Luis, Cesar, Patricio, Marco y María, por ser mis cinco dedos en cada escritura de estudio.*

*A mis profesores de Tesis, Francisco Marín y Yohana Beltrán, por su constante apoyo en esta Tesis y por despertar en mí el cuestionamiento científico y del porqué realizamos cada actuar en Salud.*

*Claudio Navarro Díaz*

*En primer lugar, agradecer a Dios, por permitirme tener salud y templanza para afrontar este proceso, a mis padres Mary y Miguel, por entregarme las herramientas para estudiar y ser profesional, su cariño y amor inmenso. A mis docentes Yohana y Francisco, por su paciencia y confianza en mis capacidades como estudiante para elaborar juntos a mis compañeros, este trabajo. A mis amistades, por aconsejarme y apoyarme ante la adversidad. A todos/as muchas gracias...*

*Marcelo Modinguer Rivas*

## INDICE DE MATERIA

Capítulo		Página
<b>1.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1.	Objetivo general	3
1.1.1.	Objetivos Específicos	3
<b>2.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	4
2.1.	Salud Reproductiva	4
2.2.	Derechos Sexuales y Reproductivos	5
2.2.1.	Derechos Internacionales de el/la niño/a	6
2.3.	Salud; Cuidado y Asistencia Prenatal	6
2.4.	Concepto de Autocuidado	7
2.4.1.	Políticas de Autocuidado Prenatal	9
2.4.2.	Prácticas de Autocuidado Prenatal	9
2.5.	Sistema de Protección Integral a La Infancia	10
2.5.1.	Prestaciones del programa	11
2.5.2.	Talleres prenatales chile crece contigo.	12
2.5.3.	Educación en Salud	13
2.5.4.	Metodología de educación en salud	15
2.6.	Estimulación Prenatal	17
2.6.1.	Beneficios de la estimulación prenatal	19
2.7.	Políticas Prenatales: Derecho de la Gestante y del futuro Recién Nacido/a	20

2.7.1.	Preparación Prenatal: Educación Prenatal y herramienta para el Parto y Post-Parto	21
2.8.	Desarrollo Integral Infantil	24
2.9.	Adherencia En Salud: Bajo El Modelo De Creencias En Salud	25
<b>3.</b>	<b>MATERIAL Y METODO</b>	<b>27</b>
3.1.	Paradigma de Investigación	27
3.2.	Tipo de estudio	27
3.3.	Población en estudio	28
3.3.1.	Caracterización de la población	29
3.3.2.	Criterios de inclusión	30
3.3.3.	Criterios de exclusión	30
3.4.	Técnica de recolección de datos	30
3.5.	Instrumento de recolección de datos	31
3.5.1.	Escala de Likert	32
3.6.	Criterios de Rigor	34
3.6.1.	Validez	34
3.6.2.	Confiabilidad	34
3.7.	Criterios éticos	34
3.8.	Definición y Operacionalizacion De Variables	35
3.8.1.	Variables Independientes y dependientes	35
3.9.	Análisis de Datos	36
<b>4.</b>	<b>PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS</b>	<b>38</b>
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIÓN Y PROYECCIONES</b>	<b>61</b>

<b>6.</b>	<b>BIBLLIOGRAFIA</b>	63
<b>7.</b>	<b>ANEXOS</b>	77
	ANEXO 1: Instrumento; Cuestionario Auto aplicado	78
	ANEXO 2: Consentimiento Informado	82
	ANEXO 3: Carta Comité de Ética Servicio de Salud Valdivia	84
	ANEXO 4: Carta solicitud inicio proceso investigativo CESFAM Purranque y Rio Negro	85

## INDICE DE GRAFICOS

<b>Grafico</b>	<b>Titulo</b>	<b>Página</b>
1.	Percepciones gestantes acerca de contenido, de los talleres del CHCC, CESFAM Purranque y Río Negro. 1 Octubre- al 15 de Noviembre 2013.	46
2	Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según Estado Civil, Purranque - Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.	48
3	Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según Relación de Pareja, Purranque- Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.	48
4	Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según Tipo de Familia, Purranque - Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.	49
5	Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según escolaridad, Purranque – Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.	50
6	Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según ocupación, Purranque - Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.	51
7	Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según Edad Gestacional al Ingreso a Control Prenatal, Purranque - Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.	52
8	Sugerencia de actividades a realizar en talleres prenatales, Purranque, 1 Octubre al 15 Noviembre, 2013	54
9	Sugerencia de actividades a realizar en talleres prenatales, Río Negro, 1 octubre al 15 Noviembre, 2013.	55
10	Grado de importancia asignado a los talleres del CHCC, Purranque, 1 Octubre al 15 Noviembre, 2013.	56
11	Importancia asignada a los talleres CHCC. Río Negro, 1 Octubre al 15 Noviembre, 2013.	57

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
<b>1</b>	Caracterización biopsicosocial, Obstétrico y del entorno de la población en estudio según comuna. Purranque - Río Negro, 1 de octubre al 15 de Noviembre 2013	<b>39</b>
<b>2</b>	Percepciones gestantes acerca de características de los talleres del CHCC, CESFAM Purranque y Río Negro. 1 Octubre- al 15 de Noviembre 2013.	<b>43</b>
<b>3</b>	Percepciones gestantes acerca de metodología de los talleres del CHCC, CESFAM Purranque y Río Negro. 1 Octubre- al 15 de Noviembre 2013.	<b>45</b>
<b>4</b>	Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según Enfermedad durante la gestación, Purranque, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013	<b>52</b>
<b>5</b>	Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según Enfermedad durante la gestación, Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013	<b>53</b>



## RESUMEN

Investigar los factores que influyen en la asistencia de gestantes a talleres prenatales del Chile Crece Contigo, permite establecer estrategias que incrementen la asistencia de las gestantes, fortaleciendo la capacidad de autocuidado y adaptación al embarazo, parto y crianza.

Se realizó un estudio multicéntrico, tipo cuantitativo, no experimental, transversal, exploratorio con el propósito de analizar los factores señalados. Se describieron factores biopsicosociales, obstétricos y del entorno, percepción de las gestantes sobre características de los talleres prenatales y relación entre estos con la asistencia, en las comunas Purranque- Río Negro. Se aplicó un cuestionario autoaplicado a 59 gestantes. Los datos se tabularon en Microsoft Excel 2010, se analizaron mediante el programa EPI INFO 7.0, se presentaron mediante tablas de frecuencia, asociación y gráficos.

Los resultados concluyen que los factores que favorecen la asistencia a talleres son; estado conyugal conviviente y casada, la escolaridad media y superior completa, familia nuclear biparental, relación de pareja estable, ser dueña de casa o trabajadora independiente, ingreso a control prenatal menor a las 14 semanas y gestantes sin antecedentes de patologías previas o durante el periodo grávido.

La percepción sobre características del Taller CHCC, muestran que la población estudiada está muy de acuerdo con la utilidad de los talleres, el beneficio que implica asistir, la inclusión de un taller para padres. Las usuarias están de acuerdo con la frecuencia, ubicación, tamaño del espacio físico, horarios en los cuales se realizan los talleres. Se muestran en desacuerdo con la duración del taller prenatal.

Esta investigación responde a la pregunta planteada, los resultados imponen nuevos desafíos para el programa gubernamental ChCC. Si bien, el rol del profesional matrona/ón es vigilar evolución del embarazo, también lo es la gestión y planificación de estrategias innovadoras que incentiven la adherencia de las gestantes a los talleres prenatales.

**Palabras Claves: Gestantes, Asistencia a taller, Talleres prenatales, Programa Chile Crece Contigo.**

## 1. INTRODUCCIÓN

El programa Chile Crece Contigo (CHCC) es un sistema de protección social a la infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, focalizando apoyos especiales a aquellos de mayor vulnerabilidad. Este realiza un seguimiento a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar (Pre-Kínder), alrededor de los 4 o 5 años de edad (Chile Crece Contigo, 2010).

Este programa gubernamental ejecuta una serie de estrategias basadas en una amplia gama de evidencia científica, la cual, demuestra la importancia de la estimulación cognitiva y sensorial en los primeros años de vida para el posterior desarrollo orgánico y de salud. La implementación de acciones de calidad que potencien la estimulación prenatal y desarrollo infantil generan efectos favorables a nivel cognitivo de niños y niñas, es decir, tienen una incidencia directa en la constitución y funcionamiento cerebral, debido a su plasticidad, permitiendo a futuro, obtener mejores resultados a nivel educacional, optando así, a mayores oportunidades laborales e ingresos económicos que garanticen una calidad de vida adecuada (Vegas, Cerdán Infantes, Dunkelberg & Molina, 2006).

Una de las principales acciones del programa son los Talleres Prenatales Chile Crece Contigo, los cuales consisten en actividades educativas realizadas por profesionales de diversas áreas de la salud, para las gestantes, pareja y/o persona significativa. El objetivo principal de éste es otorgar apoyo psicológico y emocional durante la gestación, para mejorar la capacidad de autocuidado y adaptación al proceso grávido (Chile Crece Contigo, 2010).

Durante la etapa prenatal y el primer año de vida, los padres son la principal fuente de estimulación, responsable de establecer las bases físicas y psicológicas, que condicionarán las habilidades humanas por el resto de su vida, accediendo a competir en igualdad de condiciones con las demás personas, independiente de su origen social, familiar, género y características de su hogar (Vegas et al, 2006).

El rol de la Matrona/Matrón como profesional competente es fundamental; no solo a la hora de realizar controles prenatales, sino también, en guiar a las gestantes a través de los talleres del

CHCC, ejecutando una atención integral (gestante – familia – futuro hijo/a) como parte elemental del proceso reproductivo. Cabe destacar, la relevancia de la conferencia de Población y Desarrollo del Cairo en 1994, en la cual se estableció que la educación y el empoderamiento de las mujeres son fundamentales para el progreso de los programas de salud. Esta premisa fue ratificada posteriormente en la IV conferencia de la mujer de Beijing en 1995.

La/él profesional matrona o matrón debe efectuar actividades centradas en una atención humanizada y empática, empoderando a la mujer, mediante técnicas educativas para la protección de la salud, entregando los beneficios del progreso científico que sustentan la realización de los talleres prenatales y sobre todo, el derecho pleno que tiene la gestante sobre la integridad de su cuerpo libre de toda discriminación (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER, s.f.).

Los talleres del sistema de Protección Integral Chile Crece Contigo son realizados en centros de Salud con personal profesional capacitado para ello, entregando herramientas a la familia, padre y madre desde una perspectiva biopsicosocial, para que en su proceso de embarazo, conozca los futuros cambios que ocurrirán, tenga conocimiento acerca del trabajo de parto y parto, que permitirán crear un vínculo afectivo con su hijo/a in útero y post nacimiento. Por ende, se reafirman los compromisos que tiene el estado de Chile sobre los derechos universales del niño/a, los cuales, se reflejan en la aplicación de políticas de estado en pro de fortalecer la crianza, con el fin de que su futuro no este determinado por el nivel socioeconómico, raza, etnia o religión de cada persona.

A pesar de los grandes beneficios biopsicosociales que se pueden generar a partir de la asistencia a estos talleres prenatales, actualmente existe preocupación por la baja adherencia a estos, por diversos motivos, los cuales se deben esclarecer, ya que pueden ser situaciones que generen motivos de inasistencias triviales, prevenibles y solucionables con implementación de estrategias que incrementen la participación, favoreciendo así, el cuidado prenatal y el desarrollo de un nuevo ser.

En relación a la estadística que evidencia la asistencia de las gestantes a los talleres, sólo se puede acceder a través de la red, al indicador de asistencia al taller grupal “Preparación para el parto y la crianza” (Quinto Taller realizado en el Hospital). Específicamente en la región de los Ríos, comunas como Lanco y Lago Ranco, se encuentran bajo los parámetros nacionales, correspondiente al 67,58%, vale decir, 58,67% y 46,84% respectivamente, en forma anual. Lo mismo ocurrió durante el año 2011, en las mismas comunas de la región, Lanco (61,96%) y Lago Ranco (48,35%), nuevamente se encuentran bajo el promedio nacional (69,02%).

Respecto a las cifras de asistencia promedio a los talleres del programa en la comuna de Purranque, se estima que ésta bordea el 65,5%, mientras que al quinto taller antes mencionado la asistencia se reduce drásticamente, relacionado a la migración de usuarias al término del embarazo al hospital base provincial, la misma situación afecta a la localidad de Río Negro (Ministerio de Salud (MINSAL) 2012).

A partir de esta problemática, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores que condicionan el nivel de asistencia de las gestantes de las comunas de Purranque y Río Negro, a los talleres prenatales del Programa Chile Crece Contigo (CHCC)? El conocimiento de los factores que influyen en las inasistencias ayudará a generar nuevas estrategias o modificación de estas, para mejorar los niveles de asistencia de las gestantes.

## **1.1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar los factores que condicionan el nivel de asistencia de las gestantes a los talleres prenatales del programa CHCC en las comunas de Purranque y Río Negro

### **1.1.1. Objetivos Específicos**

1.- Describir los factores biopsicosociales, obstétricos y del entorno que podría influir en la asistencia a los talleres prenatales: Edad, Escolaridad, Estado Conyugal, Procedencia, Tipo de Familia, Nivel Socioeconómico, Ocupación, edad gestacional de ingreso a Control Prenatal, Paridad, Edad Gestacional actual, patologías en el embarazo previas a este y durante la gestación.

2.- Determinar la percepción de las usuarias gestantes sobre la ejecución de los talleres prenatales respecto a los siguientes aspectos: duración, frecuencia, horarios de los talleres, metodología utilizada, lugar, materiales entregados, profesional que lo realiza, beneficios de asistir, los cuales, permitan establecer la importancia asignada por las usuarias a los talleres prenatales.

3.- Relacionar los factores biopsicosociales, obstétricos, del entorno y la percepción de las usuarias sobre los talleres prenatales del programa CHCC, con la asistencia a dichos talleres.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 SALUD REPRODUCTIVA

Se define la salud reproductiva como la situación, en la cual la tríada madre-padre-hijos/as logran el completo bienestar biopsicosocial, y no solo la carencia de patologías o trastornos relacionada con la anatomía y fisiología del sistema reproductivo. (Organización Mundial de la Salud (OMS), s.f. citado en ICMER, s.f.).

En efecto, este concepto implica que las personas, tanto hombres como mujeres, tengan la capacidad de reproducirse sin riesgos, es decir, que la reproducción finalice satisfactoriamente mediante la sobrevivencia y crecimiento de sus hijos e hijas, a fin de asegurar que éstos se desarrollen en óptimas condiciones durante la adultez, otorgando las máximas posibilidades de que las parejas obtengan hijos/as sanos/as. Adicionalmente, esta definición se extiende a que las personas puedan regular su fertilidad, para que conlleven una sexualidad placentera, segura y sin necesidad de reproducción, sustentados en el principio ético de la autonomía. En cuanto a la mujer, la salud reproductiva además implica que pueda vivir con seguridad el embarazo, parto y puerperio. (Schiappacasse, Vidal, Casas, Dides & Díaz, 2003; Dides, 2011)

Por lo tanto, la salud reproductiva no está circunscrita solo en la esfera biológica, sino también, incluye valores, género, cultura, calidad y expectativas de vida de cada persona (Organización Panamericana de Salud, (OPS), 2000).

La OPS, señala que la salud reproductiva tiene un amplio campo de acción, la cual, inicia antes de la concepción, involucrando la educación a temprana edad, el desarrollo del adolescente, la reproducción propiamente tal, hasta la menopausia o climaterio en la mujer y en el hombre, la andropausia. De esta manera, la salud reproductiva es un proceso de toda la vida, que constituye el eje principal de la promoción y protección en salud de las mujeres, y por tanto, los diferentes países deben formular políticas y programas que aseguren la equidad y calidad de la atención en salud reproductiva, con perspectiva de género (OPS, 1998).

El programa CHCC permite potenciar la salud reproductiva de miles de parejas de nuestro país al ofrecer una ayuda real y constante al momento de iniciar la gestación posterior al nacimiento, ofrece herramientas que mejoran las habilidades parentales de parejas, que determinan a futuro mejores y más oportunidades para ese hijo e hija.

## **2.2 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

Los derechos sexuales y reproductivos son inherentes a los derechos humanos e integran los derechos básicos de las personas al acceso a la información y a servicios de salud que garanticen una vida sexual y reproductiva óptima, sin discriminación de ningún tipo. Se basan en el derecho a la salud, a la libertad individual y de pensamiento, de expresión, a la educación, a los beneficios del progreso científico, entre otros (Schiappacasse et al., 2003).

De acuerdo a las conferencias de Población y Desarrollo de el Cairo (1994) y de la Mujer de Beijing (1995), nuestro país ha pactado un conjunto de acuerdos internacionales que garantizan la provisión de servicios de salud, educación y justicia, de manera que cada persona pueda optar a una salud sexual y reproductiva plena, a través del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Casas & Valenzuela, 2007).

El Programa Chile Crece Contigo (CHCC) a través de los talleres prenatales, impulsa acciones preventivas y de promoción, que permiten satisfacer los derechos sexuales y reproductivos vinculados al embarazo, parto, postparto. Potencia los roles parentales, además del resguardo del crecimiento y desarrollo de los hijos e hijas, incluyendo la promoción de la Lactancia Materna, de modo que puedan llegar en adecuadas condiciones a la vida adulta (Mazarrasa & Gil, s.f).

El logro del bienestar sexual y reproductivo se alcanza cuando las personas asumen y exigen sus derechos, sin embargo, si las gestantes no asisten a los talleres prenatales, pierden o renuncian en muchos casos a sus derechos y los beneficios de éstos, trayendo consecuencias, como escaso empoderamiento y educación y en ocasiones riesgos en la gestación. Por otra parte el país reduce sus posibilidades de cumplir con los requisitos indispensables para el desarrollo del estado y el éxito de los programas de salud. Otro aspecto importante a considerar es que sus hijas/os se verán privados de gozar de los beneficios que otorga la educación y el conocimiento que sus madres podrían otorgarles, viéndose también vulnerados sus derechos como niñas y niños.

### **2.2.1 Derechos internacionales del niño y niña**

El 20 de Noviembre de 1989, se aprobó en la Convención sobre los Derechos del Niño en su resolución 44/25 (Asamblea General de Naciones Unidas, 1999), el derecho del niño/a la protección legal, tanto antes del nacimiento como posterior a éste en su desarrollo como ser humano, debido a la falta de madurez mental y física con que nacen, necesitando un estado de protección y cuidado especial. Junto a esto, se reafirma la incorporación de los derechos del niño/a como derechos fundamentales del ser humano y determinante del progreso social y como concepto amplio de libertad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF), 2012).

En esta convención de los derechos del niño/a, se formularon distintos artículos, los cuales, tenían como objetivo avanzar en el respeto por los valores culturales que rodeaban al niño/a y el desarrollo de estos con todo el potencial posible. Valores tan importante como el respeto, son ejes transversales de esta convención acerca de la responsabilidad de los padres en el cumplimiento de los derechos del niño/a. Así mismo, también reconoce la importancia que tienen los padres en la crianza de los niños/as, por lo que abordan a que los progenitores deben tomar decisiones, las cuales no deben repercutir negativamente en el niño a razón de su edad y labilidad física-mental (UNICEF, 2012; Casas & Valenzuela, 2011).

Los artículos de la convención exigen crear distintos tipos de métodos para que el niño /a sea protegido contra la explotación, abandono y de malos tratos. Así como también a la presentación de los distintos tipos de recursos, aptitudes y contribuciones en forma específica, para que el niño/a asegure su supervivencia y posterior desarrollo de su infancia. Como los niños y niñas en sus primeros años de vida, no pueden hacer valer sus derechos por si mismos, deben ser sus padres/madres y/o tutores quienes los respeten y los incorporen en su vida diaria y antes de nacer debe ser principalmente su madre la que le asegure un desarrollo y crecimiento óptimo, a través de una serie de cuidados que puede poner en práctica apoyada de su pareja, familia y equipo de salud (UNICEF, 2012).

### **2.3 SALUD, CUIDADO Y ASISTENCIA PRENATAL**

La OMS define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la mera ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, Rizzotti & Mercer (s.f.), señalan que la salud no se alcanza en un momento determinado y se mantiene sin modificaciones en el tiempo, sino que está en continuo cambio siendo influenciada por

factores biopsicosociales, es por este motivo, que en la actualidad se considera la salud como un proceso y no como un estado (MINSAL, 2012; OMS s.f. citado en León. & Berenson s.f).

La salud es un derecho humano, y como tal, otorga la facultad de acceder a los diversos métodos, instrumentos, servicios e instituciones para mantenerla, por lo tanto, todas las personas tienen derecho a recibir un conjunto de cuidados para prevenir enfermedades o durante el tratamiento de estas (Rizzotti & Mercer, s.f.)

La importancia de incorporar los cuidados prenatales en gestantes, radica en la promoción de comportamientos saludables o conductas preventivas, que ejecutadas durante el embarazo tienen efectos positivos. La promoción se instauró como el paradigma principal de la salud pública, a través de la carta de Ottawa en 1986, en la cual se establece que, la promoción en salud consiste en proporcionar a las personas las herramientas necesarias para obtener una salud plena, y de esa manera lograr un mejor control sobre dicho concepto. Por lo tanto, la promoción no es exclusiva de las entidades de salud, sino que se les asigna un rol más activo a las personas, respecto a su condición de salud (García, s.f; MINSAL, 2012 a).

En la misma carta se estipula que un requisito para la salud, es la capacitación y acceso a la información para la educación sanitaria, que permitan adquirir conocimientos que conduzcan a las personas a tomar decisiones de manera informada. La educación, es un método que facilita el progreso de la salud, por medio de prácticas de autocuidado, vale decir, potencia la capacidad de los individuos para cuidar de sí mismo y de su entorno (García, s.f.; Rizzotti & Mercer, s.f.).

#### **2.4. CONCEPTO DE AUTOCUIDADO EN SALUD**

Existen diversas definiciones para el concepto autocuidado; según Orem (1991), citado en Masalán, y González (s.f.), corresponde a “el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”, por tanto, el autocuidado es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Por lo tanto considerando el concepto salud, el autocuidado en salud es una acción clave que permite a las personas convertirse en protagonistas de su propia salud, abarcando múltiples aspectos de esta, que contribuyen a lograr un bienestar óptimo, armónico y estable (Barría, Rosemberg & Uribe, 2003).



