



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**ESTILOS DE VIDA DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONTROL
PRENATAL, EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE “VICTORIA DEL
PORTETE” CUENCA, 2013**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA.**

**AUTORAS: SONIA FERNANDA GARCÍA GÓMEZ
MARTHA NOEMÍ GONZÁLEZ VICUÑA
MARÍA ISABEL GUALLPA MARÍN**

DIRECTORA: MGT. ADRIANA ELIZABETH VERDUGO SÁNCHEZ

ASESORA: LCDA. BERTHA SORAYA MONTAÑO PERALTA

**CUENCA – ECUADOR
2013**

RESUMEN

Objetivo: la presente investigación determinó los estilos de vida de las embarazadas que acudieron a control prenatal en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete en el año 2013.

Material y Métodos: es un estudio descriptivo de corte transversal, se trabajó con un universo infinito, el marco muestral estuvo constituido por 52 embarazadas que acudieron al control prenatal en los meses de febrero, marzo y abril del año 2013, manifestando su deseo de participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado. Las técnicas utilizadas fueron la observación directa y la aplicación de encuestas a las gestantes sobre estilos de vida; como instrumentos utilizamos un formulario elaborado por las autoras, los datos obtenidos fueron procesados y analizados en Microsoft Word, Microsoft Excel y SPSS.

Resultados: 37 gestantes se alimentan 3 veces por día; 41 en su tiempo libre caminan; 25 duermen de 8 a 10 horas; 9 son fumadoras pasivas; 47 no utilizaron métodos anticonceptivos; 26 tienen de 1 a 2 hijos; 47 partos fueron atendidos en el hogar; 17 tienen de 24 a 29 años; 22 viven en unión libre; 35 tienen instrucción primaria y 22 son amas de casa.

Conclusión: esta investigación es importante porque se han detectado factores protectores (alimentación) y factores de riesgo (partos atendidos en el hogar), lo que permitirá en un futuro a la Unidad de Salud emprender acciones que vayan en beneficio de las usuarias.

DeCS: ESTILO DE VIDA; MUJERES EMBARAZADAS; ESTUDIOS TRANSVERSALES; SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA; CENTROS DE SALUD; CUENCA-ECUADOR.



ABSTRACT

Objective: this investigation determined the lifestyles of pregnant women attending antenatal care at Victoria del Portete Health of Subcentre of 2013.

Material and Methods: this is a descriptive cross-sectional study, we worked with an infinite universe, the sampling frame consisted of 52 pregnant women attending antenatal care in the months of february, march and april of 2013, expressing their desire to participate in research and signed informed consent. The techniques used were direct observation and the use of surveys to pregnant women about lifestyles, as instruments we use a form developed by the authors, the data were processed and analyzed in Microsoft Word, Microsoft Excel and SPSS.

Results: 37 pregnant are fed 3 times per day, 41 in their free time walk, 25 sleep of 8-10 hours, 9 are passive smokers, 47 did not use contraceptives, 26 have of 1-2 children, 47 deliveries were attended in home, 17 are of 24-29 years, 22 cohabiting, 35 are elementary and 22 are housewives.

Conclusion: this research is important because protective factors were detected (power) and risk factors (home deliveries), which will allow in the future to the Health Unit action to the benefit of users

DeCS: LIFE STYLE; PREGNANT WOMEN; CROSS-SECTIONAL STUDIES; COMMUNITY HEALTH SERVICES; HEALTH CENTERS; CUENCA-ECUADOR.



ÌNDICE

RESUMEN	2
DEDICATORIA	16
AGRADECIMIENTO	19
CAPÍTULO I	21
INTRODUCCIÓN.....	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
JUSTIFICACIÓN	25
CAPÍTULO II	27
MARCO TEÓRICO	27
ESTILOS DE VIDA.....	27
EL BUEN VIVIR.....	31
EL BUEN VIVIR EN LA CONSTITUCIÓN 2008	32
TEORÍA DE LA SALUD SEGÙN LA OMS.....	40
TEORÍA DE LA TRÍADA ECOLÓGICA	41
ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL MARCO JURÍDICO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR	42
EMBARAZO	44
CONTROL PRENATAL.....	52
ESTILOS DE VIDA DE LA GESTANTE	58
DERECHOS LEGALES DE LA EMBARAZADA.....	80
INTERCULTURALIDAD DEL PARTO.....	82
CAPÍTULO III	88
MARCO REFERENCIAL	88
Fecha de Parroquialización.....	88
Delimitación Política	88
Actividades	89
Historia del Subcentro de Salud	90
Condiciones de la institución	91
Programas que se desarrollan	91
Misión	92



Visión.....	92
Recursos humanos de la institución.....	92
Descripción de la planta física.....	93
Distribución de las comunidades por EBAS	93
CAPÍTULO IV	95
OBJETIVOS	95
Objetivo general	95
Objetivos específicos:	95
CAPÍTULO V	96
DISEÑO METODOLÓGICO	96
Tipo de investigación.....	96
Método	96
Universo	96
Muestra	96
Técnicas.....	97
Instrumento	97
Procesamiento de la información	97
Variables de estudio.....	97
Descripción de términos para la presente investigación	99
Criterios de inclusión	99
Criterios de exclusión	100
Procedimientos para garantizar los aspectos éticos	100
CAPÍTULO VI	101
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	101
Tabla N° 1. Número de comidas al día de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	101
Tabla N° 2. Consumo por semana de los diferentes grupos alimenticios de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	102
Tabla N° 3. Consumo de vitaminas de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	103