El modelo de enfermería de Dorothea Orem, es actualmente el que más se ajusta a las prácticas de autocuidado de los seres humanos. En el año 1971 propone “La teoría general del autocuidado”, la cual está conformada por tres teorías. La primera de ellas llamada Teoría del Autocuidado; la cual plantea al autocuidado como una actividad aprendida por situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo en beneficio de su salud” (Roldan, 2011).

Existen además tres requisitos ineludibles al autocuidado: el primero de ellos son los requisitos de autocuidado universal; ligados a la conservación del medio ambiente, actividad y descanso, e interacción social, potenciando la prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Los requisitos de autocuidado del desarrollo, son aquellos que promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración y que en su conjunto previenen o mitigan condiciones derivadas del proceso evolutivo como es el caso de la gestación. Los últimos son aquellos requisitos de autocuidado de desviación de la salud, vinculados a los estados de salud (Navarro & Castro, 2010).

La segunda teoría de Orem es llamada Teoría del déficit de autocuidado: la cual, hace referencia a aquella circunstancia de la vida que predisponen un déficit del autocuidado, aquí se plantea que aquellos individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente (Roldan, 2011)

La tercera, “Teoría de los sistema de enfermería” plantea el cuándo y por qué se necesita de la intervención de enfermería destacando el sistema de enfermería de apoyo-educación, en la cual la Enfermera y contemporáneamente Matrona actúa educando a los/las individuos para que sean capaces de realizar actividades de autocuidado (Rojas, Pérez Lluch & Cabrera, 2009).

El concepto de autocuidado planteado por Orem refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, haciéndolos responsables de decisiones que condicionan su situación. Para llevar ello a cabo, resulta necesario la individualización de los cuidados de enfermería- matronería, sumado a la promoción de la motivación y cambios de comportamiento, convirtiendo a la educación como herramienta principal de trabajo. Las intervenciones de enfermería- matronería se basan en actuar en lugar de la persona impedida como lo es el/la enfermo/a inconsciente o la orientación o recomendaciones sanitarias a mujeres embarazadas, niños, adultos mayores (Navarro & Castro, 2010; Rojas et al., 2009).

Por otra parte, Tobón (s.f.) basado en la teoría de Orem y actualizando el concepto, considera el autocuidado como “aquellos cuidados que realizan las personas para optar a una mejor calidad de vida, manifestando un componente individual, determinado por las características de cada individuo y otro familiar, comunitario, que involucra a situaciones externas que escapan del control de cada persona; cuidados que deben ser promocionados y fomentados por profesionales de salud”, por consiguiente, autocuidado es una noción de índole educativa, teórico- práctico, que se convierte en una filosofía de vida para lograr el equilibrio entre los factores protectores y de riesgos de cada sujeto. En el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva resulta una herramienta útil para el mantenimiento de la salud de la triada madre-padre hijo/a, sin dudas repercutirá en el futuro de niño/a. (Barría et al., s.f.).

#### **2.4.1. Políticas autocuidado prenatal**

Las políticas públicas que favorecen el autocuidado prenatal desarrolladas por el MINSAL son herramientas basadas en evidencia y dirigidos a la promoción de la salud, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos. Estas políticas están contenidas en lo que se denomina programa de salud de la mujer. Este programa tiene varios componentes, entre los que destaca las normas de regulación de fecundidad, política que se implementó con el fin de reducir la incidencia del aborto provocado, enfatizando las acciones en las mujeres de mayor riesgo de interrumpir la gestación, puesto que, tenían mayor probabilidad de complicaciones, al practicarse abortos en entornos inseguros e inadecuados (MINSAL, 2005; 2012 b, c).

Por otro lado, se encuentra el sistema integral de protección a la infancia, a cargo del Chile Crece Contigo, que se constituye de una serie de estrategias que promueven prácticas de autocuidado prenatal con enfoque biopsicosocial, para asegurar una gestación fisiológica, y así un futuro óptimo para el nuevo organismo (MINSAL, 2012 b).

Todas estas iniciativas buscan el fortalecimiento de la salud materno-perinatal, a través del mejoramiento de la calidad de atención del proceso reproductivo, desarrollando material informativo y educativo que permita disponer de conocimientos relacionados con la gestación, favoreciendo la preparación para el parto y la crianza (MINSAL, 2012 c).

#### **2.4.2. Prácticas de autocuidado prenatal**

En un estudio descriptivo transversal realizado en Honduras, siendo el tamaño muestral de 268 mujeres entre embarazadas y púerperas se quiso determinar los conocimientos y prácticas en autocuidado, que tienen mujeres en edad reproductiva, en la etapa prenatal y puerperal, se

concluyó que alrededor del 29% de las mujeres reconoce que el consumo de cigarro durante la gestación puede tener como consecuencia un niño/a enfermo/a. En cuanto al consumo de drogas y alcohol, 46% reconoce que puede afectar al feto provocando que se enferme y que pueda nacer con defectos. Así también, que las enfermedades más frecuentes son las infecciones vaginales en 28%, seguido del dolor de vientre 10% y 17% niegan conocer acerca de autocuidado, por ende, la realización de controles seriados por parte de un profesional ayudará en la pesquisa temprana de factores de riesgo para la madre y el feto (Alba, Suya, Eunice, Zavala & Ramírez, 2006).

La importancia que recae en el profesional que realiza el control prenatal así como también en los talleres prenatales es de vital importancia, ya que se atiende a mujeres las cuales no todas tienen la misma edad, el mismo nivel educacional, nivel socioeconómico y que quizás no han tenido experiencias previas como madres, por ende la información que se les pueda entregar a las mujeres gestantes es primordial para prevenir complicaciones durante su embarazo y por tanto, que su hijo/a nazca enfermo o prematuro (Alba et al., 2006).

## **2.5. SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL A LA INFANCIA CHILE CRECE CONTIGO.**

El Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo se basa en lo prioritario que son los primeros años de vida para la salud y el desarrollo de la persona en todo su ciclo vital. Es así como los niños y niñas en sus primeros cuatro años de vida través de la estimulación, afecto y nutrición pueden formar capacidades para aprender y amar más adelante en su vida adulta.

A raíz de la evidencia científica disponible y estudios seleccionados durante el gobierno de la ex Presidenta Michelle Bachelet, se crea el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, basado en el derecho Internacional de el/la niño/a al mejor comienzo y apoyo para desarrollar al máximo el potencial de cada niño/a desde la gestación hasta el ingreso al sistema escolar (Silva & Molina, 2010).

Es así como se transforma en una política pública, de muchos componentes y de una capacidad intersectorial englobadas en un complejo sistema de carácter intervención - integral que brinda protección acorde a las características y necesidades de cada niño/a y familia, dejando a disposición numerosas prestaciones con múltiples beneficios universales y diferenciados garantizados para ello, entre ellos, los talleres prenatales.

En el año 2009 se crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza Chile Crece Contigo, mediante la ley 20.379 la cual le da una estabilidad al programa, ratificando los compromisos asumidos por el Estado de Chile desde 1990 con la Convención Internacional sobre los derechos del niño/a. Este sistema establece que los niños y niñas que ingresan al programa desde el primer control prenatal en el sistema público de salud posean garantías de acceso a programas en red como el Chile Solidario a las familias de mayor vulnerabilidad, salas cunas, jardines infantiles, entre otras (MINSAL, 2012 a).

Dada la importancia del desarrollo infantil, este programa implica conocimientos biológicos, psíquicos y sociales del niño/a articulando redes para generar un apoyo al desarrollo de los niños/as hasta la primera infancia, ya que uno de los sustentos del programa se basa en los procesos formativos que son influenciados por las experiencias tempranas de la vida de la persona.

### **2.5.1. Prestaciones del programa**

El Chile Crece Contigo, es complementado por el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) quien describe las prestaciones de implementación en la red asistencial que son dirigidas desde la gestación hasta los cuatro años de edad en torno al fortalecimiento del desarrollo prenatal, atención personalizada del proceso de nacimiento, atención integral del niño/a hospitalizado/a, el fortalecimiento del desarrollo integral de niños/as y la atención de ellos/as que se encuentren en una situación de vulnerabilidad, ayudas técnicas para niños/as con discapacidad, acceso a salas cunas y jardines infantiles gratuitos y de calidad. Para optar a estas prestaciones focalizadas atenderse en el sistema público de salud, poseer la Ficha de Protección Social son requisitos para acceder a este servicio (MINSAL, 2012).

Al paso de los años desde la creación de este sistema, las prestaciones para el desarrollo biopsicosocial han ido aumentando. En el año 2006, 46179 mujeres ingresaban a los talleres prenatales, en cambio para el año 2010 llegó a 190.060 mujeres, lo que se traduce en un incremento considerable de mujeres gestantes en control, por tanto, para acceder a una preparación óptima para el embarazo, parto y postparto, se debió crear un mayor número de prestaciones (MINSAL, 2012).

Se espera que se integren metas en el área del desarrollo integral de los niños/as en la primera infancia, lo cual se podría traducir en un descenso de 20% del total de la población infantil más vulnerable del país, a través Plan Nacional de Salud 2011 – 2020 (MINSAL, 2012).

### 2.5.2. Talleres prenatales chile crece contigo

Los talleres prenatales forman parte del proceso de cuidados prenatales, como complemento de los controles prenatales, los cuales son desarrollados por profesionales de la salud, quienes guían mediante distintas metodologías las educaciones para la incorporación de prácticas que benefician el embarazo, parto y posterior crianza de su hijo/a (MINSAL, 2012 b).

El primer taller prenatal que se realiza entre las 16 a 18 semanas tiene como nombre “Iniciando a las madres en el conocimiento de la gestación y el parto como un evento normal” (MINSAL, 2012 b).

En este se realiza un diagnóstico de las expectativas de las/os participantes para planificar entre las gestantes y el equipo profesional los temas a tratar en las próximas sesiones. El tema principal son los cambios físicos y psicológicos de la madre durante el embarazo y el desarrollo del hijo/a (MINSAL, 2012 b).

El segundo taller prenatal se realiza a las 22–23 semanas y tiene como nombre “Reforzando estilos de vida saludable y cuidados de la gestación”, en donde se abarcan tópicos como los estilos de vida saludable alimentación saludable y actividad física, cuidados odontológicos, salud mental, consumo de tabaco y drogas) además de los movimientos fetales percibidos por la madre y cuidados de la gestación (MINSAL, 2012 b).

El tercer taller correspondiente a las 27 a 28 semanas de gestación, tiene como nombre “Aprendiendo a reconocer el trabajo de parto y parto. El tema del tercer taller son los signos y síntomas del trabajo de parto, definir los tipos de parto: natural, normal, cesárea y fórceps y los períodos del parto, orientación para el nacimiento dirigida a la gestante y su pareja y/o persona significativa y sobre todo la importancia que tiene el rol del padre en todo el proceso gestacional y en el parto (MINSAL, 2012 b).

El cuarto taller prenatal se realiza a las 32–33 semanas de gestación, su nombre es “Aprendiendo a amamantar, cuidados del recién nacido y del puerperio”, temas como las técnicas y ventajas de la lactancia materna, puerperio y cuidados del o la recién nacido/a, refuerzan la importancia del vínculo madre–padre–niño/a–familia, impulsan la preparación física y psicológica para el trabajo de parto y parto, ejercicios físicos y perineales (uso del balón), ejercicios de respiración, ejercicios de relajación con música suave. Así como en el tercer taller, el intercambio de experiencias se realiza entre los presentes en conjunto con los

profesionales que responderán a todas las consultas de los integrantes del taller (MINSAL, 2012 b).

El quinto taller “Reconociendo el lugar del parto y nacimiento, a través de visita guiada a la maternidad” se realiza a las 36 semanas de gestación en la Maternidad del hospital donde tendrán su parto. La visita guiada es realizada por una Matrona/Matrón a través de las distintas unidades de la maternidad, aquí se hace hincapié en la observación del espacio físico, Flujograma de la maternidad, sistema de la Maternidad – OIRS, reconocimiento del personal de la maternidad. Finalmente se hace entrega de un tríptico con recomendaciones para ingresar a la Maternidad (MINSAL, 2012 b)

Por último, en el sexto taller que se realiza a las 38 semanas de gestación es en la Maternidad, “Participando en el proceso del Trabajo de Parto y Parto. En este taller el intercambio de experiencias y dudas son compartidas entre el grupo de profesionales y asistentes. Como último taller se realiza énfasis en el trabajo de parto y resolución del parto: espontáneo, fórceps o cesárea, participación de la mujer, pareja o persona significativa en el proceso del trabajo de parto y parto (deambulación, realizar ejercicios en el preparto y poder de decisión con respecto al uso de analgesia y los diferentes procedimientos), el Apego y sus fundamentos (MINSAL, 2012 b).

Como es posible observar la metodología utilizada para educar es primordialmente la educación grupal, ésta se basa en el intercambio de experiencias y creencias propias del proceso grávido puerperal, lo cual confluye con el conocimiento experto del profesional educador (Silva & Molina, 2010).

### **2.5.3. Educación en Salud**

Según la OMS, citada en Riquelme, (2012), la educación para la salud, consiste en entregar a la población los conocimientos necesarios que les permitan desarrollar capacidades y virtudes para la promoción y protección de la salud. Esto contribuye a preparar a las personas para que sean capaces de identificar sus necesidades y establecer propuestas para mejorar su calidad, fortaleciendo así, el aprendizaje y la autonomía de los individuos.

Para la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la educación es “un factor determinante en la salud”. Este papel esencial para la salud, se estableció desde la Declaración de Alma Ata sobre atención primaria de salud (1978) y la Carta de Ottawa (1986); hitos que contribuyeron a disminuir un gran número de enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil, y por ende, en prolongar la esperanza de

vida. Es tan importante la Educación en salud, que incluso se ha demostrado que quienes están más predispuestos a tener mala salud, no son sólo las personas pobres, sino que también, los individuos con menor nivel de educación (UNESCO, 1997).

Específicamente en la Declaración de Alma Ata sobre atención primaria de salud, se declaró que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y desarrollo de su atención en salud y se decretó que la educación es la actividad prioritaria y fundamental para resolver los principales problemas de salud en la atención primaria de salud. Esto transformó la educación sanitaria, ocasionando que los conceptos educación y promoción, sean inherentes (Pérez, Echauri, Ancizu & Chocarro, 2006).

Estas acepciones en salud, tienen el objetivo de incrementar el acceso a la información y a los servicios sanitarios, con el fin de que cada persona desarrolle un mayor control sobre su propio estado de salud (León, 2011).

Sin embargo, para Riquelme, (2012); la finalidad de la educación en salud, va mucho más allá de modificar una práctica determinada, es decir, para que el aprendizaje sea eficaz, las personas deben ser más conscientes de su condición de salud y su entorno, deben aumentar y profundizar sus conocimientos y finalmente, deben actuar y tomar decisiones al respecto, experimentar resultados y evaluarlos. Por lo tanto, esto demuestra la evolución que ha sufrido la educación en salud, vale decir, pasar de sólo transmitir información para modificar un estilo de vida, a hacer partícipe a las personas de su propia salud. En otras palabras, pasar de la intervención a la participación.

Actualmente se conocen cinco etapas del proceso de cambio, las cuales identifican si la persona quiere cambiar o no, si hace ésta modificación o no y si logra mantenerla en el tiempo. Estas etapas son; Pre contemplación o sin intención de cambio porque no observa el problema; Contemplación, es decir, está consciente que existe un problema, pero no desea pasar a la acción; Preparación o incorporación de pequeños cambios; Acción o modificación de su comportamiento para superar el problema; Mantenimiento o perpetuación de los resultados obtenidos a través del tiempo y Recaída o la reincidencia de la conducta previa al cambio (Williams, s.f.).

Actualmente, los profesionales de la salud reconocen la importancia del uso de metodologías y estrategias con enfoque interactivo y participativo o vivencial, en comparación a los enfoques

tradicionales. No obstante, se requiere la motivación y participación activa de la persona que aprende (Pérez et al., 2006).

Cada persona, a través de la educación en salud, estará capacitada para instaurar competencias y habilidades en su diario vivir, que proporcionarán valiosas prácticas de autocuidado en salud. La educación es fundamental para los futuros padres. Pérez et al. (2006) señalan que, es especialmente importante la promoción de la salud en la maternidad y paternidad, durante el embarazo, al inicio de la escuela infantil, de la primaria o secundaria. Se comprueba la evidencia de la eficacia de intervenir sobre el bienestar mental de los padres respecto a su función parental.

#### **2.5.4. Metodología de educación en salud.**

Los métodos descritos por la OMS para aplicar en actividades educativas en salud, se clasifican en: Métodos directos e indirectos (Juárez, s.f.).

Los métodos directos son aquellos en que existe un contacto directo entre el educador y el educando, mediante un medio de comunicación en base a palabras, complementado con técnicas de apoyo como dibujos, diapositivas, pizarra, entre otras. Los métodos directos más usados son el diálogo, la clase, la charla y la discusión de grupo (Juárez, s.f.).

El dialogo: Es uno de los métodos más utilizados. Crea confianza y empatía mutua. Requiere de adecuadas normas de comunicación, como saber escuchar, saber conversar o expresarse en un lenguaje adecuado, saber aconsejar y estar familiarizado con los temas le concierne (Gueguen, Guillaume, Luhmann, & Bouchon, 2010).

La clase: Método habitual de la educación formal escolar, que fomenta la incorporación de conocimiento, en desmedro de la modificación de una conducta, por lo que no es recomendable su utilización en salud, con excepción que los temas a tratar respondan a las demandas de un grupo de personas con características comunes. Se puede complementar con medios audiovisuales o con demostraciones prácticas. Se recomienda realizar una síntesis de los contenidos al final de la sesión y posteriormente responder dudas y preguntas respecto al tema (Gueguen et al., 2010).

La charla: Es el método más utilizado en educación en salud grupal. Los expositores deben dominar totalmente el tema, idealmente tener prestigio entre sus oyentes. Debe ser breve, con



un lenguaje acorde y apropiado al de los oyentes. Además, debe poseer una jerarquía de presentación, es decir, introducción, desarrollo y conclusión. Se puede complementar con la expresión de experiencias o vivencias con el fin de generar un clima de confianza. Al término de esta, es importante valorar la asistencia, el interés y atención del auditorio, ya que permitirá conocer las nociones que manejan los oyentes y sus principales inquietudes y necesidades. Si exponen distintas personas, para términos de comprensión, es relevante unificar criterios (Gueguen et al., 2010).

La discusión en grupo: Es una reunión de grupos de 12-15 personas, en la cual, existe un moderador, y que tiene por objetivo confrontar ideas y posteriormente realizar un conglomerado de las distintas perspectivas sobre el tema a discutir. Es el método más eficaz para enseñar en salud y el más utilizado para modificar conductas y actitudes en salud. Para que sea un método efectivo debe discutirse un tema de interés para los presentes, capacidad de las personas para expresar sus ideas, con personalidad. Es ideal para educar a jóvenes con problemas específicos de su etapa. Durante la discusión debe existir un director y secretario, el cual, registra las ideas para unificarlas y elaborar un informe final con las ideas relevantes (Gueguen et al., 2010).

Por otra parte, los métodos indirectos, al igual que los métodos directos, utilizan las palabras, sin embargo interponen medios de comunicación de masas, los cuales, pueden ser. Visuales (folletos, carteles, cartas, circulares) y sonoros (la radio, video y televisión y el cine). Producto, de la interferencia ocasionada por estos medios, no existe una relación directa entre el educador y el educando, por tanto, la efectividad de la comunicación es menor. Además, alcanzan un número elevado de oyentes, los temas a destacar deben ser simples y tratar un solo tema (Juárez, s.f.).

Carteles: Es uno de los métodos más utilizados para la difusión de información en educación sanitaria. Pueden ser de tipo racional (invita a reflexionar) y emocional (genera un impacto). El mensaje debe ser sencillo, breve, claro, incisivo, llamativo en base a una idea, que tenga impacto, con contenidos adaptados al público, deben instalarse en lugares visibles (Gueguen et al., 2010).

Folletos: Son mensajes breves que describen un tema específico. Pueden ser utilizados con múltiples propósitos, modificando su contenido, en base al público y a su conocimiento. Solo es apto para el público alfabetizado. Deben ser motivadores, educativos, concisos, con léxico adecuado, letras grandes, llamativas, con dibujos (Gueguen et al., 2010).

La radio: Su gran masividad, facilita la recepción de información hacia las distintas personas, que como requisito sólo escuchar atentamente. Se pueden transmitir a través de este método: charlas, programas, diálogos (Gueguen et al., 2010).

El cine y video: La atracción y difusión, los hacen ser uno de los métodos más adecuados para educar en salud. Pueden ser apoyados por una charla o una discusión al finalizar el video (Gueguen et al., 2010).

Si bien existe una serie de metodologías posibles de aplicar, estas dependerán en gran medida del público a educar sumado a la finalidad que se persiga. Es así que la modalidad de charla y discusión grupal, se ajustan perfectamente a la finalidad de los talleres del CHCC, fomentando el análisis de prácticas de autocuidado en las gestantes y sus familias, favoreciendo el intercambio de experiencias entre gestantes y la recepción de información veraz por parte del profesional a cargo.

## **2.6. ESTIMULACION PRENATAL**

A medida que la tecnología y la medicina evolucionan, se han logrado ejecutar estudios que han evidenciado que a medida que el feto se desarrolla adquiere la capacidad de escuchar y responder a estímulos. Desde entonces la evidencia ha enfatizado la estimulación prenatal como eje central en el desarrollo del sistema nervioso y del fortalecimiento del apego entre el niño/a en gestación con sus progenitores.

La estimulación prenatal puede ser definida como el conjunto de actividades sean táctiles, motoras, visuales y auditivas que ayudan en la comunicación y en el aprendizaje, por lo que potenciara su desarrollo sensorial, físico y mental (Villacorta, 2004, citado en Diana, s.f.).