Tabla N° 4. Actividad en el tiempo libre y frecuencia por semana que realizan 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	104
Tabla N° 5. Actividad en el tiempo de descanso que realizan 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	105
Tabla N° 6. Horas de sueño y actividad que realizan antes de dormir 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	106
Tabla N° 7. Horas de sueño y sustancias que ingieren antes de dormir 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	107
Tabla N° 8. Frecuencia del baño de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	108
Tabla N° 9. Consumo de alcohol y tabaco dentro de su hogar de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete.	109
Tabla N° 10. Frecuencia del consumo de tabaco de los miembros de la familia en 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	110
Tabla N° 11. Inicio de menarca y telarca de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	111
Tabla N° 12. Menarca y edad de la primera relación sexual de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	112
Tabla N° 13. Edad de la primera relación sexual y número de parejas sexuales de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	113
Tabla N° 14. Número de embarazos y abortos anteriores de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	114



Tabla N° 15. Tipo de partos anteriores de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	115
Tabla N° 16. Número de partos anteriores de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	116
Tabla N° 17. Lugar de partos anteriores de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	117
Tabla N° 18. Número de hijos vivos por sexo de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	118
Tabla N° 19. Número de hijos por gestante de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	119
Tabla N° 20. Embarazo planificado, utilización de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	120
Tabla N° 21. Edad gestacional del primer control prenatal de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	121
Tabla N° 22. Edad y estado civil de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	122
Tabla N° 23. Edad y grado de instrucción de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	123
Tabla N° 24. Edad y número de embarazos anteriores de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	124
Tabla N° 25. Edad y número de parejas sexuales de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	125
Tabla N° 26. Estado civil y religión de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	126
Tabla N° 27. Grado de instrucción y ocupación actual de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	127



Tabla N° 28. Grado de instrucción y métodos anticonceptivos de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	128
Tabla N° 29. Grupo étnico de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	129
Tabla N° 30. Religión y uso de métodos anticonceptivos de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	130
Tabla N° 31. Equipo Básico de Salud (EBAS) con que cuenta el Subcentro de Salud de Victoria del Portete Sector para la atención de 52 gestantes. Cuenca, 2013.....	131
Tabla N° 32. Relación entre el tiempo y medio de transporte que utilizan las 52 gestantes para llegar al Subcentro de salud Victoria de Portete Cuenca, 2013.....	132
Tabla N° 33. Edad gestacional y medio de transporte que utilizan 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	133
Tabla N° 34. Ocupación antes y durante la gestación de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	134
Tabla N° 35. Número de integrantes de la familia de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	135
Tabla N° 36. Integrantes de la familia de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	136
Tabla N° 37. Tipo de familia de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	137
Tabla N° 38. Antecedentes patológicos familiares y personales de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.....	138
Tabla N° 39. Grupo sanguíneo de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013	139



Tabla N° 40. Tenencia de la vivienda de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	140
Tabla N° 41. Material de construcción de la vivienda de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	141
Tabla N° 42. Espacios y servicios básicos que poseen la vivienda de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	142
Tabla N° 43. Ingresos económicos de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	143
Tabla N° 44. Economía familiar de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	144
Tabla N° 45. Otros ingresos económicos de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.	145
CONCLUSIONES	146
RECOMENDACIONES.....	150
BIBLIOGRAFÍA	151
ANEXOS.....	157
Anexo N°1. Consentimiento informado.....	157
Anexo N°2. Asentimiento informado para las gestantes.....	158
Anexo N°3. Encuesta.....	159
Anexo N°4. Operacionalización de variables.....	167
Anexo N°5. Tablas de resultados	184



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, **Sonia Fernanda García Gómez**, autor de la tesis "**Estilos de Vida de las embarazadas que acuden a control prenatal, en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete Cuenca, 2013**", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de **Licenciada en Enfermería**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 04, Septiembre del 2013

Sonia Fernanda García Gómez.

010321133-0

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, **Martha Noemí González Vicuña**, autor de la tesis "**Estilos de Vida de las embarazadas que acuden a control prenatal, en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete Cuenca, 2013**", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de **Licenciada en Enfermería**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 04, Septiembre del 2013

Martha Noemí González Vicuña.

030217902-3

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, **María Isabel Gualpa Marín**, autor de la tesis "**Estilos de Vida de las embarazadas que acuden a control prenatal, en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete Cuenca, 2013**", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de **Licenciada en Enfermería**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 04, Septiembre del 2013

María Isabel Gualpa Marín.

030249303-6

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, **Sonia Fernanda García Gómez**, autor de la tesis "**Estilos de Vida de las embarazadas que acuden a control prenatal, en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete Cuenca, 2013**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04, Septiembre del 2013

Sonia Fernanda García Gómez.

010321133-0

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, **Martha Noemí González Vicuña**, autor de la tesis "**Estilos de Vida de las embarazadas que acuden a control prenatal, en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete Cuenca, 2013**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04, Septiembre del 2013

Martha Noemí González Vicuña.

030217902-3

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, **María Isabel Gualpa Marín**, autor de la tesis "**Estilos de Vida de las embarazadas que acuden a control prenatal, en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete Cuenca, 2013**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04, Septiembre del 2013

María Isabel Gualpa Marín.

030249303-6

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



DEDICATORIA

El esfuerzo y la dedicación de la presente investigación se los dedico a Dios Todo poderoso, a la memoria de mis padres, a mi hermana Bertha, a Luis Alejandro, a mis hijos Jessica y Luis, quienes a más de ser mi apoyo son la fuente de mi inspiración para la consecución de mis metas personales y profesionales, que con su ejemplo y apoyo incondicional destellaron el sendero de mi vida.

Sonia García Gómez



DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A mi madre Carmelina Vicuña, a mis hermanos y mis primos Jacinto Calle y Sonia Urgilés por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Martha González Vicuña



DEDICATORIA

Este trabajo investigativo que con sacrificio y dedicación culminó con éxito, va dedicado a Dios quien ha guiado mis acciones y me ha motivado positivamente en todo momento.

A mi familia, de manera especial a mis padres Juan y Piedad, mis hermanos Pablo Javier y Juan Diego por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo, y a todas las personas que directa o indirectamente me ayudaron en el desarrollo y culminación de este presente trabajo.

Ma. Isabel Gualpa Marín



AGRADECIMIENTO

El desarrollo de esta tesis se hizo posible por la colaboración y aportes de algunas personas que invirtieron tiempo, esfuerzo, conocimientos y creatividad. En primer lugar a Dios por ser quien nos ha guiado en nuestras acciones y de manera muy especial deseamos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a:

La Licenciada Adriana Verdugo Sánchez, Directora Académica, excelente profesional, maestra y amiga por haber orientado y apoyado en la aplicación de la metodología necesaria y requerida para el desarrollo de este estudio, siendo el pilar fundamental para la culminación de la misma.

La Licenciada Soraya Montano, asesora, quien con todos sus conocimientos y dedicación, realizó las sugerencias y recomendaciones acertadas que permitieron el desarrollo y conclusión exitosa del presente trabajo.

La Universidad de Cuenca, prestigiosa institución la cual nos abrió sus puertas para prepararnos, para ser unos profesionales y así forjarnos como personas de bien; para poder desarrollarnos en este ámbito tan competitivo como es la enfermería. Como también a cada una de los docentes de la universidad, quienes nos han guiado y transmitido sus sabios conocimientos.



Al Subcentro de Salud de la Victoria del Portete de manera especial al Dr. Freddy Campoverde y a todo el personal, con quienes hemos compartido día a día nuevas experiencias y conocimientos y por la colaboración prestada en todo momento, para el estudio y desarrollo de este trabajo.

Un agradecimiento efusivo a las señoras gestantes por su colaboración y participación en nuestra investigación.

Las Autoras



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Según, Lola Rovati, se denomina “embarazo, gestación, preñez o gravidez, al período que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto, se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula, huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación”¹.

El embarazo no es solo convertirse en madre, es una etapa sagrada en la vida, una responsabilidad que todas las mujeres debemos asumir de forma consciente pues en nuestro interior se está formando otro ser humano, alguien que debe crecer con todas las posibilidades para desarrollarse en esta vida. Y la primera posibilidad se la entrega su madre cuando está en el vientre por lo que es importante que sea tratado con cuidado y respeto.

Durante el embarazo, la mujer debe recibir atención de salud médica, que incluye controles regulares, a estas acciones se le denomina atención prenatal (APN), que es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación. Dicho control debe ser completo, integral, periódico, en un ambiente tranquilo y acogedor debiendo ser realizado por un profesional de la salud que conozca la evolución normal del embarazo y que esté en capacidad de prevenir complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo.

La Organización Panamericana de la Salud reconoce los estilos de vida como un conjunto de factores protectores (benéficos para la salud) y factores

¹ Lola Rovati, disponible en: <http://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-el-embarazo>
citado: 07/11/2012



de riesgo (nocivos para la salud), tales como: alcohol, drogas, consumo de tabaco, actividad física excesiva, régimen alimentario indebido y estrés: los cuales pueden influir de una forma negativa cuantificable sobre la salud individual, así como, sobre la totalidad de la población.

Son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de la población que llevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida, a ello se suman los hábitos y costumbres tanto pre y trans gestacional que influirán y determinarán el estado de salud de los individuos.

A partir de lo mencionado anteriormente se considera que el conocer los estilos de vida de las gestantes influirá y determinará el proceso salud enfermedad del nuevo ser y de la propia gestante.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Victoria del Portete, es una Parroquia rural que tiene 5.251 habitantes, de ellos 2.860 son mujeres que representan el 54,46% del total de su población. La actividad laboral de la mujer se centra en trabajos fuera del hogar, como son: ganadería, agricultura, transporte de leña, hierba y los quehaceres domésticos, siendo éstos la principal fuente de ingresos, todas estas labores las ejecuta con el fin de aportar económicamente al hogar por medio de la producción y comercialización de los mismos.

Victoria del Portete cuenta con recursos naturales y humanos (grandes haciendas) que se han constituido en un atractivo para las personas que acuden de distintos lugares en busca de trabajo.

La población femenina de esta zona no posee un nivel de instrucción primaria y secundaria debido a la creencia de sus padres de que *“el estudio no es provechoso para la mujer”* considerándola únicamente para el cuidado del hogar. También se ha observado matrimonios a tempranas edades con embarazos precoces y períodos intergenésicos cortos, alterando de esta manera los estilos de vida de la gestante y la de su familia.

Por otra parte se ha constatado que la gestante no está exenta de realizar labores extenuantes, situación que dificulta su asistencia periódica al control prenatal.