Rodríguez & Vélez (s.f.) señalan que; la estimulación en útero, es el resultado de docenas de estudios e investigaciones que se han llevado a cabo en Europa y Estados Unidos durante las tres últimas décadas. Estos estudios realizados en universidades y hospitales han dado a la luz sorprendentes resultados, lo que ha dado origen a una nueva ciencia la Psicología pre y perinatal.

Cuando se estimula al feto a través de actividades, se realiza una comunicación afectuosa entre el feto y sus progenitores que puede ser progresiva y así fomentar el apego desde las primeras etapas de la gestación. Se postula que el ser humano utiliza en promedio un 10% a 12% del cerebro y que para aprovechar el porcentaje restante, se debe estimular a etapas cada vez más tempranas, con apoyo profesional constante, los cuales están a cargo de sus controles prenatales (Villacorta, 2004).

Se realiza a partir de la sexta a décima semana de gestación, mediante la utilización de diversos instrumentos (masajeadores, texturas), aplicados a nivel del dorso fetal, a través del vientre materno. Su aplicación a diferentes presiones genera vibraciones que se transmiten a través del líquido amniótico y son captados por los nervios periféricos de la piel del bebé. Este estímulo es transmitido a la médula espinal y luego al cerebro, produciendo así cambios físicos como es el movimiento del bebé (Villacorta, 2004, citado en Diana, s.f.).

En cuanto a la Técnica Visual; se realiza en forma más efectiva a partir del cuarto mes de gestación; con la utilización de la luz artificial y natural. Los fotones de luz que llegan al feto a través de la pared abdominal de la madre estimula la retina ocular, siguiendo la vía por el nervio óptico hasta la corteza cerebral, lo cual le permitirá al bebé en edad temprana una mejor discriminación visual, así como una mejor orientación y dirección (Villacorta, 2004, citado en Diana, s.f.).

La audición es uno de los sentidos que conecta al bebé con el mundo exterior y a su vez es uno de los que más se pueden estimular, ya que el aparato auditivo del bebé se desarrolla aproximadamente a las 14 semanas de gestación, siendo entonces cuando empieza a captar los sonidos externos e internos. El sonido opera como un neurotransmisor interactivo actuando directamente sobre el sistema neurovegetativo celular e hipofisario del feto, dejando impreso un registro a modo de huella. Por ejemplo las sensaciones producidas por la música van a quedar grabadas en el futuro bebé, que lo remitirá una vez nacido a ese estado placentero que vivió durante su gestación (Diana, s.f.).

La estimulación motora Se realiza a partir de las 10 semanas de gestación; ya que por esos momentos se forman los canales semicirculares relacionados con el equilibrio. La estimulación se realiza por las diferentes posiciones que toma la madre durante el embarazo en su vida normal o a través de los ejercicios físicos apoyados por una respiración adecuada. El feto dentro del útero, se informa de su posición, percatándose si la madre se encuentra de pie o en una posición que afecte su equilibrio intra-útero, logrando así desarrollar el centro del equilibrio del niño poniéndolo en alerta (Villacorta, 2004, citado en Diana, s.f.).

### 2.6.1. Beneficios de la estimulación prenatal

La interacción de los progenitores con su hijo/a en gestación, genera diversos beneficios, entre los cuales se encuentran un mayor desarrollo de los sentidos mediante estímulos de aprendizaje, una salud física y mental plena del hijo/a. El vínculo afectivo entre progenitores, hijo/a desde las primeras etapas del embarazo, el lenguaje, coordinación vasomotora, razonamiento e inteligencia social pueden tener impacto en su rendimiento académico futuro, lo cual, facilita la creación de competencias que permitan optar a una mejor calidad de vida. (Villacorta, 2004)

La estimulación intrauterina y las técnicas estimuladoras son métodos importantes para colaborar en la formación de niños y niñas, especialmente la estimulación auditiva, debido a que propician la capacidad de escucha del niño/a, mediante la cual interactúa con su mundo interior y exterior, favoreciendo a futuro, la formación de un ser independiente y seguro al momento de compartir con otros. Estudios han probado que el niño o niña estimulados en comparación con sus pares no estimulados, se adaptan con mayor facilidad a su entorno, los cuales, contienen un mayor nivel intelectual, lo que favorece la creación de una sociedad más autónoma y equitativa (Quiñonez & Cabrera, 2012).

Es fundamental estimular al niño intraútero, debido a que fortalece el vínculo afectivo entre padres y el futuro hijo o hija, producto de la comunicación continua que se establece al momento de realizar la estimulación, a través de diversos medios, auditivos, visuales, táctiles y motoras. (De Casper., citado en Asán 2004).

Una persona común utiliza el 10 a 12% de su capacidad cerebral, por ende, cabe preguntarse, ¿Cómo utilizar este 88% restante? Es aquí, donde la estimulación prenatal, y en especial, la intrauterina juega un rol importante, debido a que desde el periodo fetal, el cerebro tiene plasticidad, y un gran potencial de ser moldeado, permitiendo utilizar toda la capacidad cerebral en la etapa de la adultez. Además 75% de la maduración del sistema nervioso, está determinado genéticamente el 25% restante esta supeditado a variables del medio ambiente o experiencia externa, por lo que creando un ambiente propicio, adecuado, se puede generar un mejor desarrollo biopsicosocial de niños y niñas. (Quiñonez & Cabrera, 2012; Asán, 2004).

## **2.7. POLÍTICAS PRENATALES: DERECHO DE LA GESTANTE Y DEL FUTURO RECIÉN NACIDO/A**

A partir de la promulgación de los Derechos del Niño/a, los países han hecho esfuerzos destacables para mejorar la calidad de vida de sus habitantes mediante la creación de programas/leyes cuyos ejes de acción se basan fundamentalmente en la protección de la niñez desde la gestación y posterior infancia.

En Chile, a través de la presentación del proyecto de Ley “Chile Crece Contigo” N ° 20.379 promulgada el 17 de agosto del 2009 esta entidad se institucionaliza para la protección de la infancia, velando por los derechos de las gestantes, recién nacido, y familia. Dada la importancia de mejorar la calidad de vida de las personas desde sus inicios, es que en otros países también se han promulgado leyes en pro del desarrollo óptimo prenatal y postnatal del futuro recién nacido/a, gestante y familia (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2009).

El 16 de diciembre de 2003, en el país vecino del Perú se publica la Ley 28.124 “Promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana” que establece acciones normativas e institucional del estado y de la sociedad, a fin de potenciar el desarrollo físico, mental, sensorial y social del ser humano para así lograr un ser en armonía e integral desde la niñez sin exclusión alguna desde la gestación hasta los 5 años de edad. Esta iniciativa beneficia y fortalece la relación de padres e hijos, fomentando la participación activa de la familia dentro de una política de intervención, desarrollo y estimulación apropiada para el niño/a (Congreso de la República de Perú, 2003).

En Argentina se promulga en el año 2006, la “Ley de Estimulación Temprana Universal” donde se deja estipulado las normas que orientan a la sociedad y al Estado, a fin de potenciar el desarrollo, físico, mental, sensorial y social del ser humano para lograr un desarrollo armónico e integral de la niñez sin exclusión, a través de la estimulación prenatal temprana desde la concepción hasta el ingreso del niño al sistema educativo obligatorio, también beneficia a la familia, promoviendo la participación activa en la protección y desarrollo del niño (Congreso de la República Argentina, 2006).

Las entidades gubernamentales a cargo de la ejecución de ésta ley son; Ministerio de Salud y ambiente de la Nación en directa coordinación con el Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología y Ministerio de Acción social (Congreso de la República Argentina, 2006)

La Federación Iberoamericana de Estimulación Prenatal y Temprana es una entidad creada en España en 1997 con el objetivo de desarrollar la educación y atención a niños y niñas con necesidades educativas especiales en un nexo familia, escuela y sociedad (Federación Iberoamericana de Estimulación Prenatal y Temprana. Actualmente los siguientes países pertenecen a la asociación: Argentina, Bolivia, España, Perú, P. Rico, R. Dominicana, Cuba, Panamá, Uruguay, Nicaragua, Portugal, EE.UU., Colombia, Chile, Alemania, Canadá, Brasil, Italia, El Salvador, Costa Rica, Venezuela, Méjico, Reino Unido (FIEPyT, 2013).

En Francia se encuentra la sede de Organización Mundial de Asociaciones de Educación Prenatal creada en noviembre de 1982 que tiene como por objetivo, ser el puente entre la investigación y la vida diaria de los futuros padres, a través, de la educación prenatal natural (Organización Mundial de Asociaciones de Educación Prenatal (OMAEP), 2013). Esta entidad realiza simposios y talleres para profesionales y usuarias/os centrado en aumentar la conciencia colectiva de la importancia de la educación prenatal hacia la población, organizaciones gubernamentales profesionales y agencias europeas y de la ONU (OMAEP), 2013).

En México se crea la Asociación Mexicana de Estimulación Prenatal, temprana y Acuática A.C. con el fin de promover el estudio, practica y difusión de la estimulación temprana, fomentando la participación en la estimulación temprana a través, de enseñanza a los demás profesionales y de programas para la realizaciones de desarrollo infantil (Asociación Mexicana de Estimulación Prenatal, Temprana y Acuática A.C. (AMEPTA), 2013).

En Panamá existe un Centro de Estimulación Prenatal, Temprana y Familiar llamado “Espera feliz”, donde se ofrece la posibilidad de recibir herramientas para promover la estimulación desde el inicio de la gestación, se espera que las gestantes inicien sus controles a partir de las 13 semanas de gestación y prepararse para el momento parto como tal, a partir de la semana 27. Durante las sesiones se utiliza la técnica Siverig, cuyo propósito es desarrollar al máximo las capacidades del feto desde el vientre, permitiendo la interacción madre, padre e hijo/a, mediante diferentes técnicas como la emocional motora, táctil, visual sumado a yoga y Pilates (Martínez, 2010).

Algunos beneficios de esta técnica es que los padres presentan mejores condiciones al momento del parto, los recién nacidos presentan mayor desarrollo a nivel visual, auditiva lingüística y motora, durante el parto las madres muestran mayor seguridad durante el proceso reproductivo y habitualmente, la lactancia materna es exitosa, generando a largo plazo, una familia cohesionada. (Martínez, 2013).

Durante el año 2012, en España, se ejecutó un proyecto en esta materia, con el objetivo de difundir y desarrollar herramientas en la prevención e intervención específica relacionados con la concepción, embarazo parto, posparto y la crianza a temprana edad. Las grandes temáticas que se abordan son, infertilidad, la depresión y la ansiedad durante el embarazo, el temor al parto, partos traumáticos, el aborto, problemas de lactancia, la adaptación a la maternidad/paternidad, depresión posparto, la vinculación con el futuro hijo/a (Asociación Española de Psicología Perinatal (AEPP), s.f.)

En nuestro país también existen agrupaciones y centros de estimulación prenatal dirigidos por profesionales de la salud y de la psicología. Una experiencia similar es la que se lleva a cabo en el extra sistema específicamente Clínica Alemana a través de su Centro de Extensión, en el cual, se realizan talleres prenatales (sin costo) relacionados con estimulación prenatal y ejercicios previos al parto, dirigidos por médicos, matronas/es y enfermeras (Clínica Alemana, s.f.).

## **2.8. DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL**

El desarrollo infantil es un proceso continuo, que determinará la condición de salud en las demás etapas de ciclo vital. Inicia antes del nacimiento, en la vida intrauterina, por lo que la atención prenatal y la labor educativa de los profesionales de salud, son vitales en esta etapa. Este desarrollo es de carácter holístico, con diversas dimensiones motoras, cognitivas, emocionales y sociales (UNICEF, s.f.).

Es fundamental la adecuada evolución de esta etapa, ya que, sentará las bases futuras para el desarrollo de personas saludables, que tengan la capacidad de adquirir habilidades y competencias, para optar a una mejor calidad de vida, en igual de condiciones con las demás personas (Dávila & Román, 2006.)

El desarrollo infantil está determinando por diversas variables y no solamente por el rol que desarrolla la familia y los padres. Estas variables son la pobreza, enfermedades, mala nutrición, violencia y maltrato infantil, falta de servicios que respondan a las necesidades de estos y disfunción de la dinámica familiar, habitual y aceptada culturalmente. Es por esto que las políticas deben ser basadas en la convención de los derechos del niño/a, destinadas a fortalecer la primera infancia, deben enfatizarse en el núcleo familiar, con una mirada integral, que aseguren un entorno de crecimiento y desarrollo de calidad (UNICEF, s.f.).

En los últimos años, el tema de apego ha cobrado gran relevancia en el desarrollo infantil, debido a que el apego, idealmente seguro, favorece la mantención de la lactancia materna exclusiva la cual gracias a sus notables propiedades, asegura un crecimiento y estimulación apropiada para un desarrollo psicomotor apto para el futuro (Dávila & Román, 2006).

Junto a esto, se ha relacionado el antecedente de apego ambivalente y evitativo con niños/niñas maltratados por sus padres. Estos niños son propensos y vulnerables a contraer enfermedades físicas y de salud mental, puesto que, no desarrollan una autoestima ni resiliencia apropiada para afrontar situaciones estresantes que se presentan durante el ciclo vital (Dávila & Román, 2006).

## **2.9. ADHERENCIA EN SALUD: BAJO EL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD**

La adherencia terapéutica ya sea a un fármaco, control de salud o un tratamiento prolongado ha sido blanco de diversos estudios a lo largo de los últimos años. Es así que Di Mateo y Di Nicola en los años 90' conceptualizaron la adherencia como una implicación activa, de colaboración voluntaria del paciente y de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado. Esta definición implica la participación de los/las usuarios/as como gestores del cuidado (Ortiz & Ortega, 2011).

Existen diversas teorías para explicar las actitudes de las personas que la predisponen a la adhesión o falla a controles de salud y/o tratamientos terapéuticos. La literatura existente acerca de esta temática se centra en aquellas patologías crónicas de difícil manejo, dado a los largos tratamientos de éstas, además de la elevada exigencia del autocontrol y autocuidado (Ortiz & Ortega, 2011).

La psicología del cuidado en salud ha dado a conocer durante las últimas décadas distintos modelos para explicar aquellas conductas que predisponen a las personas al autocuidado, bajo esta premisa surge en la década del 50' el Modelo de creencias en salud (Ortiz & Ortega, 2011).

EL Modelo de Creencias en Salud es hasta la fecha el más aceptado en el ámbito de la salud, ya que integra teorías cognitivas y conductuales para explicar la adopción de conductas saludables, considerando la trascendencia de éstas conductas para la propia salud de las personas. Las determinantes para que una persona adopte una actitud positiva o negativa frente a un eventual



control de salud o tratamiento terapéutico va a depender del grado de motivación e información que tenga sobre su salud, la autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad, entender la condición de salud como estado de cuidado, tener la firme convicción de que el tratamiento resulta eficaz y finalmente percibir que el autocuidado es fácil de implementar (Moreno & rosales 2003; Ortiz & Ortega, 2011).

Los talleres y actividades del Programa Chile Crece Contigo otorgan la ventaja a las parejas beneficiadas, de conocer etapa a etapa los cambios normales a producirse durante el proceso, permitiendo reconocer aquellos patrones de anormalidad. Otro aspecto importante son las derivaciones al equipo multidisciplinario del programa que permite pesquisar aquellos factores de riesgo. Mediante todas estas acciones se pretende que la gestante comprenda el proceso grávido como un estado fisiológico que requiere de cuidados, los cuales dependerán en gran medida del nivel de compromiso que adquieran y del cumplimiento frente a las eventuales indicaciones por parte del equipo tratante, entendiendo aquellas como un trabajo en equipo y no como una actitud de paternalismo forzado, con el fin de obtener los mejores resultados (Moreno & rosales 2003)

### **3. MATERIAL Y METODO**

#### **3.1. PARADIGMA DE INVESTIGACION**

El paradigma que enmarca la presente investigación es el positivista, este concepto asume la existencia de una realidad dada, tangible de cuantificar, en la cual solo hace falta una herramienta útil para poder investigarla. En el caso de la presente, se asume la existencia de ciertos factores que influyen en la inasistencia de las gestantes a los talleres del CHCC, en las comunas de Purranque y Rio Negro. El resultado obtenido a partir de esta investigación determinara la construcción de teorías, y/o nuevas hipótesis (Pineda & Alvarado, 2008).

#### **3.2. TIPO DE ESTUDIO**

Corresponde a un estudio Multicentrico de tipo cuantitativo, no experimental, transversal y exploratorio. Se llevó a cabo en las comunas de Purranque y Rio Negro durante los meses de octubre a noviembre del presente año.

Se seleccionó la metodología de investigación cuantitativa, ya que utiliza la recolección de datos y posterior análisis para contestar la interrogante a investigar, cuantificando las respuestas, estudiando opinión y conductas. Posee una postura objetiva, utilizando métodos estadísticos que permitan inferir más allá de los datos, permitiendo la conclusión de una muestra definida, confirmatoria inferencial y deductiva (Mortis, Rosas & Chaires, s.f.).

Es un estudio Multicentrico debido a que fue ejecutado en dos centros de salud familiar, CESFAM Purranque y CESFAM Pedro Pablo Araya de Rio Negro, con un mismo protocolo y coordinadores que se encargaron de procesar todos los datos y su posterior análisis. Este tipo de estudio permitió el rápido reclutamiento de sujetos de estudio y por ende, se logró obtener un mayor número de participantes, generando conclusiones representativas (Luque & Eguía, 2007).

Es de tipo no experimental, ya que la investigación se realizó sin manipular deliberadamente las variables, vale decir, se observó las variables, tal como se desenvuelven en su contexto natural para su posterior análisis, por lo tanto, este tipo de estudio otorgó un mayor validez externa y así, generalizar los resultados a otros individuos y situaciones comunes (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Es transversal ya que, se recolectó los datos en un sólo momento definido y tiempo único, sin que interesará la evolución del fenómeno en el tiempo (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Exploratorio debido a que el propósito de la investigación fue explorar un conjunto de variables en un momento específico y que por lo general se aplica a problemas de investigación nuevos o poco conocidos (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

### **3.3. POBLACION EN ESTUDIO**

La población en estudio estuvo conformada por embarazadas, atendidas en los Centros de salud Familiar Purranque y Rio Negro, que cumplieron con los criterios de inclusión señalados más adelante, durante el periodo uno de octubre al 15 de noviembre.

La totalidad de embarazadas que asistieron a control prenatal durante la fecha uno de octubre al 15 de noviembre fue de 83 gestantes en CESFAM Purranque. Al momento del censo solo 42 de ellas cumplían con los criterios de selección preestablecidos. En la comuna de Rio Negro el número total de gestantes en control al momento del estudio, fue de 68 usuarias. De la totalidad de gestantes en control solo 29 cumplían con los criterios de selección planteados, siendo el censo total en ambas comunas de 151 gestantes en ese periodo (Servicio de salud Osorno, 2013).

Por lo tanto la población en estudio quedó comprendida por un universo correspondiente a 71 gestantes, que corresponde al 47,01% de la población de embarazadas bajo control en ambos Cefsam en el periodo de investigación, Sin embargo, se logró aplicar el instrumento a un total de 59 gestantes correspondiente al 83,1% de la población en estudio.

### 3.3.1. Caracterización de la población

La comuna de Purranque está ubicada a 45 km de la capital provincial, Osorno, en el extremo sur del país. Los ingresos económicos de la comuna están dados principalmente por la actividad agrícola y ganadera. Según datos preliminares del último censo 2012 la población total de la comuna bordeaba los 20.320 habitantes y los principales grupos etarios eran los tramos de edad entre 15-29 años y 45-64 años, lo que corresponde a un 21,79% y 25,13% respectivamente, en relación al total de la población censada. La población urbana es de 13.265 habitantes, mientras que, la población rural bordea las 7440 personas, vale decir, 64.1% y 35.9% respectivamente. Un 10,4% de la población se reconoce como parte de una etnia indígena, principalmente Huilliche (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2012).

Respecto al nivel educacional de sus pobladores, se estima que, los hombres estudian en promedio siete años, mientras que las mujeres 6.5 años. Por otro lado, los años promedios de escolaridad según localización geográfica urbana o rural, son de 7,1 versus 6,2 años promedio. Adicionalmente, el nivel de alfabetización, en la comuna alcanza el 91,9%, por lo tanto existe cerca de un 10% de población analfabeta, lo que en cifras se traduce a casi 2.100 personas (Universidad de Los Lagos, 2011).

La comuna de Rio Negro está ubicada a 36 km al sur de Osorno y a 7 km de la ruta cinco. Posee una población rural que representa el 55.3% del total de habitantes, lo cual, se traduce en que gran parte de las prestaciones de salud se realizan a través de rondas rurales o el desplazamiento vía terrestre hacia un centro asistencial. Los grupos etarios que predominan son aquellos comprendidos entre los 45 a 64 años y 20 a 29 años, resulta relevante el aumento sostenido de la población de adultos/as mayores, representando el 65,5% del total de la población (Reportes Estadísticos Comunales, 2012).

Respecto a los ingresos económicos de la comuna estos son principalmente a través de la actividad agrícola y ganadera. Al analizar el nivel de escolaridad de sus habitantes, es posible concluir que el promedio de años cursados es de 8 años (INE, 2007).

### 3.3.2. Criterios de Inclusión

Se incluyeron en este estudio a todas aquellas gestantes:

- En control prenatal durante el periodo del 1 de octubre al 15 de noviembre del año 2013

- Que asistieron al menos a un taller del Programa Chile Crece Contigo en el embarazo actual o anterior.
- Con residencia en la comuna de Purranque y Rio Negro

### **3.3.3. Criterios de Exclusión.**

Se excluyeron de este estudio a todas aquellas gestantes:

- Analfabetas y/o con grado severo de discapacidad cognitiva.

## **3.4. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS**

Se llevó a cabo un censo entre los días tres octubre al 15 de noviembre del presente año. El censo es un mecanismo para recolectar, compilar, evaluar y publicar los datos demográficos, económicos y sociales que pertenecen en un momento determinado a una población delimitada (Blois, s/f).