Con la presente investigación pretendemos identificar los estilos de vida de las gestantes de Victoria del Portete, las labores que desempeñan diariamente y su influencia en los cambios fisiológicos normales que se dan en el embarazo.

Por lo anterior expuesto y al no haber estudios realizados en este sector sobre estilos de vida en las gestantes, vemos la necesidad de realizar la



investigación que nos aportara datos valiosos que ayudan a la implementación de programas educativos y salud dirigidas a este importante grupo de mujeres de la comunidad.

JUSTIFICACIÓN

El estilo de vida durante el embarazo puede tener efectos duraderos sobre la salud de la madre y el feto; un estudio Holandés halló que las mujeres que fumaban, tenían presión arterial alta, bajos niveles de ácido fólico al principio del embarazo y sus fetos eran más pequeños en el primer trimestre de embarazo así como también tenían un mayor riesgo de complicaciones posteriores en los países subdesarrollados, según el Doctor Vincent Jaddoe, epidemiólogo pediátrico del Centro Médico Erasmus en Róterdam ²

Un estudio, publicado en la revista “Journal of the American Medical Association”, realizó el seguimiento a 1.631 mujeres durante todo su embarazo. La edad promedio de las madres fue de 31, y el 71% eran blancas. Más de la mitad tenía educación superior al bachillerato. El índice de masa corporal fue de 23.5, un número normal (por encima de 25 se considera como sobrepeso). Cerca de un cuarto fumaban al comienzo del estudio. Jaddoe y el Doctor Gordon Smith, creen que cuando una mujer se expone a un estilo de vida deficiente al principio del embarazo, éste quizá puede afectar el desarrollo de la placenta, lo que a su vez afecta la capacidad del feto para sobrevivir y crecer. El punto principal para las mujeres es la importancia de ir al control médico para determinar qué medidas deben tomar para garantizar que están en la mejor forma posible antes del embarazo.³

El Ecuador es un país pluricultural y multiétnico que agrupa a diversos pueblos, nacionalidades y grupos humanos que poseen sistemas de salud y sistemas médicos propios,⁴ para mejorar la calidad de vida mediante la comprensión y revisión de los aspectos culturales y costumbres que influyen en los procesos del embarazo. El entendimiento de estos conocimientos nos

² Fuente:Health Day. 2011. Disponible en:
<http://www.rosario3.com/salud/noticias.aspx?idNot=65793>. Citado: 07/11/2012

³ Fuente:Health Day. 2011. Disponible en:
<http://www.rosario3.com/salud/noticias.aspx?idNot=65793>. Citado: 07/11/2012

⁴ MSP. Normativa técnica nacional de atención de parto vertical 1. 2008. Citado: 13/12/2012



permitirán estar en mejores condiciones para proponer modelos de servicios de salud más cercanos a la realidad cultural de las gestantes.⁵

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) existen en el Ecuador 14'483.499 habitantes, correspondiendo a la provincia del Azuay 712.127 de ellos 375.083 son mujeres y 337.044 son hombres, en el cantón Cuenca existen 505.585 habitantes, de ellos 276.088 son mujeres y 239.497 son hombres, de los cuales 5.251 pertenecen a la parroquia Victoria del Portete, 2.391 son hombres y 2.860 son mujeres, de éstas 1.479 se encuentran en edad fértil, por lo que hemos visto la necesidad de conocer los estilos de vida de las gestantes que acuden al Subcentro de Salud de Victoria del Portete.

⁵ Revista cultural electrónica. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Perú 2009. Pag 4. Citado: 13/12/2012. Disponible en: http://www.interculturalidad.org/numero05/docs/0210-Creencia_embarazo_parto_comunidadnativa_Awajun-Wampis-Medina-Mayca.pdf

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ESTILOS DE VIDA

*“Según Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1986 el estilo de vida como una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.*⁶

En el año 2008, en la ciudad de Montecristi – Ecuador se da la reforma constitucional de lo que llaman BUEN VIVIR, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población y desarrollar sus capacidades y potencialidades. El “buen vivir” en su formulación básica pone acento en la relación armónica e integral entre los seres humanos y la naturaleza. Según Alberto Acosta “El buen vivir” nace de la experiencia de vida colectiva de los pueblos y nacionalidades indígenas. Busca la relación armoniosa entre los seres humanos y de éstos con la Naturaleza, que rescate los saberes y las tecnologías populares y la forma solidaria de organizarse.⁷

Antecedentes del Buen Vivir⁸

El Aymara Fernando Huanacuni en su obra (buen vivir), señala que el buen vivir es un antiguo concepto y un paradigma heredado de los ancestros de los pueblos indígenas, abre la puerta para el cultivo de una nueva sociedad,

⁶ Consumoteca. Estilos de vida.2009. Citado: 13/12/2012. Disponible en: <http://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/vida-sana/estilo-de-vida>

⁷ El ‘buen vivir’: objetivo y camino para otro modelo. León T, septiembre 2008, Citado: 17/04/13. Disponible en: <http://www.institut-gouvernance.org/fr/analyse/fiche-analyse-460.html>

⁸ Que significa el derecho al buen vivir. García, J. 11/09/2012. Disponible en: http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&view=article&id=7216:ique-significa-el-derecho-al-buen-vivir&catid=31:derecho-constitucional. Citado el: 05/04/2013.



y se proyecta con la fuerza en los diferentes debates realizados en diferentes partes del mundo. La vida nos invita a retomar un principio básico heredado de nuestros abuelos y abuelas para reconstruir nuestra comunidad de vida: “Somos hijos de la madre tierra y del cosmos”.

De lo anotado se desprende que el concepto del buen vivir desde los diferentes pueblos originarios, se va complementando con las experiencias de cada pueblo.

Principios del Buen Vivir

El autor mencionado señala, que el pueblo Aymara ha guardado los siguientes principios para vivir bien o vivir en plenitud, que son los siguientes:

1. Suma Manq' aña (Saber comer)

Saber comer, saber alimentarse, no es equivalente a llenar el estómago; es importante escoger alimentos sanos. La Madre Tierra nos da los alimentos que requerimos, por eso debemos comer el alimento de la época, del tiempo, y el alimento del lugar.

2. Suma Umaña (Saber beber)

Antes de beber se inicia con la ch'alla, dando de beber a la Pachamama.

3. Suma Thokaña (Saber danzar)

Entrar en relación y conexión cósmico-telúrica, de esta manera toda actividad debe realizarse con dimensión espiritual.



4. Suma Ikiña (Saber dormir)

Se tiene que dormir dos días, es decir dormir antes de la media noche, para tener las dos energías; la de la noche y la de la mañana del día siguiente.

5. Suma Irnakaña (Saber trabajar)

Para el indígena originario el trabajo no es sufrimiento, es alegría, debemos realizar la actividad con pasión.

6. Suma Lupiña (Saber meditar)

Entrar en un proceso de introspección. El silencio equilibra y armoniza, por lo tanto el equilibrio se restablece a través del silencio de uno.

7. Suma Amuyaña (Saber pensar)

Es la reflexión, no sólo desde lo racional sino desde el sentir.

8. Suma Munaña Munayasiña (Saber amar y ser amado)

El proceso complementario, el respeto a todo lo que existe genera la relación armónica.

9. Suma Ist'aña (Saber escuchar)

Antes de hablar hay que sentir y pensar bien, hablar significa hablar para construir, para alentar, para aportar, recordemos que todo lo que hablamos se escribe en los corazones de quienes lo escuchan, a veces es difícil borrar el efecto de algunas palabras; es por eso que hay que hablar bien.



10. Suma Aruskipaña (Saber hablar)

No sólo es escuchar con los oídos; es percibir, sentir, escuchar con todo nuestro cuerpo.

11. Suma Samkasiña (Saber soñar)

Partimos del principio de que todo empieza desde el sueño, por lo tanto el sueño es el inicio de la realidad, a través del sueño percibimos la vida, soñar es proyectar la vida.

12. Suma Sarnaqaña (Saber caminar)

No existe el cansancio para quien sabe caminar, debemos estar conscientes de que uno nunca camina solo.

Reconocer que la vida es la conjunción de muchos seres y muchas fuerzas. En la vida todo fluye: recibimos y damos; la interacción de las dos fuerzas genera vida.

13. Suma Churaña, Suma Katukaña (Saber dar y saber recibir)

Reconocer que la vida es la conjunción de muchos seres y muchas fuerzas. En la vida todo fluye: recibimos y damos; la interacción de las dos fuerzas genera vida.

Fernando Huanacuni señala, que en guaraní BUEN VIVIR significa el respeto a la vida: *“Tú estás bien cuando estás bien con la naturaleza, con los espíritus, con los ancianos, con los niños y con todo con lo que está a tu alrededor, eso es vivir bien”*.

El Buen Vivir en Ecuador

La propuesta del buen vivir nació del texto del Plan Nacional de Desarrollo que elaboró la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), en el 2007. Esa fue una propuesta de campaña del Presidente Rafael Correa que consistía en mejorar la calidad de vida del ser humano en relación con la paz y la naturaleza.

Según Fander Falconí, secretario de la SENPLADES, indica que el concepto del buen vivir es un proceso, un conjunto de pasos para la creación de derechos, igualdades, oportunidades y libertades que este momento no dispone la sociedad ecuatoriana. Reconoce que el Régimen del buen vivir no es un proceso lineal que se consigue de la noche a la mañana, asegura que, de ser aprobada la Constitución, hay dos elementos de seguimiento y evaluación que garantizarían el cumplimiento de los derechos. Uno que tiene que ver con las metas de gestión del corto plazo que lo hace la Secretaría General de la Administración Pública y la otra es la evaluación a mediano y a largo plazo que hace SENPLADES.

Este proyecto busca asegurar una adecuada distribución de la riqueza nacional; incentivar la producción, productividad y competitividad nacional. Sin embargo, algo que es criticado, es la falta de mecanismos que existen actualmente para alcanzar los puntos planteados que busca lograr un desarrollo equilibrado en lo económico, social y cultural.⁹

EL BUEN VIVIR¹⁰

El Buen Vivir significa la satisfacción plena de las necesidades tanto objetivas como subjetivas de las personas y los pueblos; abolir la

⁹ El buen vivir. Diario hoy. 20 agosto del 2008. Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/el-buen-vivir-un-eje-transversal-302512.html>. Citado el: 05/04/2013

¹⁰ Gobierno Ecuatoriano » Constitución Ecuatoriana 2008 » TÍTULO VII - RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR, citado el: 20 de Marzo del 2013.



explotación; una vida armónica entre los seres humanos y entre comunidades y de estos con la naturaleza, eso solo es posible en el socialismo.