Las usuarias fueron reclutadas en los controles prenatales, previo consentimiento informado y en la medida que cumplían con los requisitos de inclusión de estudio para la posterior aplicación del instrumento. Dado a diferentes situaciones acontecidas y que hacen referencia a los sucesos de movilizaciones nacionales por parte de la CONFUSAM, es que la aplicación del instrumento se vio dificultada, impidiendo entrevistar al universo pre establecido, por lo tanto, los y la investigadores/a de la presente investigación, generaron estrategias para conseguir un número mayor de informantes, utilizando el contacto telefónico sumado a visitas domiciliarias

Para la tabulación, cada encuesta se enumeró identificando a cada usuaria, posteriormente cada respuesta fue tabulada por ítem, para luego ser analizada de acuerdo a las variables en cuestión y ser comparadas.

## **3.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

El instrumento utilizado para recolectar la información fue un cuestionario auto aplicado (**ANEXO 1**) o en su defecto aplicado mediante entrevista con el/la investigador/a. Se utilizó

esta modalidad ya que, permite conocer la magnitud de un fenómeno social, su relación con otros y el cómo o por qué ocurre, además de ser útil cuando se trabaja con un gran número de personas (Fernández, 2007).

La validación del instrumento se llevó a cabo el día 12 de septiembre del 2013 en dependencia del CESFAM Purranque, fue aplicado a 18 gestantes que se encontraban a la espera de atención maternal, las cuales aceptaron voluntariamente participar de este estudio.

En la primera parte de este instrumento, se solicitó antecedentes generales de la usuaria, tales como edad, tramo FONASA, sexo, procedencia, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, además de antecedentes obstétricos tales como, edad gestacional actual, edad gestacional al ingreso a control prenatal, paridad, enfermedad previa a la gestación y enfermedad asociada al embarazo; variables que se consideraron importantes para su caracterización sociodemográfica.

La segunda parte del instrumento consistió en una serie de afirmaciones cuyo formato de respuesta se basó en la escala tipo Likert. Esta escala fue creada por Rensis Likert en 1932, es una escala de tipo ordinal, comúnmente utilizada en cuestionarios de investigación para indagar el grado de acuerdo o desacuerdo frente a un ítem o pregunta. La elaboración es a partir de la creación de una serie de enunciados de carácter positivo y/o negativo sobre el tema en estudio, organizadas en batería o conjunto de frases, con el fin, de medir la actitud de una población determinada. (Guil M., 2006; Cañadas & Sánchez, 1998).

Se le asignan puntajes a cada ítem, con el propósito de clasificarlos en actitudes positivas o negativas. Las respuestas más utilizadas son; muy en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso (ni de acuerdo no en desacuerdo), de acuerdo, muy de acuerdo (Guil M., 2006; Cañadas & Sánchez, 1998).

En la segunda sección del cuestionario autoaplicado se diseñaron tres dimensiones denominadas; “Características del taller chile crece contigo”, el cual, está compuesto por 5 ítems que hacen referencia a la cantidad, duración, horarios, ubicación y tamaño del espacio físico. La segunda parte se denominó “Contenido y Material de apoyo de los talleres” aquí se evaluó contenido, cantidad, utilidad y comprensión. La tercera sección se denominó “Metodología de los talleres, profesional a cargo” aquí se evaluó metodología, comprensión, grado de motivación.

Posteriormente, una vez que se plasman las respuestas del sujeto, se procede a sumar las puntuaciones de los diversos ítems, para luego, iniciar el análisis estadístico, vale decir, construcción de tablas de frecuencias y de asociación, permitiendo determinar la actitud grupal o de la población frente al tema seleccionado por los investigadores. Cada ítem se puede analizar, tanto a nivel individual como grupal, lo cual brinda la posibilidad de obtener numerosas conclusiones (Guil, 2006).

Para efectos de esta investigación se asignaron los siguientes puntajes a las respuestas; muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), indeciso (3), de acuerdo (4) y muy de acuerdo (5). El puntaje mínimo es 15 y el máximo es de 35 puntos. Se obtendrá el puntaje global de cada sujeto de estudio así mismo como para cada ítem. Con la información obtenida se construyeron tablas de frecuencias y de asociación, permitiendo determinar la actitud grupal o de la población frente al tema seleccionado por los investigadores. Cada ítem se puede analizar, tanto a nivel individual como grupal, lo cual brinda la posibilidad de obtener numerosas conclusiones

Finalmente se realizó una pregunta abierta la cual fue ¿Qué actividades le gustaría hacer durante los talleres prenatales. El objetivo de realizar una pregunta abierta fue obtener propuestas posibles de implementarse, la ventaja de realizar este tipo de preguntas, es que se obtiene un opinión por parte del entrevistado libre de la influencia del investigador/a.

Las inasistencias a los talleres prenatales del Chile crece contigo pueden estar condicionadas por diversos factores, y/actitudes hacia estos, por lo cual. La escala de Likert se plantea como una buena herramienta para estudiar éste fenómeno (Agüero, Reina, Herrera de Kossowski, Vallín, Del Valle & Pascuzzo, s.f.)

### **3.6. CRITERIOS DE RIGOR**

#### **3.6.1. Validez**

El instrumento a utilizar se validó con académico experto en investigación cuantitativa del Instituto de Salud Pública de la Universidad Austral de Chile, el cual evaluó el contenido del instrumento, para determinar si este, mide realmente las variables definidas que se desean estudiar. Además se contó con una experta en Salud Sexual y Reproductiva que aportó con sus conocimientos en la construcción del instrumento.

### 3.6.2. Confiabilidad

La confiabilidad de una investigación da cuenta de la consistencia de los resultados hallados, permitiendo dar objetividad a la investigación. Una forma de darle confiabilidad al presente estudio es a través de la recogida sistemática de datos y la obtención de una muestra representativa (Pineda & Alvarado, 2008).

### 3.7. CRITERIOS ÉTICOS

Todas las investigaciones científicas que involucran seres humanos deben respetar principios fundamentales, es por esto que la ética del proceso investigativo pretende, defender la integridad de los participantes, a fin de protegerles frente a eventuales perjuicios, de esta forma, define un marco de actuación en el cual se asegura que la difusión y aplicación de buenas prácticas científicas beneficiarán a los sujetos de investigación (Galán, 2010; Anguita & Sotomayor, 2011).

Una buena práctica es la solicitud de un consentimiento informado (**ANEXO 2**) que autorice y respalde la participación de la gestante en la investigación. De esta forma se pretende dejar constancia del compromiso de la no distorsión de la información entregada, respecto a la confidencialidades imprescindible guardar absoluta discreción de la vida de las personas, el derecho a la vida privada y anonimato de las personas es un derecho constitucional, por lo cual, se debe asegurar que todos los datos que se manejen, no terminen en el menoscabo del paciente (Anguita & Sotomayor, 2011).

La presente Investigación conto con la autorización correspondiente del comité de ética del Servicio de Salud de Valdivia, por lo cual, se trabajó, respectos a los estándares recomendados por esta entidad (**ANEXO 3**). Además formalmente se envió dos cartas informativas acerca de la presente investigación a las directoras de cada CESFAM con el objetivo de solicitar autorización para dar inicio a la investigación (**ANEXO 4**).



### 3.8. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

#### 3.8.1. Variables Independientes y dependientes

La variable independiente puede ser definida como aquella característica de una realidad o fenómeno que tiene la capacidad de afectar e influir sobre otras variables de estudio y como tal no depende de otros factores para estar presente en la realidad de estudio. Por lo tanto, la variable independiente es la causa de la variación observada en las variables dependientes. A continuación se detallan en forma ordenada las variables Independientes y dependientes de estudio con su respectiva dimensión conceptual e indicador (Hernández, Fernández & Baptista, s.f)

#### Operacionalizacion de variables independientes en estudio.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSION CONCEPTUAL	INDICADORES
Edad	Años de vida desde el nacimiento del individuo. (Ciclo vital individual según Erickson, centrado en el periodo reproductivo).	Adolescencia 12 a 19 años Adulto/a Joven 20 a 39 años Adulto/a Maduro 40 a 60 años
Estado Civil	Posición indeleble que un individuo posee en la sociedad de acuerdo a sus relaciones de familia y que lo confiere por derechos y obligaciones.	Soltera. sin pareja Soltera con pareja Conviviente Casada Separada Viuda
Procedencia	Lugar donde en forma permanente reside la embarazada.	Urbana Rural
Relación de Pareja	Asociación amorosa que se efectúa entre una mujer y un hombre sin un vínculo legal o contrato de matrimonio.	Sin pareja estable Con pareja estable < 1 año Con pareja estable entre 1 a 4 años. Con pareja estable 5 años y más
Previsión	Tramo de FONASA al que pertenece la gestante dentro del sistema público de salud.	Tramo A Tramo B Tramo C Tramo D
Escolaridad	Ultimo año de educación que un/a	Sin estudios

	individuo/a haya cursado	Básica Incompleta Básica Completa Media Incompleta Media Completa Universitaria o técnico profesional incompleta. Universitaria o técnico profesional completa.
<b>Tipo de Familia</b>	Forma en que se organizan los integrantes que componen el grupo familiar.	Unipersonal Monoparental Nuclear Biparental Extensa Biparental Extensa Monoparental Compuesta Sin núcleo familiar
<b>Ocupación</b>	Actividad en la que se desempeña la mujer, sea esta remunerada o no.	Dueña de casa. Estudiante. Trabajadora independiente Trabajadora dependiente
<b>Nivel Socioeconómico</b>	Medida de la posición económica y social, individual o familiar en relación a otras personas, basada en los ingresos mensuales obtenido de la suma total de ingresos económicos de los miembros de la familia y dividido por el número total de integrantes de la misma (Per cápita), clasificado en quintiles	1° y 2° Quintil (Rango de \$ 62.091 a los \$ 106.214.) 3° Quintil (Rango de \$106.215 a los \$ 168.366 4° Quintil (Rango de \$ 168.367 a \$ 301.741) 5° Quintil (Exceden los \$ 301.742.)
<b>Paridad</b>	Concepto que clasifica a las mujeres de acuerdo al número de partos que ha tenido	Primípara. Multípara. Nulípara
<b>Edad Gestacional Actual</b>	Progresión del embarazo expresado en semanas y días de gestación según Fecha ultima regla o ecografía obstétrica.	Primer trimestre < 14 semanas Segundo trimestre > o = 14 – 28 semanas Tercer trimestre > o = 28 semanas – 42 semanas.
<b>Edad Gestacional Ingreso Control Prenatal</b>	Progresión del embarazo expresado en semanas y días de gestación según Fecha ultima regla o ecografía obstétrica al momento del primer control de embarazo.	Ingreso CPN < a las 14 semanas Ingreso a CPN > o = 14 semanas y < 20 semanas Ingreso CPN > o = a las 20 semanas
<b>Patologías previas al embarazo</b>	Enfermedad preexistente o iniciada durante el proceso grávido	Sin enfermedad Con enfermedad
<b>Patologías</b>	Enfermedad preexistente o iniciada	Sin enfermedad

ocasionadas por embarazo actual	durante el proceso grávido	Con enfermedad
---------------------------------	----------------------------	----------------

### Operacionalización de las variables dependientes en estudio

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSION CONCEPTUAL	INDICADORES
Duración Taller	Numero de minutos de duración taller	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indeciso De Acuerdo Muy de Acuerdo
Tamaño Espacio Físico	Capacidad del espacio físico en que cual se realiza el taller	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indeciso De Acuerdo Muy de Acuerdo
Ubicación Espacio Físico	Área en donde se encuentra situado el espacio físico destinado para la ejecución del taller	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indeciso De Acuerdo Muy de Acuerdo
Nivel de Asistencia	Cantidad de taller a los cuales asistencia la gestante	1 taller 2 talleres 3 talleres 4 talleres
Cantidad De Talleres	Cantidad de talleres que se realizan durante el periodo de gestación	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indeciso De Acuerdo Muy de Acuerdo
Horario Talleres	Hora preestablecida, en la cual, se desarrollara el taller	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indeciso De Acuerdo Muy de Acuerdo
Frecuencia de taller	Periodo de tiempo que transcurre entre un taller y el siguiente.	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indeciso De Acuerdo Muy de Acuerdo
Cantidad Material	Proporción del material de respaldo	Muy en Desacuerdo

<b>De Apoyo</b>	utilizado para exponer información según el taller que corresponda.	En Desacuerdo Indeciso De Acuerdo Muy de Acuerdo
<b>Compresión Material De Apoyo</b>	Grado de entendimiento de la información presentada en el material de apoyo entregado durante el taller.	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indeciso De Acuerdo Muy de Acuerdo
<b>Utilidad Contenido Talleres</b>	El grado de beneficio que otorga el contenido de los talleres para el proceso de la gestación.	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indeciso De Acuerdo Muy de Acuerdo
<b>Claridad Información Por Profesional</b>	Grado de entendimiento del contenido educativo expuesto durante el taller por el profesional a cargo	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indeciso De Acuerdo Muy de Acuerdo
<b>Compresión Contenido Taller</b>	Grado de entendimiento de la información presentada durante el transcurso del taller	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indeciso De Acuerdo Muy de Acuerdo
<b>Metodología Del Taller</b>	Forma preestablecida en que se desarrolla el taller	Muy en Desacuerdo En Desacuerdo Indeciso De Acuerdo Muy de Acuerdo
<b>Importancia Asignada por Usuarías a los Talleres</b>	Grado de trascendencia otorgado por las gestantes a los talleres del CHCC	Poca Moderada Mucha

### 3.9. ANALISIS DE DATOS

A partir de la información obtenida se construyó una base de datos en el programa Epi-info 7.0. La información obtenida a partir de instrumento fue tabulada en formato digital, utilizando programa Microsoft Excel 2013. Se utilizaron dos planillas, una para cada localidad estudiada. Los informantes que participaron de este estudio fueron enumerados a mediada que sus datos se registraron en las planillas Excel dispuestas para ello. Se crearon tres hojas en Microsoft Excel, denominadas: Antecedentes, Características del taller y preguntas abiertas respectivamente. Posteriormente se realizó la codificación de los datos obtenidos en la aplicación del instrumento.

Previo a la tabulación, se le asignó un puntaje a las posibles respuestas de la escala Likert:

GRADO DE ACUERDO	PUNTAJE
Muy en Desacuerdo:	1
En Desacuerdo	2
Indeciso	3
De acuerdo	4
Muy de Acuerdo	5

Según el nivel de acuerdo o desacuerdo en cada afirmación, se introdujo el valor numérico correspondiente en la planilla Excel a cada afirmación.

En la hoja tres, se tabularon las respuestas de las preguntas abiertas ¿Qué actividades les gustaría hacer durante los talleres prenatales?, la cual se tabulo según área en que se circunscribe la respuesta, para efecto de análisis. Se utilizaron los siguientes áreas: Participación talleres, ejercicios y terapias - relajación, contenido taller innovador, musicoterapia, transporte gratuito. En esta misma hoja Excel, se tabulo la segunda pregunta de alternativas ¿Cuál es la importancia que tienen para usted estos talleres?, la cual se registró en la planilla según la operacionalizacion de variables.

Las variables independientes fueron analizadas de forma individual para de esta forma caracterizar socio demográficamente a la población estudiada. Además se construyeron tablas de asociación entre las variables independientes y nivel asistencia. Los datos obtenidos de cada una de las variables en estudio se les aplicarán indicadores de frecuencia y medidas de tendencia central (media aritmética) en gráficos de barras y circulares

#### 4. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a lo descrito con anterioridad, éste estudio fue llevado a cabo en las comunas de Río Negro y Purranque. Consistió en analizar determinadas variables biopsicosociales que podrían influir en la asistencia a los talleres prenatales del Programa Chile Crece Contigo, presentadas en los objetivos. El universo total estudiado estuvo compuesto por 71 gestantes que cumplían con los requisitos de inclusión, sin embargo, se logró aplicar el instrumento diseñado a 59 gestantes de ambas comunas, por factor tiempo y movilizaciones del sector público, lo cual, representa al 83% del universo. Las cifras de cada variable, se presentaran en relación al N o universo establecido, ya que esta investigación no tiene como propósito realizar comparaciones entre ambas localidades.

En relación al instrumento de recolección de datos, la primera parte de este, consistió en caracterizar a las gestantes de ambas comunas desde una perspectiva integral, que facilitara la creación de un perfil biopsicosocial de estas. En la segunda parte se evaluaron las percepciones que poseen las usuarias respecto a determinadas características de los talleres prenatales, establecidas por los investigadores, mediante un cuestionario en base a la Escala de Likert., una tercera parte consistió en evaluar mediante preguntas abiertas el grado de importancia asignado a los talleres más sugerencias al mismo. Los cuestionarios fueron auto aplicados, no obstante, de las 59 usuarias que respondieron el cuestionario, a 20 gestantes debió contactársele vía telefónica dado al escenario de movilizaciones y paro nacionales ocurrido durante los meses de Octubre y Noviembre del presente año.

Los principales hallazgos de este estudio dan a conocer una población cuya edad fluctúa mayoritariamente entre los 20 y 39 años, un 62,7% de estas pertenecen a FONASA A, principalmente de procedencia urbana. Las gestantes con mayor nivel de asistencia fueron aquellas con pareja estable, de familias biparentales, escolaridad media completa, dueñas de casa, pertenecientes al primer y segundo quintil, con antecedente de ingreso precoz a control prenatal y sin patologías previas y/o durante el embarazo.

Respecto al ítem “Características del Taller” destaca que, del 100% de las gestantes encuestadas, el 49,1% percibe que un taller al mes es suficiente para comprender el proceso del embarazo, parto y crianza. Adicionalmente las gestantes se muestran en desacuerdo respecto a realizar los talleres en lugares externos al CESFAM. Para el segundo ítem “Contenido y

Material de Apoyo” las gestantes reconocen que los talleres son beneficios, útiles y fácil de comprender, destacando que un 61% de ellas percibe la necesidad de realizar un taller cuyo contenido sea exclusivo para padres. Del tercer ítem “Metodología y Profesional a cargo” se desprende que las gestantes valoran la metodología grupal, la realización de actividades innovadoras.

A continuación se presentaran de forma detallada los hallazgos encontrados en esta investigación. En relación al primer objetivo, el perfil de las gestantes en estudio, que se presenta en la **Tabla N°1**, se puede señalar que el tramo de edad predominante en ambas comunas, es el de 20-39 años y que según la clasificación de Erickson corresponde al grupo adulto joven, lo que también concuerda con la edad reproductiva en que las mujeres habitualmente se embarazan en Chile. Sin embargo, llama la atención que una de cada cuatro usuarias censadas son menores de 19 años, lo que constituye un alto número de embarazos adolescentes, tal como está descrito en el perfil actual del embarazo adolescente establecido por el MINSAL, en el cual, el porcentaje de madres adolescentes alcanzaba el 14,4% para el año 2012 (MINSAL, 2013).

**Tabla N° 1.** Caracterización biopsicosocial, Obstétrico y del entorno de la población en estudio según comuna. Purranque - Rio Negro, 1 de octubre al 15 de Noviembre 2013.

Variable	Dimensión	Purranque		Rio Negro		Total	%
		N	%	N	%		
Edad	12-19 años	7	23,3	6	20,6	13	22
	20-39 años	<b>22</b>	<b>73,3</b>	<b>23</b>	<b>79,3</b>	<b>45</b>	<b>76,2</b>
	40-60 años	1	3,3	0	0	1	1,6
Tramo FONASA	A	<b>21</b>	<b>70</b>	<b>16</b>	<b>55,1</b>	37	62,7
	B	6	20	11	33,9	17	28,8
	C	3	10	2	6,8	5	8,4
	D	0	0	0	0	0	0
Procedencia	Rural	4	13,3	12	41,3	16	27,1
	Urbana	<b>26</b>	<b>86,6</b>	<b>17</b>	<b>58,6</b>	43	<b>72,8</b>
Estado Civil	Soltera sin Pareja	1	3,3	3	10,3	4	6,7
	Soltera con Pareja	11	36,6	<b>14</b>	<b>48,2</b>	25	<b>42,3</b>
	Conviviente	<b>12</b>	<b>40</b>	7	24,1	19	32,2
	Casada	5	16,5	5	17,2	10	16,9
	Separada	1	3,3	0	0	1	1,6
	Viuda	0	0	0	0	0	0
	Relación de Pareja	Sin pareja estable	1	3,3	2	6,8	3



	Menor a 1 año	7	23,3	4	13,7	11	18,6
	1 y 4 años	<b>14</b>	<b>46,6</b>	<b>14</b>	<b>48,2</b>	28	47,4
	Mayor a 5	8	26,6	9	34,4	17	28,8
<b>Tipo de Familia</b>	Monoparental	6	19,9	3	6,8	9	15,2
	Nuclear	<b>18</b>	<b>60</b>	<b>18</b>	<b>62</b>	36	61
	Biparental						
	Compuesta	3	10	4	13,7	7	11,8
	Extensa biparental	3	10	4	13,7	7	11,8
	Extensa Monoparental	2	6	0	0	2	3,3
<b>Escolaridad</b>	Básica Incompleta	2	6,6	0	0	2	3,3
	Básica completa	3	10	4	13,7	7	11,8
	Media Incompleta	6	20	11	37,9	17	28,8
	Media Completa	<b>13</b>	<b>43,1</b>	<b>12</b>	<b>41,3</b>	25	42,3
	Superior Completa	1	3,3	0	0	1	1,6
	Superior Incompleta	5	16,6	2	6,8	7	11,8
<b>Ocupación</b>	Dueña de casa	<b>17</b>	<b>56,6</b>	<b>19</b>	<b>65,5</b>	36	61
<b>Ingreso económico</b>	Estudiante	5	16,6	6	20,6	11	18,6
	Dependiente	7	23,3	1	3,4	8	13,5
	Independiente	1	3,3	0	0	1	1,6
	Sin respuesta	8	26,6	8	27,5	16	27,1
	Primer y segundo quintil	<b>19</b>	<b>63,3</b>	<b>20</b>	<b>68,9</b>	39	66,1
	Tercer quintil	2	6,6	0	0	2	3,3
	Cuarto quintil	1	3,3	1	3,4	2	3,3
<b>Enfermedad</b>	Sin enfermedad	<b>29</b>	<b>96,7</b>	<b>26</b>	<b>89,6</b>	55	93,2
	Previa gestación	1	3,3	1	3,4	2	3,3
	Durante Gestación	0	0	2	6,8	2	3,3
<b>Paridad</b>	Primigesta	<b>13</b>	<b>43,3</b>	<b>13</b>	<b>44,8</b>	26	44
	Múltipara	17	56,6	16	55,1	33	55,9
<b>Edad gestacional actual</b>	Primer trimestre	1	3,3	0	0	1	1,6
	Segundo trimestre	7	23,3	12	41,3	19	32,2

	Tercer trimestre	<b>22</b>	<b>73,3</b>	<b>16</b>	<b>55,1</b>	38	64,4
	Sin respuesta	0	0	1	3,4	1	1,6
<b>Edad gestacional al ingreso control</b>	< 14 semanas	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>86,2</b>	40	67,7
	> o = 14 y < 20 semanas	11	36,6	1	3,4	12	20,3
	> o = 20 semanas	4	13,3	3	10,3	7	11,8

Respecto al lugar de procedencia, ésta es mayoritariamente urbana, sin embargo un 27, 1% del universo estudio es de procedencia rural, lo cual lo ubica muy por encima del promedio nacional con un 13,4%. Al analizar la relación entre ruralidad y asistencia a controles de salud es posible plantear que tiene una fuerte influencia sobre las determinantes económicas, sociales y culturales, que determinan menor escolaridad, saneamiento básico insuficiente, y por tanto, exige un mayor fortalecimiento del autocuidado de las gestantes provenientes del área rural (Montoya-Aguilar, 2007). La realidad de la comuna de Purranque indica que, la población rural asistente a talleres del CHCC es escasa, dado a la lejanía de su hogar respecto al centro asistencial, sin embargo, es ésta población la que requiere mayor conocimiento del proceso reproductivo, dado al factor de riesgo que conlleva vivir en zonas tan apartadas alejadas de la atención profesional, tal como concluye Seoane (2002), quien plantea la necesidad de modificar el enfoque de salud de la mujer rural de paliativo a preventivo.