El buen vivir propone un modelo de vida mucho más justo y equitativo para todos/as. Busca lograr un sistema desde la súper estructura del Estado que esté en equilibrio. En lugar de atenerse casi exclusivamente en datos referentes a indicadores económicos, el buen vivir se guía por conseguir y asegurar los mínimos indispensables, lo suficiente, para que la población pueda llevar una vida simple y modesta, pero digna y feliz. Para que las y los ciudadanos tengan acceso a las mismas oportunidades en las mismas condiciones, sin diferencia, sin discriminación, con equidad de género, equidad generacional, con respeto a pluriculturalidad, se basa en una economía solidaria y no en una economía de mercado.

EL BUEN VIVIR EN LA CONSTITUCIÓN 2008

En Ecuador se ha aceptado la filosofía y la cosmovisión de todos los pueblos y su pluriculturalidad, tanto es así que se establece en la constitución aprobada en el año 2008 con un 72% de aceptación por la población es decir 10'080.000 de ecuatorianos, la transformación de su Carta Magna en la cual se redactó en el capítulo segundo los Derechos del buen vivir que está constituida por los art. desde 12 hasta el art. 34. Los cuales enunciamos a continuación para establecer su ámbito de aplicación.

Sección primera: agua y alimentación

Art. 12.- El derecho humano al agua es fundamental e irrenunciable. El agua constituye patrimonio nacional estratégico de uso público, inalienable, imprescriptible, inembargable y esencial para la vida.

Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales.

El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria.

Sección segunda: ambiente sano

Art. 14.- Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*.

Se declara de interés público la preservación del ambiente, la conservación de los ecosistemas, la biodiversidad y la integridad del patrimonio genético del país, la prevención del daño ambiental y la recuperación de los espacios naturales degradados.

Art. 15.- El Estado promoverá, en el sector público y privado, el uso de tecnologías ambientalmente limpias y de energías alternativas no contaminantes y de bajo impacto. La soberanía energética no se alcanzará en detrimento de la soberanía alimentaria, ni afectará el derecho al agua.

Se prohíbe el desarrollo, producción, tenencia, comercialización, importación, transporte, almacenamiento y uso de armas químicas, biológicas y nucleares, de contaminantes orgánicos persistentes altamente tóxicos, agroquímicos internacionalmente prohibidos, y las tecnologías y agentes biológicos experimentales nocivos y organismos genéticamente modificados perjudiciales para la salud humana o que atenten contra la soberanía alimentaria o los ecosistemas, así como la introducción de residuos nucleares y desechos tóxicos al territorio nacional.

Sección tercera: comunicación e información

Art. 16.- Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a:

1. Una comunicación libre, intercultural, incluyente, diversa y participativa, en todos los ámbitos de la interacción social, por cualquier medio y forma, en su propia lengua y con sus propios símbolos.
2. El acceso universal a las tecnologías de información y comunicación.
3. La creación de medios de comunicación social, y al acceso en igualdad de condiciones al uso de las frecuencias del espectro radioeléctrico para la gestión de estaciones de radio y televisión públicas, privadas y comunitarias, y a bandas libres para la explotación de redes inalámbricas.
4. El acceso y uso de todas las formas de comunicación visual, auditiva, sensorial y a otras que permitan la inclusión de personas con discapacidad.
5. Integrar los espacios de participación previstos en la Constitución en el campo de la comunicación.

Art. 17.- El Estado fomentará la pluralidad y la diversidad en la comunicación, y al efecto:

1. Garantizará la asignación, a través de métodos transparentes y en igualdad de condiciones, de las frecuencias del espectro radioeléctrico, para la gestión de estaciones de radio y televisión públicas, privadas y comunitarias, así como el acceso a bandas libres para la explotación de redes inalámbricas, y precautelará que en su utilización prevalezca el interés colectivo.

2. Facilitará la creación y el fortalecimiento de medios de comunicación públicos, privados y comunitarios, así como el acceso universal a las tecnologías de información y comunicación en especial para las personas y colectividades que carezcan de dicho acceso o lo tengan de forma limitada.
3. No permitirá el oligopolio o monopolio, directo ni indirecto, de la propiedad de los medios de comunicación y del uso de las frecuencias.

Art. 18.- Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a:

1. Buscar, recibir, intercambiar, producir y difundir información veraz, verificada, oportuna, contextualizada, plural, sin censura previa acerca de los hechos, acontecimientos y procesos de interés general, y con responsabilidad ulterior.
2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las privadas que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información.

Art. 19.- La ley regulará la prevalencia de contenidos con fines informativos, educativos y culturales en la programación de los medios de comunicación, y fomentará la creación de espacios para la difusión de la producción nacional independiente.

Se prohíbe la emisión de publicidad que induzca a la violencia, la discriminación, el racismo, la toxicomanía, el sexismo, la intolerancia religiosa o política y toda aquella que atente contra los derechos.

Art. 20.- El Estado garantizará la cláusula de conciencia a toda persona, y el secreto profesional y la reserva de la fuente a quienes informen, emitan sus opiniones a través de los medios u otras formas de comunicación, o laboren en cualquier actividad de comunicación.

Sección cuarta: cultura y ciencia

Art. 21.- Las personas tienen derecho a construir y mantener su propia identidad cultural, a decidir sobre su pertenencia a una o varias comunidades culturales y a expresar dichas elecciones; a la libertad estética; a conocer la memoria histórica de sus culturas y a acceder a su patrimonio cultural; a difundir sus propias expresiones culturales y tener acceso a expresiones culturales diversas.

No se podrá invocar la cultura cuando se atente contra los derechos reconocidos en la Constitución.

Art. 22.- Las personas tienen derecho a desarrollar su capacidad creativa, al ejercicio digno y sostenido de las actividades culturales y artísticas, y a beneficiarse de la protección de los derechos morales y patrimoniales que les correspondan por las producciones científicas, literarias o artísticas de su autoría.

Art. 23.- Las personas tienen derecho a acceder y participar del espacio público como ámbito de deliberación, intercambio cultural, cohesión social y promoción de la igualdad en la diversidad. El derecho a difundir en el espacio público las propias expresiones culturales se ejercerá sin más limitaciones que las que establezca la ley, con sujeción a los principios constitucionales.

Art. 24.- Las personas tienen derecho a la recreación y al esparcimiento, a la práctica del deporte y al tiempo libre.



Art. 25.- Las personas tienen derecho a gozar de los beneficios y aplicaciones del progreso científico y de los saberes ancestrales.

Sección quinta: educación

Art. 26.- La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo.

Art. 27.- La educación se centrará en el ser humano y garantizará su desarrollo holístico, en el marco del respeto a los derechos humanos, al medio ambiente sustentable y a la democracia; será participativa, obligatoria, intercultural, democrática, incluyente y diversa, de calidad y calidez; impulsará la equidad de género, la justicia, la solidaridad y la paz; estimulará el sentido crítico, el arte y la cultura física, la iniciativa individual y comunitaria, y el desarrollo de competencias y capacidades para crear y trabajar.

La educación es indispensable para el conocimiento, el ejercicio de los derechos y la construcción de un país soberano, y constituye un eje estratégico para el desarrollo nacional.

Art. 28.- La educación responderá al interés público y no estará al servicio de intereses individuales y corporativos. Se garantizará el acceso universal, permanencia, movilidad y egreso sin discriminación alguna y la obligatoriedad en el nivel inicial, básico y bachillerato o su equivalente.

Es derecho de toda persona y comunidad interactuar entre culturas y participar en una sociedad que aprende. El Estado promoverá el diálogo intercultural en sus múltiples dimensiones.

El aprendizaje se desarrollará de forma escolarizada y no escolarizada.

La educación pública será universal y laica en todos sus niveles, y gratuita hasta el tercer nivel de educación superior inclusive.

Art. 29.- El Estado garantizará la libertad de enseñanza, la libertad de cátedra en la educación superior, y el derecho de las personas de aprender en su propia lengua y ámbito cultural.

Las madres y padres o sus representantes tendrán la libertad de escoger para sus hijas e hijos una educación acorde con sus principios, creencias y opciones pedagógicas.

Sección sexta: habitad y vivienda

Art. 30.- Las personas tienen derecho a un hábitat seguro y saludable, y a una vivienda adecuada y digna, con independencia de su situación social y económica.

Art. 31.- Las personas tienen derecho al disfrute pleno de la ciudad y de sus espacios públicos, bajo los principios de sustentabilidad, justicia social, respeto a las diferentes culturas urbanas y equilibrio entre lo urbano y lo rural. El ejercicio del derecho a la ciudad se basa en la gestión democrática de ésta, en la función social y ambiental de la propiedad y de la ciudad, y en el ejercicio pleno de la ciudadanía.



Sección séptima: salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Sección octava: trabajo y seguridad social

Art. 33.- El trabajo es un derecho y un deber social, y un derecho económico, fuente de realización personal y base de la economía. El Estado garantizará a las personas trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o aceptado.

Art. 34.- El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas.

El Estado garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en el campo,

toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo.

Si bien el estado ecuatoriano ha considerado la teoría del buen vivir, sin embargo la Organización Mundial de la Salud (OMS) contempla factores físicos, mentales y sociales que garanticen la salud al individuo, a continuación enfocaremos la teoría de la salud de la OMS.

TEORÍA DE LA SALUD SEGÚN LA OMS¹¹

La salud es el completo bienestar físico, mental y social del individuo y no solamente la ausencia de enfermedad.

El hombre es un ser complejo en su estructura anatómica, la cual está constituida por un conjunto de órganos que cumplen funciones vitales tales como la respiración, digestión, la actividad cardíaca, entre otras. Estas funciones son conocidas como el **aspecto físico** y debido a su buen o mal funcionamiento, se califica el estado de bienestar físico de la persona.

El hombre en su estructura física también posee el sistema nervioso, que le permite sentir, moverse, pensar, expresar su carácter, la personalidad y el lenguaje para comunicarse con sus semejantes y su entorno. Éste se conoce como el **aspecto mental**. Se entenderá aquí que la mente está diseminada por todo el cuerpo físico y psíquico y es el mecanismo humano mediante el cual sobrevivimos, crecemos y trascendemos.

El hombre como unidad psicobiológica es por naturaleza un ser social que tiende en todo momento a conformar grupos y comunidades mediante las que promueve su desarrollo. Pero para poder vivir en comunidad, ha tenido que idear formas de convivencia, regidas por las normas y leyes que regulan

¹¹ Teoría de la salud. OMS. 23/05/2012. Citado: 05/04/2013. Disponible en: <http://teoria-oms.blogspot.com/>



los intereses, deberes y derechos de los individuos. Esta interacción es la que constituye el **aspecto social**.