La realidad nacional indica que un 80% de la población Chilena pertenece al tramo A de FONASA, algo similar ocurre en la población estudiada en la cual, un 76 % de ella pertenece a ese tramo. Por lo cual, esta población tiene mayor acceso a las prestaciones de salud otorgadas por los centros de atención primaria del país, específicamente a las prestaciones del Programa CHCC. (FONASA, S.F;)

En relación al estado civil, se aprecia que la categoría conviviente predomina en la comuna de Purranque, mientras que, en la comuna de Rio Negro es la categoría soltera con pareja. En ambas comunas se observó que la relación pareja estable, entre uno y cuatro años, prevalece sobre las demás categorías. Este dato muestra que la mayoría de las embarazadas cuentan con el apoyo del progenitor ya sea dentro o fuera del hogar. A través de los años se ha evidenciado que aquellas embarazadas que cuentan con apoyo de una pareja estable, tienen una mejor adaptación al proceso reproductivo. Lo contrario sucede con embarazadas solteras, y con familias disfuncionales, las cuales presentan mayor riesgo perinatal, asociado a muerte fetal y bajo peso al nacer (Sotero, Sosa, Domínguez, Alonso & Medina, 2006).

El tipo de familia más frecuente en ambas comunas es la nuclear biparental, la evidencia disponible concluye que la familia representa un rol fundamental en la salud de los individuos en la atención de salud, ya que es el lugar donde sus integrantes recurren a satisfacer sus necesidades de seguridad físicas y emocionales, según Pizarro y Rivera (2003) la familia constituida representa un factor protector de la salud. De acuerdo a Huarcaya (2013) las y los niños que crecen en hogares con ambos padres, presentan mejores resultados educativos y por lo tanto, menos riesgos asociados a la salud.

La ocupación dueña de casa se impone en ambas comunas así mismo, el ingreso per cápita promedio va de los 62.000 a los 106.000 pesos, correspondientes al 1° y 2° quintil económico. Respecto al nivel educacional de la población en estudio de ambas comunas, destaca la escolaridad incompleta tanto básica como media, por ende se hace necesario que adquieran más conocimientos acerca del proceso grávido y de esta forma potenciar el autocuidado necesario para la mantención de la salud, planteando a la educación como el pilar fundamental de la salud, tal como, la afirmara Dorotea Orem en su teoría general del autocuidado (Ortiz & Ortega, 2011).

El 67,7% del universo estudiado ingreso precozmente a control prenatal. Las mujeres que ingresan antes de las 14 semanas tienen mayores posibilidades de ser educada respecto a la información necesaria para el proceso reproductivo y la importancia de los talleres del CHCC como actividad educativa fundamental para potenciar el autocuidado durante el periodo grávido ( Ministerio de Salud de la Nación, 2001).

Respecto a los antecedentes obstétricos de la población estudiada; la paridad más frecuente fue la multiparidad, representando el 55,9% respecto al universo estudiado. Según el Ministerio de Salud Pública y bienestar social de Paraguay (2009), la multiparidad representa un riesgo elevado durante el transcurso del proceso grávido, las mujeres que han tenido experiencias exitosas en embarazos anteriores y que tienen más de un hijo/a son las que más se ausentan a controles de salud y más aún frente a la aparición de complicaciones son las que más tardan en consultar al centro de salud.

Respecto al segundo objetivo, este consistió en evaluar las percepciones de las gestantes respecto a los talleres prenatales del CHCC. Se crearon afirmaciones en base a la Escala de Likert, la cual, mide la apreciación de las gestantes en relación a tres ítems, características del taller, contenido y material de apoyo, metodología y profesional a cargo, en un momento dado. Cada afirmación tiene como posibles respuestas, 5 categorías: Muy en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso/a, de acuerdo, muy de acuerdo, las que se presentan en la Tabla 2.

**TABLA N° 2.** Percepciones gestantes acerca de características de los talleres del CHCC, CESFAM Purranque y Rio Negro. 1 Octubre- al 15 de Noviembre 2013.

Características Del Taller Prenatal Chile Crece Contigo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de Acuerdo
Un taller al mes es suficiente para comprender el proceso del embarazo, parto y crianza.	6,7%	33,8%	6,7%	<b>49,1%</b>	3,3%
Considero que la duración de los talleres (60 minutos aproximadamente) es adecuada	10,1%	<b>40,6%</b>	6,7%	38,9%	3,3%
Los horarios en los cuales se realizan los distintos talleres me permiten asistir sin problemas	10,1%	16,9%	6,7%	<b>44%</b>	<del>22%</del> <sup>0%</sup>
Me gustaría que los talleres prenatales se realizaran en lugares externos al consultorio (Plazas, sedes vecinales, etc.)	20,3%	30,5%	6,7%	28,8%	13,5%
Creo que la sala donde se realizan los talleres, cuenta con el espacio suficiente para realizar diferentes actividades como, ejercicios físicos y de relajación, charlas, etc.	16,9%	23,7%	6,7%	<b>42,3%</b>	10,1%

A continuación se presenta el análisis en detalle, para cada una de las 15 afirmaciones contenidas en la segunda parte de la encuesta auto aplicada. Para el cálculo, se obtuvo el porcentaje de gestantes en estudio de ambas comunas, que seleccionó alguna de las 5 categorías previamente descritas.

En relación al ítem características del taller, específicamente, la frecuencia y cantidad de talleres, un 52,4 % de la población en estudio perteneciente a ambas localidades, se muestra de acuerdo con que un taller al mes es suficiente para comprender el proceso del embarazo, parto y crianza. Sin embargo, un 33, 8% de las gestantes censadas, está en desacuerdo con esta

afirmación, planteando la necesidad de incrementar la cantidad y frecuencia de talleres prenatales en un mes. Situación similar ocurre con la duración del taller, donde el 40,6% del universo total se encuentra en desacuerdo con una duración de 60 minutos por taller. Lo anterior, permite plantear, que las gestantes poseen una mayor demanda educativa durante el embarazo, que les permita lograr seguridad y confianza en sí mismas.

En cuanto a los horarios del taller y tamaño espacio físico, la población en estudio se muestra mayoritariamente muy de acuerdo en un 66% y 52,4 % respectivamente con el horario preestablecido y el tamaño del espacio físico. En ambas comunas, los talleres se ejecutan durante la mañana. Según el Chile Crece Contigo (2009), tanto los controles como los talleres deben idealmente el mismo día, programados en las mañanas, a la hora que los niños y niñas van a la escuela, así se asegura una mayor asistencia a las actividades independientemente de la procedencia, paridad, estado climático, entre otras.

Si bien, podría pensarse que estas características del taller son decisivas para que las gestantes asistan o no a los talleres, sin embargo las embarazadas de esta investigación se plantean de acuerdo con ellos y no se encontraron investigaciones que señalen si la cantidad, tiempo, horarios tamaño y ubicación espacio físico inciden en la asistencia a una determinada actividad educativa

Respecto al segundo ítem que se resume en la Tabla 3, Contenidos y material apoyo taller, las gestantes están muy de acuerdo con que haya un taller exclusivo para padres y que los talleres son beneficiosos para ellas como para sus bebés (94,8%). Lo que está en directa concordancia con los objetivos del programa Chile Crece Contigo y con la campaña de paternidad activa, en los que se señala por ejemplo, que la interacción de los progenitores con su hijo/a en gestación, otorga variados beneficios, como mayor salud física-mental y desarrollo de los sentidos, lo cual tiene gran impacto en el desarrollo de su razonamiento e inteligencia emocional y social. Lo anterior, se relaciona con la percepción registrada por las gestantes en estudio, sobre la incorporación de un taller solo para varones, en el cual, ellos puedan incorporar algunas nociones básicas sobre el proceso grávido y de crianza (Villacorta, 2004). Según Forret (2013), “Un padre no nace sino que se hace”, por lo tanto, la paternidad es un proceso, que se construye mediante la participación activa en el periodo preconcepcional, embarazo y parto. Por lo tanto, integrar contenidos para padres en los talleres permitiría ayudar a los varones a transformarse en actores indispensables y cercanos al proceso grávido, nacimiento y la crianza. Para la matrona y matrócn este aspecto es importante ya que ayuda en que la tarea de educar a la madre sea más fácil, ya que se contará con el apoyo del progenitor para el cumplimiento de las indicaciones. Actualmente los varones generalmente se incorporan

en actividades como asistir a las ecografías y acompañar en el parto, y que los horarios laborales dificultan la participación más activa de estos al contrario de lo que sucede en otros países donde la ley permite este acompañamiento real.

**TABLA N° 3.** Percepciones gestantes acerca de metodología de los talleres del CHCC, CESFAM Purranque y Rio Negro. 1 Octubre- al 15 de Noviembre 2013.

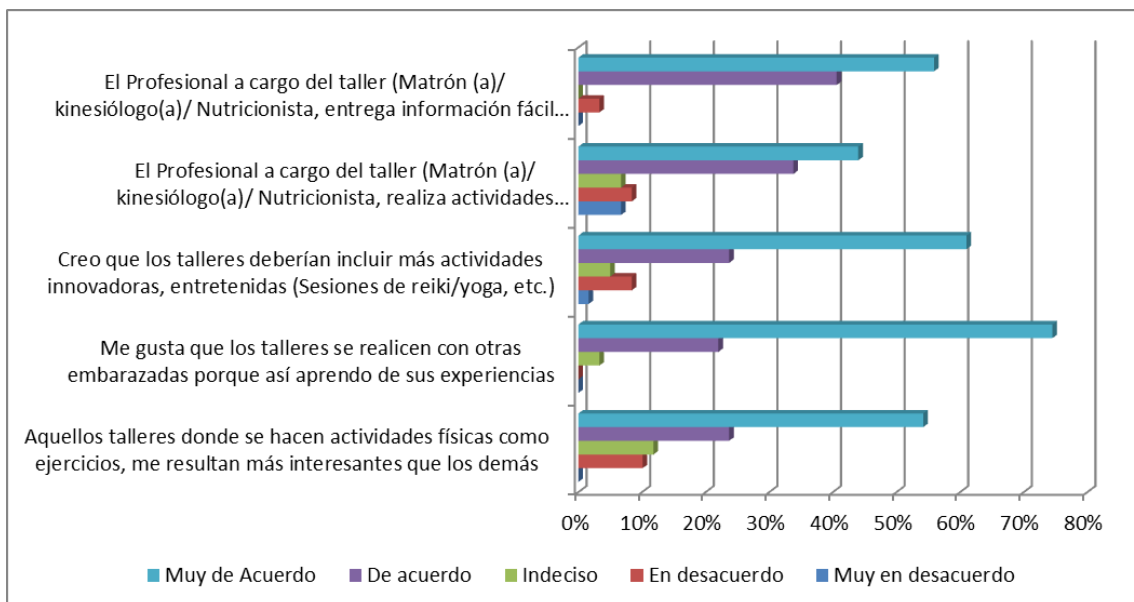
Contenido y Material de Apoyo Talleres	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de Acuerdo
Considero que debería realizarse un taller cuyo contenido sea exclusivo para padres, para que se sientan motivados de asistir	0%	3,3%	1,6%	33,8%	<b>61%</b>
Creo que los talleres prenatales son beneficiosos tanto para mí como para mi bebe	0%	0%	1,6%	32,2%	<b>66,1%</b>
Creo que los talleres son útiles, ya que aprendo cosas nuevas, lo que hace que me sienta preparada para ser madre	0%	0%	1,6%	33,8%	<b>64,4%</b>
Creo que la información entregada en los talleres es sencilla y fácil de comprender.	0%	6,7%	0%	38,9%	<b>54,2%</b>
Considero que la cantidad de material de apoyo a los talleres (folletos, libros, CD) es suficiente para entender el contenido del taller.	0%	8,4%	6,7%	<b>45,7%</b>	38,9%

En cuanto a la utilidad y comprensión del contenido presente en el material de apoyo y taller, el 64.4 % y 54,2 % de la población en estudio de ambas comunas, se muestra muy de acuerdo con que los talleres son útiles y entregan información sencilla y fácil de comprender. Según Chile Crece Contigo (2010), el programa ha incorporado desde el año 2009, bastante material de apoyo a los talleres como la entrega de un DVD con ejercicios prenatales para incentivar la actividad física, material didáctico. Dentro de este material, destaca la entrega de la Guía para la gestación, una herramienta muy útil, que describe los cambios que ocurren en el proceso grávido, semana a semana. Muchas mujeres no la leen o la guardan y no la comparten, por

tanto, es importante crear estrategias para lograr que este instrumento sea más útil, similar situación ocurre con el DVD, es bastante útil, sin embargo son escasas las mujeres que realizan los ejercicios, ya que se necesita un taller especial para eso, no es lo mismo mirar un DVD a que alguien te enseñe a hacer los ejercicios. Por tanto, se deben contratar en la comuna de Purranque un profesional matron o matrona, que se haga cargo de los talleres para asegurarse en forma óptima, que se utilicen los materiales de apoyo como corresponde.

En relación al tercer ítem, las gestantes se muestran muy de acuerdo con la realización de actividad física en aquellos talleres que así lo requieran. El ejercicio pasivo a moderado permite preparar los músculos que se necesitaran durante el parto, un beneficio mayor es el que recibe el feto al oxigenarse de mejor forma. Desde el año 2007 el Programa CHCC, ha incorporado videos de ejercicios prenatales simples de realizar, para que la gestante practique en la comodidad de su hogar. (Chile Crece Contigo, 2013). . (Ver Grafico N°1)

**Grafico N°1.** Percepciones gestantes acerca de contenido, de los talleres del CHCC, CESFAM Purranque y Rio Negro. 1 Octubre- al 15 de Noviembre 2013.



El 74,5% de las gestantes se muestra muy de acuerdo con la técnica de trabajo grupal, utilizada por el programa CHCC, según Mazario, I., Mazario A., Horta (s.f) el trabajar en grupo posibilita la realización social ya que se crea un clima de confianza, que favorece la incorporación de todos los participantes y, por tanto, se crean las condiciones que sirven de soporte fundamental para el desarrollo de habilidades parentales.

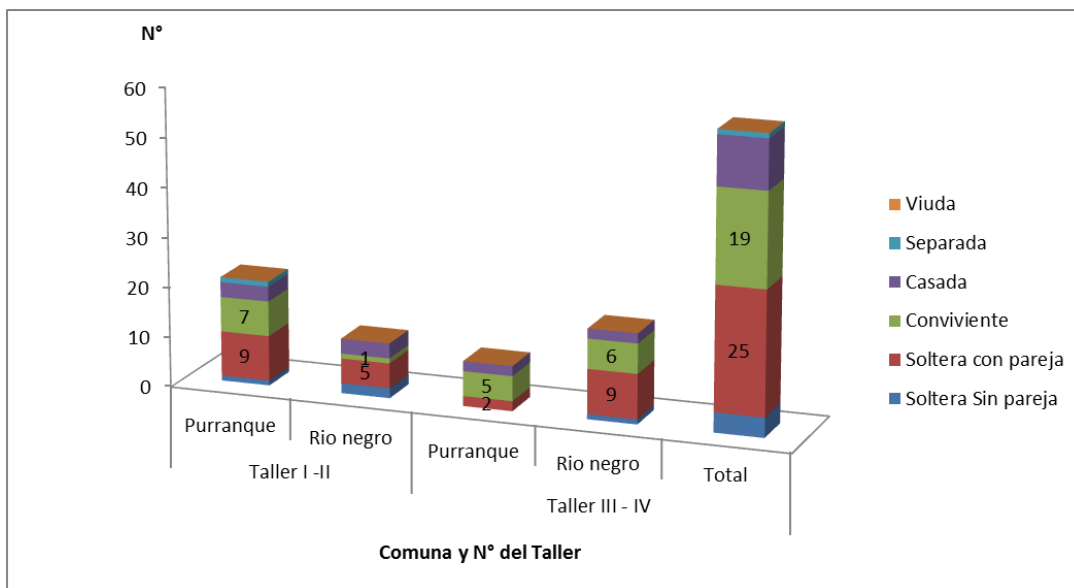
Desde hace unos años, diversos CESFAM del país han implementado nuevas técnicas de relajación, incorporando sesiones de yoga, reiki. La iniciativa ha sido impulsada, por el Ministerio de Desarrollo Social, a través del Programa Chile Crece Contigo, bajo el objetivo de entregar fortalezas físicas y socioemocionales para enfrentar de mejor manera el trabajo de parto, como también atenuar los malestares propios del embarazo, como la algia lumbar, calambres e insomnio (Castillo, s.f). Un 61% de las gestantes encuestadas se muestra de acuerdo con la implementación de sesiones de yoga para embarazadas, reiki y terapias de relajación.

El 55,9% de las gestantes está muy de acuerdo respecto a que los distintos profesionales de la salud, entregan información fácil de comprender. Es por esto que Riquelme (2012), plantea al profesional de salud como ente conector entre la atención primaria y paciente, quien debe ser capaz de incorporar en la paciente los conocimientos necesarios acerca del proceso grávido. Sin embargo, se necesita que la paciente sea consciente de que el embarazo necesita de cuidados, por lo tanto, la gestante debe trabajar en conjunto con los profesionales de la salud para la mantención de su propia salud.

El tercer objetivo de esta investigación, fue relacionar los factores biopsicosociales obstétricos y del entorno que incidían en el nivel de asistencia. En relación a la presentación de datos, al considerar el número de talleres, no se incluyó el quinto taller “Reconociendo el lugar del parto y nacimiento, a través de visita guiada a la maternidad” realizado a las 36 semanas de gestación en dependencias del hospital local. (MINSAL, 2012 b). Esto, debido a que el quinto taller prácticamente no se realiza y/o tiene escaso nivel de asistencia, producto que las gestantes de ambas comunas, tienen arraigado el concepto de que su parto se atenderá en la ciudad de Osorno, por lo cual, deciden no conocer el servicio de maternidad de su propia comuna.

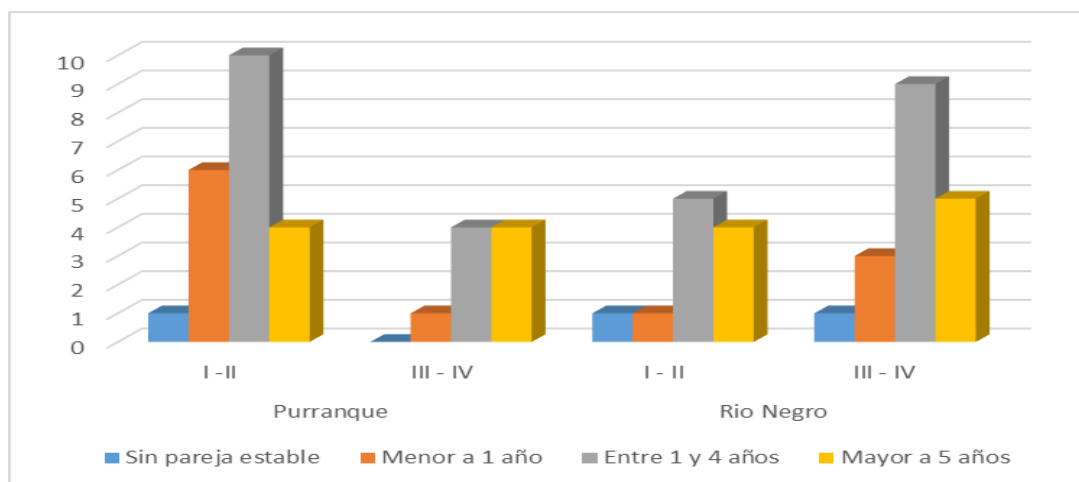
En relación al estado civil (**Ver Grafico N° 2**) existe asociación entre éste y el nivel de asistencia, aquellas con estado civil; solteras con pareja, convivientes y casadas tienden asistir a más talleres, que aquellas que no tienen una pareja, promediando los tres talleres de asistencia. Como se mencionó con anterioridad, las gestantes que cuentan con el apoyo de una pareja, tienen una mejor adaptación al proceso reproductivo, suelen presentar mayor adherencia a los controles de salud. Así se observa en la Tabla 5 y 6 para Purranque y Rio Negro respectivamente.





**Gráfico N° 2.** Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según Estado Civil, Purranque - Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.

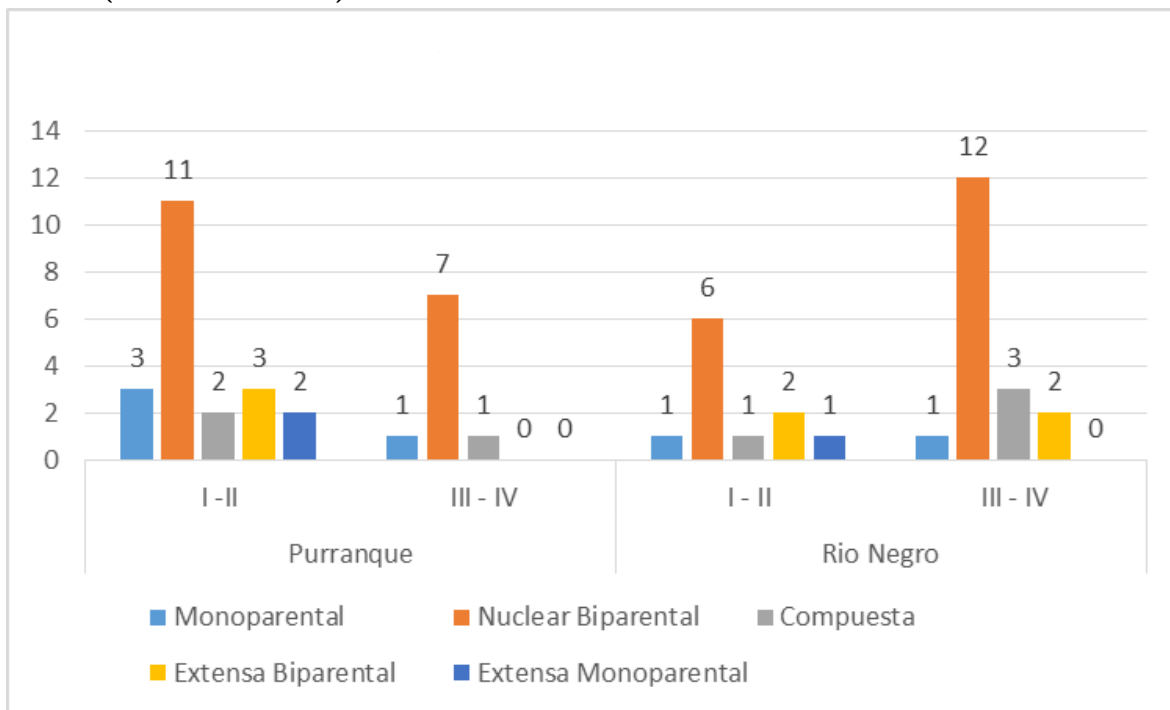
Lo contrario sucede con embarazadas solteras, y con familias disfuncionales, las cuales presentan mayor riesgo perinatal, asociado a muerte fetal y bajo peso al nacer (Sotero & Cols, 2006). Bajo la misma lógica, al evaluar el tiempo de relación y nivel de asistencia se aprecia que aquellas con pareja estable, superior a cinco años asisten en mayor medida a los talleres, promediando los tres sesiones a su vez, tienden a completar los cuatro talleres impartidos por el CESFAM.



**Gráfico N° 3.** Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según Relación de Pareja, Purranque- Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.

Gran parte de las gestantes censadas en la comuna de Purranque, pertenecían a familias nucleares biparentales, de estas un 61,2% acuden a uno y dos talleres prenatales y el 38,8% restante completa los cuatro talleres (**Ver Gráfico N° 4**)

Situación similar ocurre en Río Negro un 33,2% de las gestantes pertenecientes a familias biparentales, asiste a entre uno y dos talleres mientras que el 66,6% acude a entre tres y cuatro talleres (**Ver Gráfico N° 4**).

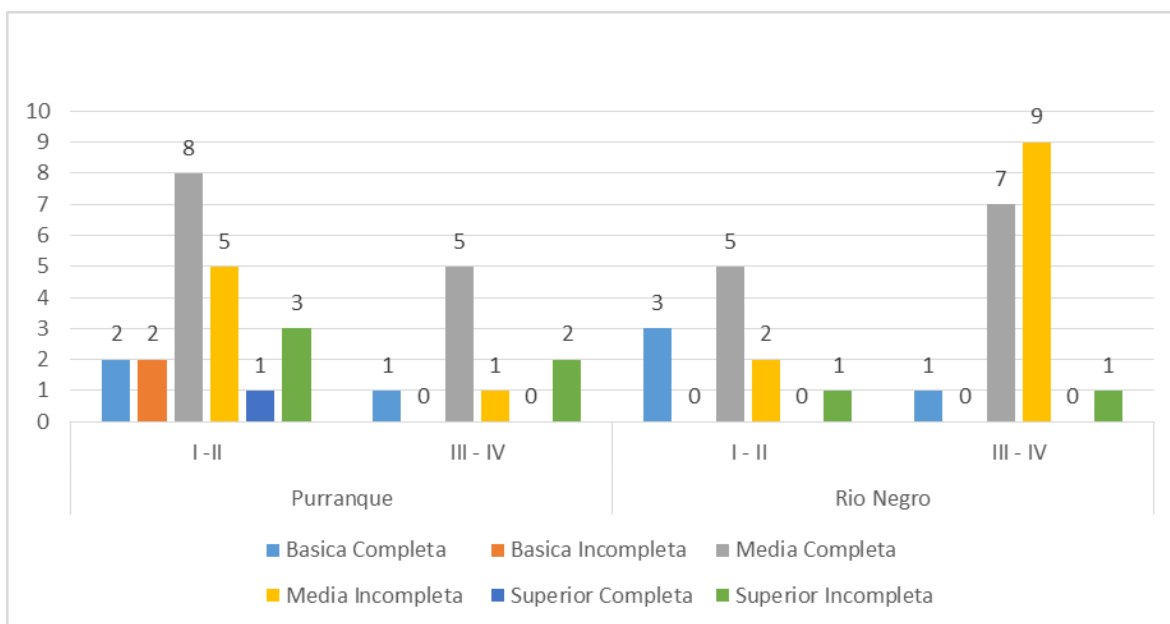


**Gráfico N° 4.** Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según Tipo de Familia, Purranque - Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.

El promedio de asistencia para este grupo fue de tres talleres en ambas comunas. Las gestantes de familias monoparentales y extensas monoparentales tienden asistir a menos talleres prenatales, promediando dos talleres, estos suelen ser los dos primeros, “Cambios Fisiológicos del embarazo y Reforzando estilos de vida saludable”. Según Pizarro y Rivera (s.f) la familia desempeña un rol fundamental en la salud de los individuos y en el sistema de asistencia sanitaria. Entre sus integrantes se crea una relación implícita de obligaciones que impone cuidar los uno de los otros, por lo tanto, los miembros de familias nucleares tienden a tener mayor control de su salud y mejor adherencia a controles médicos.

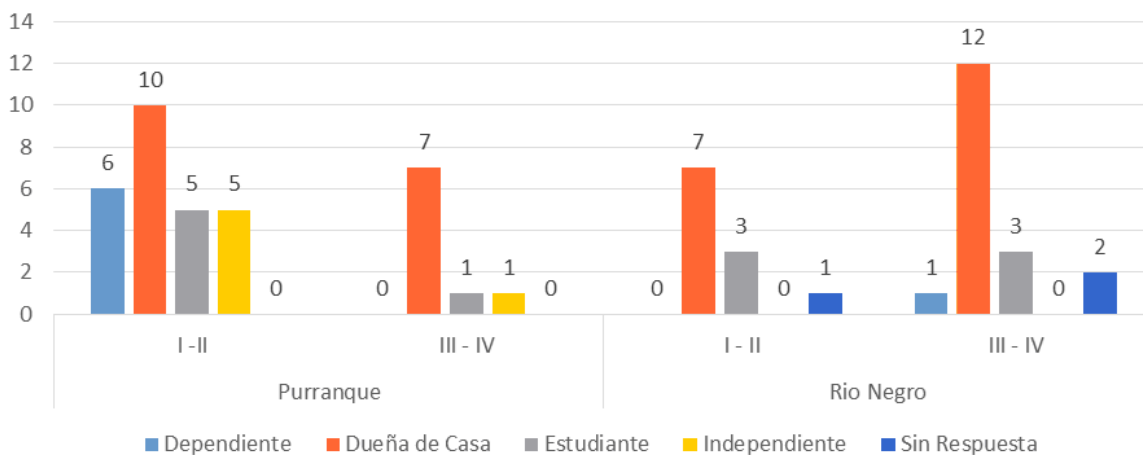
Respecto a la escolaridad materna se observa que aquellas con escolaridad incompleta ya sea en la enseñanza básica o media, asisten en menor medida a los talleres prenatales, promediando

dos talleres en comparación con los tres a los que asisten aquellas con enseñanza completa en sus distintos niveles. Enríquez (2013) estudio aquellos factores que incidieron en la adherencia al control prenatal en gestantes de una localidad de Ecuador, cuyos resultados fueron similares a este estudio, aquellas con menor escolaridad tendían a ausentarse a controles prenatales. La literatura existente acerca del tema sugiere, que las madres con menor escolaridad tienden a menospreciar su propia salud, los riesgos que conlleva la baja escolaridad materna son principalmente la prematuridad y bajo peso de nacimiento. (Kaempffer, Medina, 2006) tal como se observa en el **gráfico N° 5**.



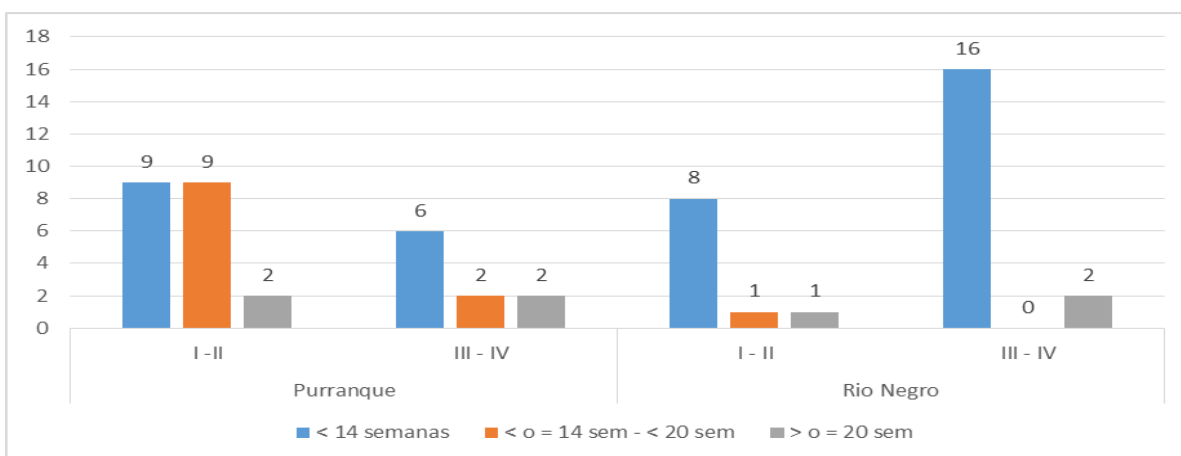
**Gráfico N°5.** Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según escolaridad, Purranque – Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.

Respecto a la ocupación y nivel de asistencia son las dueñas de casa las que más asisten a los talleres prenatales, en ambas comunas promedian los tres talleres. Del total de dueñas de casa en la comuna de Purranque, el 58.7% asiste a entre uno y dos talleres prenatales mientras que el 41,3% restante asiste a entre tres y cuatro. Las gestantes que menos asisten son aquellas trabajadoras dependientes. Respecto al rol de dueña de casa y adherencia en salud es posible deducir, que gran parte de ellas cuentan con mayor tiempo libre para participar de las actividades del centro asistencial, sin embargo la literatura existente, plantea que la adherencia en salud está determinada por el rol de Madre-esposa- dueña de casa, otorgado históricamente a este grupo, convirtiéndose en factor obstaculizador para la asistencia a controles de salud (Jofre & Mendoza, 2005; Cruces & Fernández, 2008) (**Ver Gráfico N° 6** )



**Gráfico N° 6** Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según ocupación, Purranque - Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013

Existe asociación entre edad gestacional al ingreso a control prenatal y nivel de asistencia, se aprecia que aquellas que ingresaron antes de las 14 semanas asisten en mayor medida a los talleres del situación que se comporta de forma similar en ambas comunas, esto estaría dado por el aumento en las posibilidades de asistir a taller en comparación a aquellas gestantes que ingresaron con posterioridad a las 20 semanas, tal como observa en la Tabla N° 15, esta situación se repite en Río Negro (Ver Tabla N° 16).



**Gráfico N° 7.** Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según Edad Gestacional al Ingreso a Control Prenatal, Purranque - Río Negro, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.

Aquellas gestantes que desarrollaron enfermedades durante la gestación, asistieron menos que aquellas que cursaron embarazos fisiológicos. Esto podría asociarse que aquellas que presentaron enfermedades durante el embarazo, son enviadas al nivel secundario para manejo por especialista lo que se traduce en un aumento de los controles del embarazo, dificultando en ocasiones la asistencia a las actividades del centro asistencial (Ver tabla N<sup>o</sup> 17,18)

**Tabla N<sup>o</sup> 4.** Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según Enfermedad durante la gestación, Purranque, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.

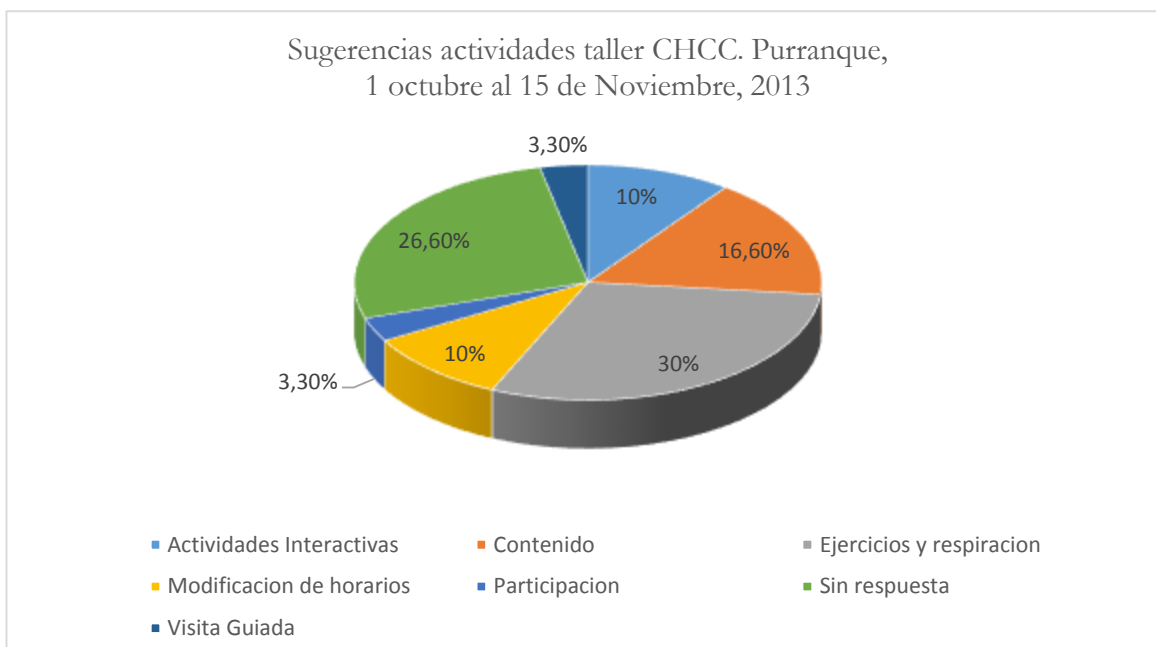
Enfermedad previa a la gestación	Cantidad de Talleres Asistidos						
	I-II		III-IV		Total		
	n	%	n	%	n	×	%
Diabetes Mellitus II	1	100	0	0	1	2	100
Sin patología	10	35.6	18	64.2	28	2.9	100

**Tabla N<sup>o</sup> 5.** Distribución del nivel de asistencia a los talleres del CHCC según Enfermedad durante la gestación, Purranque, 1 Octubre - 15 Noviembre, 2013.

Enfermedad durante la gestación	Cantidad de Talleres Asistidos						
	I-II		III-IV		Total		
	n	%	n	%	n	×	%
ITU	1	100	0	0	1	1	100
Sin patología	20	68,9	9	31,1	29	2,3	100

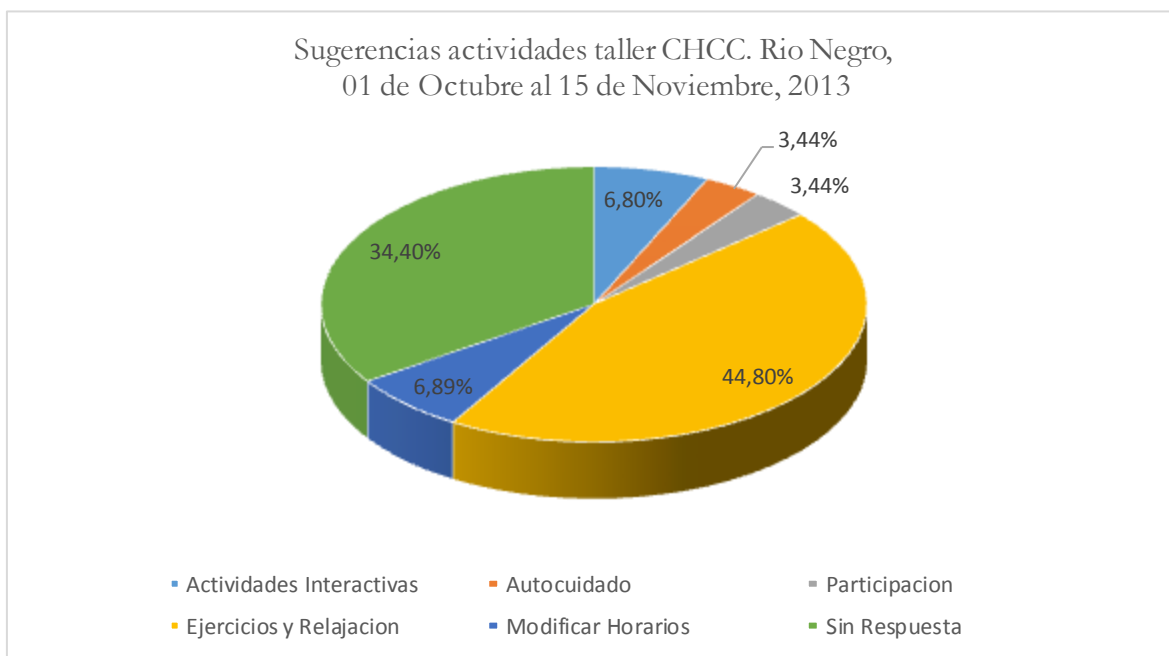
La tercera parte del cuestionario auto aplicado planteaba, dos preguntas, las primera de ellas ¿Qué actividades les gustaría hacer durante los talleres prenatales? Se analizó la información

según comuna, para fines de generar propuestas específicas para cada CESFAM. En la comuna de Purranque el ámbito de ejercicios y respiración, obtuvo un 30% de las preferencias. Un importante porcentaje de las encuestadas desistió de contestar esta pregunta. Un 16,6% de las embarazadas sugirió un cambio en los contenidos, principalmente orientados a temáticas innovadoras respecto a la estimulación intrauterina, etc. La modificación de horarios alcanzo el 10% de las sugerencias. Es en esta comuna, es que surge como sugerencia la modificación e implementación continua de quinto taller “visita a la maternidad”, el cual, tiene una baja asistencia dada a la migración de pacientes que solicita analgesia Peridural, la cual debe ser administrada en hospitales de alta complejidad bajo supervisión de medico anestesiólogo. Han sido muchos los centros de atención primaria, que han modificado el contenido de sus talleres en pro de mejorar la dramática inasistencia a su talleres, es en ese contexto que han surgido talleres de reiki, yoga, terapias de relajación, talleres de creación de ropa o artículos para recibir al nuevo integrante. **(Ver Gráfico N° 8)**



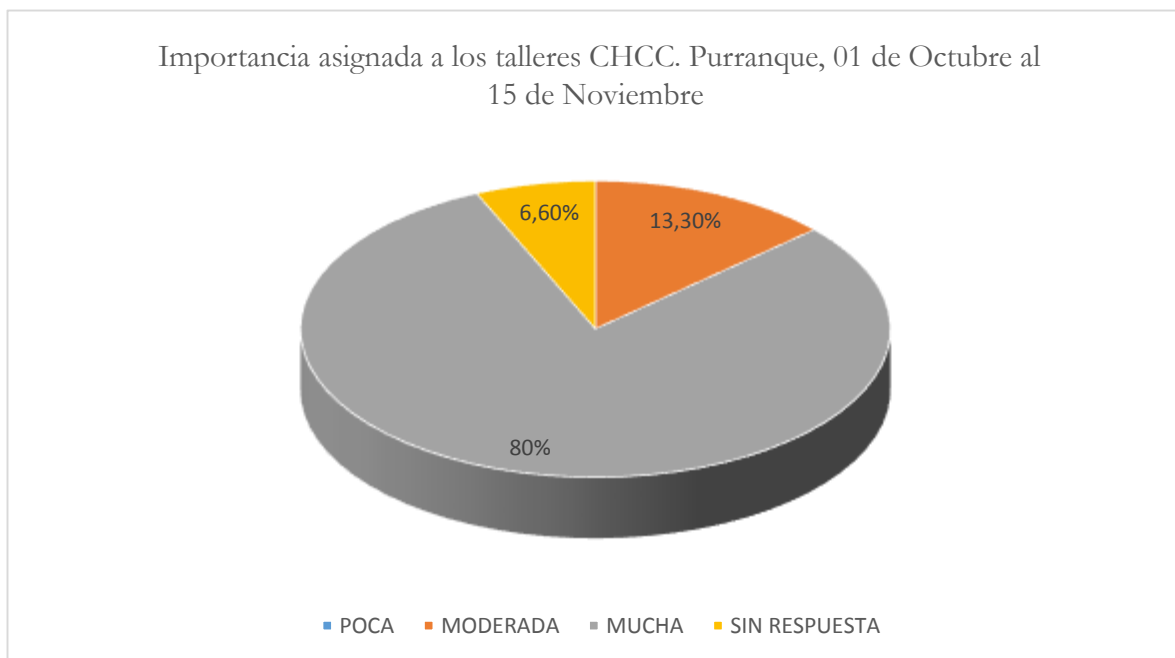
**Gráfico N° 8.** Sugerencia de actividades a realizar en talleres prenatales, Purranque, 1 octubre al 15 Noviembre, 2013.

Las sugerencias planteadas por la comuna de Rio Negro son similares a las ya descritas, sin embargo, aquí un 44,8% de las gestantes sugirió incorporar ejercicios y terapias de relajación, seguido por un 6,89% de gestantes que propuso la realización de actividades interactivas ligadas principalmente a la estimulación intrauterina y actividades manuales **(Ver Gráfico N° 9)**



**Gráfico N° 9.** Sugerencia de actividades a realizar en talleres prenatales, Río Negro, 1 octubre al 15 Noviembre, 2013.

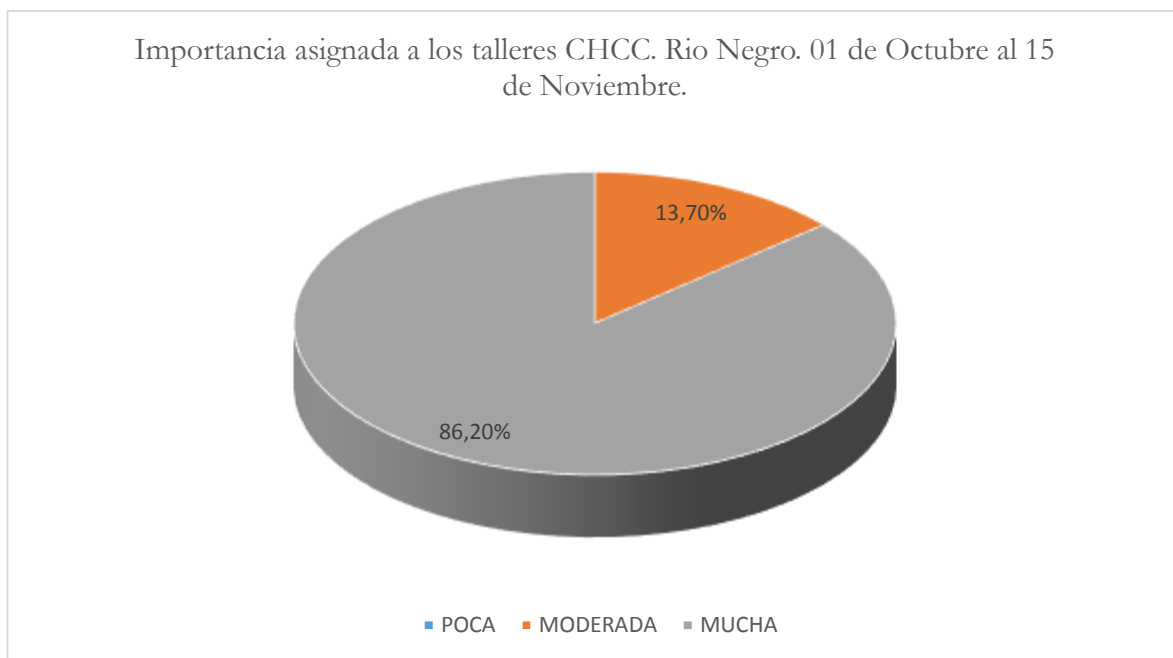
La segunda pregunta fue; ¿Cuál es la importancia que tienen para usted estos talleres?, la cual, contenía tres alternativas ligadas al grado de importancia asignado a los talleres del CHCC en la comuna de Purranque, el 80% de las gestantes encuestadas le otorgan mucha importancia a los talleres prenatales, considerándolo ejes importantes para la contribución de conocimiento del proceso reproductivo. Un 13,3% le otorga moderada importancia, mientras que el 6% restante no contesta esta pregunta. Según la teoría general del autocuidado, para lograr la mantención de la salud es necesario que la persona esté consciente de su estado de salud y le de importancia necesaria para adherirse a los controles de salud (Ortiz & Ortega, 2011) **(Ver Gráfico N° 10)**



**Gráfico N° 10.** Grado de importancia asignado a los talleres del CHCC, Purranque, 1 Octubre al 15 Noviembre, 2013.

El 86,2% de las gestantes de la comuna de Rio Negro, le otorgan mucha importancia a los talleres prenatales, considerándolos importantes para comprender el proceso reproductivo, Un 13,70% de la población, considera que los talleres son de moderada importancia para el transcurso de embarazo. No se obtuvo adherencia a la opción poca importancia. **(Ver Gráfico N° 11)**





**Grafico N° 11.** Importancia asignada a los talleres CHCC. Río Negro. 1 Octubre al 15 Noviembre, 2013.

## 5. CONCLUSIONES Y PROYECCIONES

Los principales factores que inciden en la mayor asistencia a los talleres prenatales del programa CHCC son el estado civil conviviente y casada, tener escolaridad básica-media-superior completa, pertenecer a una familia nuclear biparental, contar con pareja estable cuya relación supere los cinco años, ser dueña de casa o trabajadora independiente, haber ingresado precozmente a control prenatal y no haber padecido alguna enfermedad durante el transcurso de la gestación. Las gestantes en general se muestran muy de acuerdo con la utilidad de los talleres, lo beneficiosos que resultan para ellas y sus familias, consideran necesaria la modificación de contenidos, con la creación de un taller exclusivo para padres. Están de acuerdo con la frecuencia, horarios y espacio donde se realizan los talleres. Se mostraron en desacuerdo respecto a la duración de los talleres, considerando que 1 hora es demasiado para un taller.

El sistema Chile Crece Contigo, es una política pública de tipo social que concentra un gran número de prestaciones cuyos lineamientos, están orientados a la estimulación prenatal y desarrollo infantil, con el fin, de disminuir las inequidades sociales entre los niños de menores y mayores recursos. Se espera que los resultados de este programa se vean representados en el desarrollo económico y social futuro del país.

Para cumplir con el objetivo del programa, se necesita una gran cantidad de dinero, proveniente del estado chileno, destinados a la creación de materiales, como dípticos, libros, revistas, videos, recursos humanos, entre otros. Sin embargo, en la actualidad, la utilización de recursos monetarios hacia este programa gubernamental muchas veces se malgasta ya que las usuarias no acuden a los talleres, o no utilizan de mejor forma los materiales entregados durante el ingreso prenatal. Por ende se hace necesario generar estrategias para la correcta utilización de dichos materiales ayudando a que no se pierda el hilo conductor de la sesión aprendida sino que por el contrario, permitiría aplicarla en el día a día.

Los profesionales de la salud, especialmente la matrona y matrócn, y todos aquellos que forman parte de los talleres prenatales del CHCC, deben esmerarse en generar acciones que favorezcan la participación de las gestantes, independientemente de sus condiciones biológicas, económicas, sociales y culturales, ya que, se dispone de los recursos adecuados para su funcionamiento, y porque estos talleres tienen como objetivo mejorar la capacidad de

autocuidado y adaptación al proceso grávido, es decir, son un complemento fundamental de la educación y retroalimentación de la información que se entrega en cada control prenatal.

Específicamente el rol de la Matrona y Matrón, no es solo la supervisión del proceso grávido, sino también, guiar a las gestantes a través de los talleres de CHCC, empoderándolas en su rol activo para proteger su propia salud y la de su Hijo/ hija en formación. Este/esta profesional tiene las capacidades idóneas para la gestión, organización, y re modelamiento de los talleres para incentivar una mayor asistencia.

Este estudio es el primer paso para comprender el motivo, por el cual, las gestantes de Río Negro y Purranque, presentan bajos niveles de asistencia a los talleres prenatales, permitiendo establecer estrategias pertinentes, que promuevan la adherencia de gestantes a ésta prestación del programa Chile Crece Contigo. Las estrategias que se desprenden a partir de estudio son; la creación de talleres cuyas temáticas estén dirigidas exclusivamente a padres, potenciando el rol activo del padre previo al nacimiento, incorporación de la madre de zona rural, principalmente acercando a las gestantes desde su domicilio al CESFAM y la modificación de la duración de los talleres. Nace a partir de las propias sugerencias de las gestantes estudiadas la necesidad de crear talleres de actividades manuales, terapias de relajación y técnicas de estimulación intrauterina.

## 6. BIBLIOGRAFIA

Agüero, R., Reina, G., Herrera de Kossowski, V., Lugo de Vallín, E., Del Valle, N. & Pascuzzo, I. (s.f). EscRalas de Actitud. Recuperado el 03 de septiembre del 2013 desde: <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/DEPARTAMENTOS/cienciasfuncionales/farmacolog%C3%ADa/Acti.pdf>

Alba, M., Suyá, L., Eunice, I., Zavala, C. & Ramírez, T. (2006). Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio. *Revista de la Facultad de las Ciencias médicas*, 3, 13-18. Recuperado el 09 de noviembre, 2012, desde <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2006/pdf/RFCMVol3-2-2006-4.pdf>

Anguita, V. & Sotomayor, M. (2011) ¿Confidencialidad, anonimato? las otras promesas de la investigación. *Acta Bioethica*. 17(2). Recuperado el 09 de Octubre del 2012 desde: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2011000200006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000200006)

Asán, M., (2004). Reactividad fetal frente al estímulo auditivo en gestantes que participaron en el programa de estimulación prenatal en el hospital docente Madre niño San Bartolomé en el periodo 2003-2004. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. Recuperado el 15 de noviembre 2013, desde [http://200.62.146.31/sisbib/2004/asan\\_vm/pdf/asan\\_vm.pdf](http://200.62.146.31/sisbib/2004/asan_vm/pdf/asan_vm.pdf)

Asociación Española de Psicología Perinatal, s.f. Objetivos de la Asociación. Recuperado el 13 de Octubre del 2013 Desde: <http://www.asociacionpsicologiaperinatal.com/p/objetivos.html>

Asociación Mexicana de Estimulación Prenatal, Temprana y Acuática A.C. (AMEPTA). (2013). Quiénes Somos. Objetivos de la Asociación. Recuperado el 10 de noviembre, 2013 desde. <http://www.estimulaciontemprana.mx/>

Barría, V., Rosemberg N. & Uribe P. (2003). Autocuidado y equipos de salud. Puerto Montt: Universidad Austral de Chile, Diplomado en Salud Pública y familiar. Recuperado el 6 noviembre, 2012, desde <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202003/Autocuidado.pdf>

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2009). Ley N°20379. Sistema Intersectorial De Protección Social e Institucionaliza El Subsistema De Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo". Ministerio de Planificación de la Republica de Chile. Recuperado el 10 de noviembre, 2013 desde <http://www.leychile.cl/Navegar/?idNorma=1006044&idVersion=2009-09-12&idParte>

Blois, J. (s.f). Censo de Población. Biblioteca Virtual en población. Centro Centroamericano de población. Recuperado el 16 noviembre 2013, desde <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/13/censos.htm>

Cañadas, I. & Sánchez, A. (1998). Categorías de Respuestas en escalas tipo Likert. [Versión Electrónica]. *Psicothema*, 10, p 623-631.

Casas, L. & Valenzuela, E. (2011). Derechos sexuales y reproductivos de la gente joven: Autonomía en la toma de decisiones y acceso a servicios confidenciales. Ponencia presentada en II Congreso Latinoamericano jurídico sobre derechos reproductivos, San José, Costa Rica. Recuperado el 01 de diciembre, 2012, desde <http://www.congresoderechosreproductivos.com/materiales/2011/Taller-01/Publicaciones%20-%20International%20Planned%20Parenthood%20Federation%20y%20Profamilia-Derechos%20Sexuales%20y%20Reproductivos%20de%20la%20.pdf>

Castillo M., (s.f). La actividad física durante el embarazo. Recuperado el 11 diciembre 2013, desde <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/9092/1/CC119-art8.pdf>

Centro Paraguayo de Estudios de población, (2009). Estudio de los factores que afectan la mortalidad materna en dos regiones sanitarias del Paraguay. Recuperado el 10 diciembre 2013, desde: [http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wpcontent/uploads/2012/08/Maternidad\\_Segura-CEPEP-2009.pdf](http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wpcontent/uploads/2012/08/Maternidad_Segura-CEPEP-2009.pdf)

Chile Crece Contigo, (2006). Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la instalación del sistema de protección Integral a la infancia Chile Crece Contigo 2006-2010. Recuperado el 10 diciembre 2013, desde [http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/05/ChCC\\_MEMORIA.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/05/ChCC_MEMORIA.pdf)

Chile Crece Contigo, (2009). Cuando Copiar es Bueno 1, Iniciativas Replicables. Recuperado el 10 diciembre 2013, desde <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/Cuando-Copiar-es-Bueno-1.pdf>

Chile Crece Contigo, (2013). Importancia del cuidado de la salud durante la gestación. Recuperado el 10 diciembre 2013, desde <http://www.crececontigo.gob.cl/2009/desarrollo-infantil/gestacion/importancia-del-cuidado-de-la-salud-durante-la-gestacion/>

Chile Crece Contigo, (2010). Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la infancia Chile Crece Contigo 2006-2010. Recuperado el 2 diciembre 2012, desde [http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/05/ChCC\\_MEMORIA.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/05/ChCC_MEMORIA.pdf)

Congreso de la República Argentina. (2006). Ley S.-3.022/06; Poder Legislativo de la República Argentina. Recuperado el 10 de noviembre, 2013 desde [http://www3.hcdn.gov.ar/foiociabin/om\\_isapi.dll?clientID=129708&advquery=3022S06&infobase=dae.nfo&record=%7B7C70%7D&recordswithhits=on&softpage=ref\\_Doc](http://www3.hcdn.gov.ar/foiociabin/om_isapi.dll?clientID=129708&advquery=3022S06&infobase=dae.nfo&record=%7B7C70%7D&recordswithhits=on&softpage=ref_Doc)

Congreso de la República de Perú. (2003). Ley 2812; Poder Legislativo de la Republica de Perú. Recuperado el 10 de noviembre, 2013 desde <http://www.congreso.gob.pe/ntley/imagenes/Leyes/28124.pdf>

Clínica Alemana, (s.f). Centro de Extensión Clínica Alemana de Santiago; Talleres de educación grupal. Recuperado el 03 de octubre del 2013 desde: <http://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/internet/home/centro+de+extension>

Dávila, M. & Román, M. (2006). Desarrollo Integral del niño y niña menor de dos años. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. p 4-6. Recuperado el 6 noviembre, 2012, desde

[http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/Desarrollo integral de ni%F1os menores de dos a%F1os.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/Desarrollo%20integral%20de%20ni%F1os%20menores%20de%20dos%20a%F1os.pdf)

Diana, P. (s.f.). Estimulación Prenatal. Facultad de Psicología Universidad de Valencia. Recuperado el 7 de noviembre, 2012, desde <http://mural.uv.es/diapan/>

Dides, C. (2011). Desafíos en derechos sexuales y reproductivos en Chile. Ponencia presentada en XXIX Congreso Partido Socialista de Chile, Santiago, Chile. Recuperado el 9 de octubre, 2012, desde: <http://www.congresops.cl/wp-content/uploads/2011/05/Desafi%CC%81os-enDerechos-sexuales-y-Reproductivos-en-Chile.pdf>

Enríquez B. & Mena L., (2013). Factores que inciden en la adherencia a controles prenatales en mujeres gestantes en el subcentro de salud del cantón Quero provincia de Tungurahua, en el periodo agosto 2012-marzo 2013. Universidad técnica de Ambato. Recuperado el 11 diciembre 2013, desde <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/5872/Marco%20Inicio%20Enriquez%20Bautista.pdf?sequence=1>

Federación Iberoamericana de Estimulación Prenatal y Temprana. (2013). Quienes somos. Asociación número 161.824 del Ministerio del Interior de España. Recuperado el 10 de noviembre, 2013 desde [http://fae.monterozas.es/quienes\\_somos.html](http://fae.monterozas.es/quienes_somos.html)

Fernández, L., (2007). ¿Cómo se elabora un cuestionario?, ficha para investigadores. Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad de Barcelona. Recuperado el 16 noviembre 2013, desde <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha8-cast.pdf>

Forray C., (2013). La inclusión del padre en el embarazo, parto y cuidados del Recien Nacido. Recuperado el 10 diciembre 2013, desde <http://www.crececontigo.gob.cl/adultos/columnas/un-espacio-novedoso-para-la-paternidad-en-chile-la-inclusion-del-padre-en-el-embarazo-parto-y-cuidados-del-recien-nacido/>

García, C. (s.f.). Algunas reflexiones sobre le educación para la salud. Departamento de salud pública. Universidad de Caldas. Recuperado el 30 de noviembre, 2012, desde [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%206\\_3.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%206_3.pdf)

Galán, M. (2010) Ética de la investigación. *Revista iberoamericana de educación*, 54(4). Recuperado el 19 de Octubre del 2012 desde: <http://www.rioei.org/jano/3755GalnnJano.pdf>

Godeleva, R. & Ortega, E., (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio cognitivos de creencias en salud. *Revista de Psicología y Salud*. 21(1). Recuperado el 26 noviembre 2013, desde <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Godeleva-Rosa-Ortiz-Viveros.pdf>

Gueguen, J., Guillaume, F., Luhmann, N. & Bouchon, M. (2010). Educación para la salud. Guía práctica para los proyectos de salud. Juin: Unidad de apoyo, análisis e incidencia política. Recuperado el 2 de diciembre, 2012, desde: <http://www.mdm-scd.org/media/00/01/1704763225.2.pdf>

Guil, M, (2006). Escala Mixta Likert-Thurstone. [Versión Electrónica]. *Revista Andalucía de Ciencias Sociales*. 5, p 81-82.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). Metodología De La Investigación. Recuperado el 12 agosto del 2013 desde: <http://doctoradonayarit.wikispaces.com/file/view/Sampieri,+Roberto++Metodologia+de+la+Investigacion+parte+1.pdf>

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), (s.f.) Marco Conceptual para Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado el 1 de octubre, 2012, desde [http://www.icmer.org/documentos/salud\\_y\\_derechos\\_sex\\_y\\_rep/marco\\_conceptual\\_politic\\_%20progr\\_ssr.pdf](http://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/marco_conceptual_politic_%20progr_ssr.pdf)

Instituto Nacional de Estadísticas. (2007). División, política, administrativa y censal. Región de los Lagos. Gobierno de Chile. Recuperado el 10 de noviembre de 2013 desde <http://www.ineloslagos.cl/archivos%5Cfiles%5Cpdf%5CDivisionPoliticoAdministrativa%5CInoslagos.pdf>



Instituto Nacional de Estadística. (2012). Resumen censal año 2012. Recuperado el 13 de agosto del 2013 desde: <http://www.ine.cl/cd2002/>

Juárez, F. (s.f.). La educación para la salud (EPS): metodología, aplicación y uso. Serie cuidados avanzados. Enfermería en atención primaria. Recuperado el 3 de diciembre, 2012, desde [http://www.enfermeria21.com/pfw\\_files/Muestras/atencionprimariac7.pdf](http://www.enfermeria21.com/pfw_files/Muestras/atencionprimariac7.pdf)

Kaempffer A. & Medina E., (2006) Mortalidad Infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos. Revista Chilena de Pediatría. 77 (5). pp 492-500. Recuperado el 11 diciembre 2013, desde [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000500007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000500007&script=sci_arttext)

León, R. & Berenson, R. (s.f.). Medicina teórica. Definición de salud. Lima: Instituto de medicina tropical Alexander von Humboldt. Universidad peruana Cayetano Heredia. Recuperado el 28 de noviembre, 2012, desde <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n3/v7n3e1.pdf>

León, F. (2011). Bioética, salud pública y educación para la salud. *Revista Bioética Latinoamericana*. 7, 2-3. Recuperado el 2 de diciembre, 2012, desde <http://www.bioeticachile.cl/html/documentos/LeonBioeticayeducacionsalud.pdf>

Luque, A & Eguía, A. (2007). Los estudios clínicos basados en puntos duros y estadística. Nuevo paradigma; creer o no creer, he ahí el dilema: Segunda parte. Obtenido el 14 de noviembre desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2007/h073f.pdf>

Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Recuperado el 30 de noviembre, 2012, desde <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858F9934B2F9E332002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>

Martínez, I. (2010). Centro de Estimulación Prenatal, Temprana y Familiar “Espera feliz”. Hospital de San Fernando Panamá. Disponible en <http://esperafeliztecnicasiverig.blogspot.com/2010/08/tecnica-siverig-de-estimulacion.html>

Martínez, I., (2013). Centro de Estimulación Prenatal, Temprana y Familiar “Espera feliz”. Hospital de San Fernando Panamá. Disponible en <http://www.exedrbooks.com/actividades/evento.php?codigo=26>

Masalán, M. & González, R. (s.f.) Autocuidado en el Ciclo Vital. Santiago de Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería. Recuperado el 01 de diciembre, 2012, desde [http://www7.uc.cl/sw\\_educ/enferm/ciclo/html/general/autocui.htm](http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/general/autocui.htm)

Mazarrasa L. & Gil S., (s.f). Salud Sexual y Reproductiva. Programa de Formación de Formadores/as en perspectiva de Género y Salud. Recuperado el 1 diciembre 2013, desde <http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-340%232E%23pdf>

Mazario I., Mazario A. & Horta M. (s.f). El trabajo Grupal y las técnicas participativas. Recuperado el 10 diciembre 2013, desde <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/libros/index/assoc/HASH0173/c26d62c2.dir/doc.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2005). Normas Nacionales sobre Regulación de Fecundidad. Santiago: Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2012 a). Chile crece Contigo. Indicador 06 - Gestantes que ingresan a taller en la maternidad. Recuperado el 08 de octubre, 2012, desde <http://chccsalud.cl/indicadores/chcc/consultas/view/514>

Ministerio de Salud de Chile (2012 b). Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, 2010. Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Recuperado el 6 de noviembre, 2012, desde <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2012 c). Nuevo catálogo de prestaciones Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Santiago de Chile. Recuperado el 06 de noviembre, 2012, desde

<http://www.crececontigo.gob.cl/2011/novedades/nuevo-catalogo-de-prestaciones-programa-de-apoyo-al-desarrollo-biopsicosocial/>

Ministerio de Salud de Chile, (2013). Situación embarazo adolescente en Chile. Santiago .Gobierno de Chile. Recuperado el 10 diciembre 2013, desde <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7dfe040010164010db3.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina, (2001). El Cuidado Prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Recuperado el 10 diciembre 2013, desde <http://www.ossyr.org.ar/pdf/gpc/1.pdf>

Montoya-Aguilar C., (2007). Cuadernos Medico Sociales. Colegio Médico de Chile. Recuperado el 10 diciembre 2013, desde [http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/47\\_2.pdf](http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/47_2.pdf)

Moreno, E. & Gil J., (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International journal of psychology and pschological therapy*. 3 (1). Recuperado el 22 noviembre 2013, desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=664629>

Mortis, S., Rosas R. & Chaires E., (s.f.). *Paradigma de Investigación Cuantitativa*. Instituto de Tecnológico de Sonora. Ciudad de Sonora México. Recuperado el 2 de diciembre, 2012, desde [http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa3/paradigmas\\_investigacion\\_cuantitativa/p11.htm](http://biblioteca.itson.mx/oa/educacion/oa3/paradigmas_investigacion_cuantitativa/p11.htm)

Naciones Unidas. (1999). Asamblea general, Solicitud de inclusión de un tema en el programa provisional del quincuagésimo cuarto período de sesiones, (carta de Conmemoración del décimo aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño A/54/141.) Recuperado el 07 de noviembre, 2012, desde <http://www.un.org/spanish/aboutun/organs/ga/54/a54141.pdf>

Navarro, Y. & Castro, M., (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería global Revista electrónica semestral de enfermería*. 19, p 1-14. Recuperado el 15 de noviembre, desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3265754>

Organización Mundial de Asociaciones de Educación Prenatal, (2013). Historique de Organisation Mondiale des Associations Pour l'Éducation Périnatale – OMAEP. Recuperado el 10 de noviembre, 2013 desde <http://www.omaep.com/historique/>

Organización Mundial de la Salud, (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Recuperado el 10 de noviembre, 2013 desde <http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/oms/Principios%20OMS%20cuidado%20perinatal.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2000). Salud sexual y reproductiva. Obtenido el 30 de octubre del 2013 desde: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.htm>.  
Pérez, M., Echauri, M., Ancizu, E. & Chocarro, J. (2006).

Pineda, E. & Alvarado, E. (2008). Metodología de la Investigación 3º edición. Obtenido el 30 de Noviembre del 2012 desde: <http://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/metodologc3ada-de-la-inv-capc3adtulo-1.pdf>

Pizarro E. & Rivera M., (2003). La familia como problemática de atención de salud primaria. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Universidad Austral de Chile. Recuperado el 10 diciembre 2013, desde [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20del%20Mar%202003/familia como problematica de salud.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20del%20Mar%202003/familia%20como%20problematica%20de%20salud.pdf)

Quiñonez, M. & Cabrera, N. (2012). La estimulación prenatal: jugando con la lectura a través de la técnica auditiva para las madres gestantes de la Vereda Carmen bajo del municipio de la montaña y de la ciudad de Florencia Caquetá. Universidad de la Amazonia. (s. f). Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de educación a distancia Licenciatura en Pedagogía Infantil. Florencia Caquetá. Recuperado el 03 de diciembre 2012 desde <http://edudistancia2001.wikispaces.com/file/view/LA+ESTIMULACI%3%93N+PRENATAL+JUGANDO+CON+LA+LECTURA+A+TRAV%3%89S+DE+LA+T%3%89CNI>

[CA+AUDITIVA+PARA+LAS+MADRES+GESTANTES+DE+LA+VEREDA+CARME  
N+BAJO+DEL+MUNICIPIO+DE+LA+MONTA%C3%91ITA+Y+DE+LA+CIUDAD+  
DE+FLORENCIA+CAQUET%C3%81.pdf](#)

Registro Estadísticos Mensuales (REM), CESFAM P. Pablo Araya (2013). Estadísticas Servicio de Salud Osorno, Sub departamento de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Disponible en <http://estadisticas.ssosorno.cl/>

Reportes estadísticos comunales. (2012). Indicadores demográficos. Obtenido el 15 de noviembre del 2012 desde: [http://reportescomunales.bcn.cl/2012/index.php/R%C3%ADo\\_Negro#Poblaci.C3.B3n\\_tot\\_al\\_2002\\_y\\_proyectada\\_2012\\_INE](http://reportescomunales.bcn.cl/2012/index.php/R%C3%ADo_Negro#Poblaci.C3.B3n_tot_al_2002_y_proyectada_2012_INE)

Riquelme, M (2012). Metodología de educación para la salud. *Revista pediatría atención primaria de la asociación española de pediatría de atención primaria*. 21. 77-82. Recuperado el 2 de diciembre, 2012, desde [http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/IXus5l\\_LjPqIUW3MgBYqUPGxc2yAfAjg](http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/IXus5l_LjPqIUW3MgBYqUPGxc2yAfAjg)

Rizzotti, A. & Mercer, R. (s.f.). El concepto de salud. Evolución histórica. Acepciones actuales. (Parte 1, módulo 1). Programa de salud pública y comunitaria CIIE Y FLACSO-Argentina. Recuperado el 1 diciembre, 2012, desde <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf>

Rodríguez, L. & Vélez, X., (s.f.). Manual de Estimulación en Útero dirigido a gestantes. Quito, Ecuador. 41-42. Recuperado el 29 de noviembre, 2012, desde <http://www.uazuay.edu.ec/bibliotecas/estimulacion/manualestimulacion.pdf>

Rojas, A., Pérez, S., Lluch, A. & Cabrera, M., (2009). Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Revista Cubana de Enfermería*. 25, p 3-4. Recuperado el 15 de noviembre, desde: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192009000200002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192009000200002&script=sci_arttext&tlng=pt)

Roldan, J. (2011). Estudio Métrico de la escala de requisitos, (ERA) basado en la teoría de D. Orem: Obtenido el 12 de noviembre desde: [http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/38012/JFRM\\_TESIS.pdf;jsessionid=1EE62BF8F4AC2422DFE41D2FE48A5F18.tdx2?sequence=1](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/38012/JFRM_TESIS.pdf;jsessionid=1EE62BF8F4AC2422DFE41D2FE48A5F18.tdx2?sequence=1)

Schiappacasse, V., Vidal, P., Casas, L., Dides, C. & Díaz, S. (2003). Chile: Situación de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos. Santiago – Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS) Santiago – Chile. Disponible en [http://www.icmer.org/documentos/salud\\_y\\_derechos\\_sex\\_y\\_rep/chile\\_situac\\_salud\\_y\\_der\\_sex\\_y\\_rep.pdf](http://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/chile_situac_salud_y_der_sex_y_rep.pdf)

Servicio de Salud Osorno. (2013). Registro Estadísticos Mensuales, Estadísticas CESFAM P. Pablo Araya. Sub departamento de Planificación Sanitaria. Recuperado el 13 de octubre del 2013, Disponible en: <http://estadisticas.ssosorno.cl/>

Seoane L, (2002). La promoción de la salud en el medio rural, necesidades y demandas expresadas por las mujeres. Documentos técnicos de salud pública. Instituto Salud Pública. Recuperado el 10 diciembre 2013, desde <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D39+La+promoci%C3%B3n+de+la+salud+en+el+medio+rural.+Necesidades+y+demandas+expresadas+por+las+mujeres.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779048742&ssbinary=true>

Sharon, P. (2008). Componentes y cronología de la asistencia prenatal. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica. [Versión Electrónica]. *Obstet Gynecol Clin N Am* 339–353. Recuperado el 8 de noviembre, 2012, desde <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/502/502v35n03a13136990pdf001.pdf>

Silva, V. & Molina, H. (2010). Cuatro años creciendo juntos: memoria de la instalación del sistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo 2006-2010. Santiago de Chile: MIDEPLAN – MINSAL. Recuperado el 29 de Septiembre, 2012, desde <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/03/Memoria-Chile-Crece-Contigo.pdf>

Sotero G., Sosa C., Domínguez A., Alonso J. & Medina R., (2006). El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. *Revista Médica del Uruguay*. 22(1). Recuperado el 10 diciembre 2013. Disponible en [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-32952006000100009](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952006000100009)

Tobón, O. (s.f.). El Autocuidado una habilidad para vivir. Departamento de Salud Pública, Universidad de Caldas. Recuperado el 5 noviembre, 2012, desde [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf)

UNESCO, (1997) Educación para la salud. Promoción y educación para la salud. Hamburgo: Instituto de la UNESCO para la educación. Recuperado el 2 de diciembre, 2012, desde [http://www.unesco.org/pv\\_obj\\_cache/pv\\_obj\\_id\\_066C663C6406DC308A67F4675D37147E7FE60100/filename/6b\\_span.pdf](http://www.unesco.org/pv_obj_cache/pv_obj_id_066C663C6406DC308A67F4675D37147E7FE60100/filename/6b_span.pdf)

UNICEF. (2008). Convención sobre los derechos del niño. 1946-2006 unidos por la infancia. *UNICEF España*. Recuperado el 10 de noviembre, 2012, desde [http://dds.cepal.org/infancia/guiaparaestimarlapobrezainfantil/bibliografia/introduccion/Naciones%20Unidas%20\(1989\)%20Convencion%20sobre%20los%20Derechos%20del%20Nino.pdf](http://dds.cepal.org/infancia/guiaparaestimarlapobrezainfantil/bibliografia/introduccion/Naciones%20Unidas%20(1989)%20Convencion%20sobre%20los%20Derechos%20del%20Nino.pdf)

UNICEF. (2012). Convención sobre los Derechos del Niño. Comprender la Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado el 8 de noviembre, 2012, desde [http://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_understanding.html](http://www.unicef.org/spanish/crc/index_understanding.html)

UNICEF. (s.f.). Desarrollo Integral Infantil. Supervivencia y desarrollo infantil. Recuperado el 6 noviembre del 2012, desde [http://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_4368.htm](http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_4368.htm)

Universidad de los lagos (ULA). (2011). Actualización Plan De Desarrollo Comunal Pladeco - Comuna De Purránque. Obtenido el 13 de septiembre del 2013 desde: [http://www.purranque.cl/panel\\_administracion\\_256598/archivos/1342013461.pladeco.pdf](http://www.purranque.cl/panel_administracion_256598/archivos/1342013461.pladeco.pdf)

Vegas, E., Cerdán-Infantes, P., Dunkelberg, E. & Molina, E. (2006). Evidencia Internacional sobre políticas de la primera infancia que estimulen el desarrollo infantil y faciliten la inserción laboral femenina. p. 1-9. Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay

Recuperado el 30 de septiembre, 2012, desde <http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/12/EvidenciaInternacionalsobrePol%C3%ADticas-de-la-Primera-Infancia-que-Estimulen-el-Desarrollo-Infantil-y-FacilitenlaInserci%C3%B3n-Laboral-Femenina.pdf>

Villacorta, E. (2004). *Niño por Nacer*. Ministerio de Salud del Perú. Recuperado el 8 octubre del 2012, desde: <http://www.minsa.gob.pe/portalminsa/efemerides/ninopornacer/npn3.htm>

Williams, L. (s.f.). Entendiendo el proceso de cambio/el ciclo de cambio. (Módulo 3: las etapas del cambio). Curriculum (de la NRCFCPP) para la planificación concurrente. Recuperado el 3 diciembre, 2012, desde: [http://www.hunter.cuny.edu/socwork/nrcfcpp/downloads/cpp/spanish/modulo\\_3-las-etapas-de-cambio.pdf](http://www.hunter.cuny.edu/socwork/nrcfcpp/downloads/cpp/spanish/modulo_3-las-etapas-de-cambio.pdf)



## **7. ANEXOS**

ANEXO 1  
INSTRUMENTO



## Talleres Prenatales Chile Crece Contigo



En esta sección el Profesional o Investigador a cargo de la encuesta, procederá según consentimiento de la usuaria a extraer de su ficha y/o carnet maternal la información necesaria para caracterizar a ésta, según las variables de estudio. Datos no factibles de ser ubicados en la ficha podrán ser obtenidos a partir de la información entregada por la misma usuaria.

ANTECEDENTES GENERALES							
EDAD:		TRAMO FONASA:		SEXO:		PROCEDENCIA:	
		A		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural	
		B					
		C					
		D					
ESTADO CIVIL:							
<input type="radio"/> Soltera sin/Pareja		<input type="radio"/> Soltera c /Pareja		<input type="radio"/> Conviviente		<input type="radio"/> Casada	
				<input type="radio"/> Separada		<input type="radio"/> Viuda	
RELACION DE PAREJA:							
<input type="radio"/> Sin pareja estable		<input type="radio"/> Relación menor a 1 año		<input type="radio"/> Relación entre 1 y 4 años		<input type="radio"/> Relación mayor a 5 años	
¿CON QUIEN VIVE USTED?							
Papa		Hermana		Abuelo		Sobrino	
Mama		Hermano		Abuela		Hermanastra	
Hijo		Tío		Pareja		Hermanastro	
Hija		Tía		Sobrino			
ESCOLARIDAD:							
<input type="radio"/> Básica		<input type="radio"/> Media		<input type="radio"/> Superior (Universitaria o Técnico)			
Último curso Aprobado →		<input type="text"/>					
¿A QUE SE DEDICA?							

<b>INGRESO ECONOMICO TOTAL DEL HOGAR: (VALOR APROXIMADO)</b>
<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>
¿Cuántas semanas de embarazo tiene usted?
¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando ingreso a control?
¿Cuántos hijos tiene? (No considere embarazo actual)
¿Tenía usted alguna enfermedad antes de embarazarse?, (mencione)
¿Tiene alguna enfermedad que apareció durante el embarazo?, (mencione)



**¡POR QUE SU OPINIÓN... NOS IMPORTA!**



#### MAMITA:

Te invitamos a responder la siguiente encuesta, acerca de los talleres prenatales del Chile crece contigo impartidos en su Consultorio. Solicitamos que sus respuestas sean lo más honestas posibles, ya que, estas permitirán mejorar ciertos aspectos de dichos talleres.

#### INSTRUCCIONES:

¿Cómo contestar? Muy simple, solo debe marcar con una **X** aquella afirmación con la cual usted más se identifique. Recuerde sus respuestas serán absolutamente confidenciales.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de Acuerdo
<b>CARACTERÍSTICAS DEL TALLER PRENATAL CHILE CRECE CONTIGO</b>					
Un taller al mes es suficiente para comprender el proceso del embarazo, parto y crianza.					
Considero que la duración de los talleres (60 minutos aproximadamente) es adecuada					
Los horarios en los cuales se realizan los distintos talleres me permiten asistir sin problemas					
Me gustaría que los talleres prenatales se realizaran en lugares externos al consultorio (Plazas, sedes vecinales, etc.)					
Creo que la sala donde se realizan los talleres, cuenta con el espacio suficiente para realizar diferentes actividades como, ejercicios físicos y de relajación, charlas, etc.					
<b>CONTENIDO Y MATERIAL DE APOYO DE LOS TALLERES</b>					
Considero que debería realizarse un taller cuyo contenido sea exclusivo para padres, para que se sientan motivados de asistir					

Creo que los talleres prenatales son beneficiosos tanto para mí como para mi bebe					
Creo que los talleres son útiles, ya que aprendo cosas nuevas, lo que hace que me sienta preparada para ser madre					
Creo que la información entregada en los talleres es sencilla y fácil de comprender.					
Considero que la cantidad de material de apoyo a los talleres (folletos, libros, CD) es suficientes para entender el contenido del taller.					
<b>METODOLOGIA DE LOS TALLERES /PROFESIONAL A CARGO</b>					
Aquellos talleres donde se hacen actividades físicas como ejercicios, me resultan más interesantes que los demás					
Me gusta que los talleres se realicen con otras embarazadas porque así aprendo de sus experiencias					
Creo que los talleres deberían incluir más actividades innovadoras, entretenidas (Sesiones de reiki/yoga, etc.)					
El Profesional a cargo del taller (Matrón (a)/ kinesiólogo(a)/ Nutricionista, realiza actividades entretenidas que me motivan a participar					
El Profesional a cargo del taller (Matrón (a)/ kinesiólogo(a)/ Nutricionista, entrega información fácil de entender					



**¿Qué actividades les gustaría hacer durante los talleres prenatales?**



**¿Cuál es la importancia que talleres?**



**tienen para usted estos**



**Poca Importancia**

**Moderada Importancia**

**Mucha Importancia**



**Muchas Gracias por participar**  
**Sus respuestas serán de gran ayuda**

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información al participante:

Usted está siendo invitado(a) a participar de un proyecto que tiene por finalidad Analizar los factores que condicionan el nivel de asistencia de las usuarias gestantes a los talleres prenatales del programa CHCC en las comunas de Purranque y Río Negro 2013.

Todos los invitados(as) son seleccionados a partir de su asistencia al centro de salud. Esto significa que no tenemos datos privados suyos que hayamos obtenido por medio del centro de salud en el cual se atiende.

En caso de aceptar, su participación específica consistirá en contestar una encuesta y permitir obtener algunos datos de su ficha clínica, para ello se le solicitará firmar un acta de consentimiento. En caso de requerir más información sobre la finalidad de este proyecto, usted puede solicitarla a los investigadores antes de participar, incluso aunque después decida arrepentirse.

Si decidiera no aceptar participar del estudio, no necesita dar ningún tipo de explicaciones, tampoco significará alguna sanción o problemas administrativos en el centro asistencial donde se atiende, su participación es absolutamente voluntaria y ninguna decisión relacionada con su salud u otros aspectos de su vida dependerán de que Ud. acepte o rechace participar. En caso de que acepte, esto no tiene costo para usted ni significarán gastos asociados.

Los datos que usted proporcione son absolutamente confidenciales, de manera que sólo tendrán acceso a ellos los investigadores, y únicamente para los fines del estudio. Por lo tanto, su nombre u otros datos que permitan identificarle no aparecerán en los informes escritos que se realicen de este estudio.

Para su tranquilidad el equipo de investigadores se compromete a eliminar todo registro en que aparezcan sus datos personales y guardarlos solo con una clave. Muchas gracias por la información que pueda proporcionar, si desea ampliar la información que se le ha brindado puede consultar a los investigadores del proyecto Marcelo Mödinger Rivas, Francisca Soto y Claudio Navarro al fono 65860197. Si tiene dudas o inquietudes respecto al proyecto y que no fueron respondidas a su satisfacción por los investigadores puede consultar a la Dra. Ginette Grandjean, presidenta del Comité Científico del Servicio de Salud de Valdivia al fono 063-281784.

Por lo anterior, declaro que el equipo investigador, me ha explicado en forma clara su proyecto de investigación y que su objetivo es Analizar los factores que condicionan el nivel de asistencia de las usuarias gestantes a los talleres prenatales del programa CHCC, en las comunas de Purranque y Río Negro 2013.

Entiendo que mi participación consistirá en contestar una encuesta y permitir obtener algunos datos de su ficha clínica, sin costo para mí.

Ofrezco los datos aportados participando de manera libre, sin ser obligado(a), a cambio de obtener la retribución del resguardo de mi identificación individual en todo momento, por lo que se me ha informado que los archivos de los datos serán identificados con una clave para su uso en distintos momentos del estudio, a los que sólo tendrán acceso los responsables del proyecto.

También declaro haber sido informado de que, en este acto libre y consciente, puedo retirarme en cualquier momento de la investigación, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique algún perjuicio para mí.

De acuerdo a todo lo anterior yo:

Decido participar voluntariamente. \_\_\_\_\_ Rechazo participar voluntariamente.

\_\_\_\_\_

Nombre, RUT y firma del o de la invitada a participar del estudio.

## ANEXO 3

## CARTA COMITÉ DE ETICA SERVICIO DE SALUD VALDIVIA



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA  
Comité Ética de Investigación

ORD.: N° 179

ANT.: Carta 06.06.2013

MAT.: Informa

Valdivia, 05, Julio, 2013

DE: PRESIDENTE COMITE ETICA DE INVESTIGACION  
Dra. Ginette Grandjean Obando

A: INVESTIGADOR PRINCIPAL  
Sra. Myriam Márquez Manzano  
Instituto de Salud Sexual y Reproductiva UACH

En respuesta a documento del antecedente, enviado para evaluación del proyecto titulado "Factores que condicionan la asistencia de gestantes a los talleres prenatales del programa Chile Crece Contigo, en una localidad rural del sur de Chile". Informo a usted, que en reunión del día 03 de julio del presente año, este comité autorizo dicho proyecto de investigación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



  
DRA. GINETTE GRANDJEAN OBANDO  
PRESIDENTE COMITÉ ETICA DE INVESTIGACION  
SERVICIO SALUD VALDIVIA

Dra. GGO/fam/C/C.:  
- Archivo CEI.  
- Archivo carpeta.



**ANEXO 4****CARTA DE SOLICITUD INICIO DE PROCESO INVESTIGATIVO CESFAM  
PURRANQUE Y RIO BUENO**

**DE:** Yohana Beltrán Herrera profesora Patrocinante.

**A:** Directora CESFAM Purranque: Soledad Martino, Matrona.

Directora CESFAM Rio Negro: Alicia Villar, Matrona.

La investigación en salud es un área fundamental del quehacer profesional del Matrón/Matrona, cuyo propósito es contribuir al conocimiento de materias relativas a la Salud Sexual y Reproductiva. Es por esto que a través de la presente carta, solicito a usted, autorización para dar inicio al proceso investigativo, centrado en el estudio de los factores que condicionan la asistencia de gestantes a los talleres prenatales del Programa Chile Crece contigo, en las localidades de Purranque y rio Negro, 2013.

Toda investigación científica debe asegurar principios éticos fundamentales, asegurando el no menoscabo de la integridad de las usuarias y familias participantes del estudio, para ello la presente investigación cuenta con el respaldo del comité de ética del Servicio de Salud Valdivia. Respecto a los resultados obtenidos a partir de este estudio, serán de público conocimiento al finalizar dicho proceso, esperando que sus resultados sean útiles en la creación de estrategias para incrementar la asistencia a los talleres del Programa del Chile crece contigo.

Sin otro particular se despide

Atentamente

Profesora, Matrona Yohana Beltrán Herrera. Instituto Salud Sexual y Reproductiva  
Universidad Austral de Chile.