Estos conceptos que han servido para definir la Salud, los ilustra la OMS mediante un triángulo equilátero, en el cual cada lado representa un aspecto en cuestión y simboliza el equilibrio, si sus tres lados permanecen iguales. Pero en la vida diaria cada lado o aspecto del triángulo es atacado por múltiples factores de riesgo que los modifican. Si un lado se modifica, inevitablemente los otros lados se verán afectados y el equilibrio se rompe.

Según lo anterior, el concepto de enfermedad puede ser enunciado así:

Pérdida del equilibrio o alteración física, mental o social que impide al individuo su realización personal y la participación en el desarrollo de la comunidad.

TEORÍA DE LA TRÍADA ECOLÓGICA (BIOLOGISTAS)

Antes que la Organización Mundial de la Salud basara su concepto de salud en los aspectos físico, mental y social, los biólogos la definían sólo en función del aspecto físico. Es decir, si la estructura anatómica o las funciones orgánicas del hombre o mujer no presentaban ninguna disfunción, entonces se calificaba como sano; en caso contrario, éste se encontraba enfermo. Esta teoría ha sido llamada triada ecológica debido a que en su concepción intervienen tres elementos: el huésped, el ambiente y el agente causal.

La salud así definida, estaba enmarcada en un contexto histórico con las circunstancias de la época, pues aún no se racionalizaba la influencia que ejercía la sociedad. Sin embargo, el aporte de la teoría es valioso, pues desde entonces señaló la importancia del ambiente en la resultante salud, la



cual está hoy más vigente que nunca debido a los problemas que a escala mundial hay sobre contaminación.

ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL MARCO JURÍDICO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR¹²

En Ecuador, la lucha social y política de los pueblos indígenas por el reconocimiento de la diversidad étnica y la autodeterminación de sus culturas se ha convertido en el mayor referente de la demanda de interculturalidad. Durante la década de los 90, las movilizaciones y levantamientos del movimiento indígena permitieron no solamente que la Constitución Política del Estado, promulgada en 1998, reconozca al Ecuador como pluricultural y multiétnico, sino que además promovieron al interior del país una creciente reflexión y toma de conciencia sobre las condiciones de vida y situación de salud de los pueblos y nacionalidades.

El Estado ecuatoriano recogió algunas de las propuestas políticas del movimiento indígena sobre el respeto, promoción y desarrollo de la medicina tradicional, lo cual condujeron a la creación dentro del MSP de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas (DNSPI), mediante Acuerdo Ministerial No. 01642, el 13 de septiembre de 1999, con el fin de legalizar, legitimar y desarrollar las medicinas tradicionales indígenas y construir modelos interculturales de salud que, comprendiendo las particularidades étnicas de la demanda, humanicen y adecuen sus servicios y prestaciones, al tiempo que consideren las distintas modalidades de articulación de las culturas sanitarias existentes en el país”.

¹² El Enfoque Intercultural en las Normas de Salud Materna del Ecuador. MSP. Citado: 06/04/2013.disponible en: <http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/EL%20ENFOQUE%20INTERCULTURAL%20EN%20LAS%20NORMAS%20DE%20SALUD%20MATERNA%20DEL%20ECUADOR%201994-2009.pdf>



Interculturalidad de la Salud

La Organización Panamericana de la Salud describe así el concepto de interculturalidad: “El concepto de interculturalidad involucra las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etáreas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en el espacio determinado entre diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa”.¹³

El compromiso estaba destinado a promover la transformación de los sistemas de salud y a apoyar el desarrollo del modelo alternativo de atención de la población indígena, incluyendo, a su vez, la medicina tradicional. Es decir, promoviendo el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales indígenas, situando el eje de la actuación en “la necesidad de incorporar las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de la salud” (OPS, 2003:7) y ello implicaba un discurso de armonía y consenso entre sistemas médicos, pero también menos inversión en el campo de la salud, ya que las deficientes condiciones de salud de los pueblos indígenas se analizaron exclusivamente desde la óptica cultural.

Servicios de Salud Materna con Enfoque Intercultural

Para analizar los servicios de salud materna que consideran la pertinencia cultural de la atención, partimos de la conceptualización de dichos servicios como aquellos que incluyen la información y atención sanitaria brindada a una mujer desde el inicio de su embarazo, durante el parto y el puerperio. Además extendemos el análisis a la planificación familiar o anticoncepción (incluida la anticoncepción de emergencia), originalmente concebida como parte de los servicios de salud reproductiva.

¹³ RAMÍREZ, S. “Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano”. Pag. 5. 2009.



EMBARAZO ¹⁴

El embarazo es la iniciación de una nueva vida, que surge con la fecundación, perdura con el progresivo desarrollo del feto y concluye con la irrupción de éste al mundo exterior mediante el parto.

El embarazo es un proceso fisiológico completamente normal, cuya finalidad es la continuación de la especie.

Diagnóstico del embarazo

Signos y síntomas

Según Montgomery los signos y síntomas se clasifican en tres grupos:

1. Presuntivos
2. Probables
3. Positivos

1. Signos presuntivos

Los proporcionan los sistemas y aparatos maternos, estos signos son subjetivos, inconstantes, variables y pueden faltar o estar atenuados, en tal forma que se les dará un valor relativo. Aparecen desde la semana cuarta y desaparecen en el curso de la semana 18.

- **Amenorrea**

Orienta en la mayoría de los casos hacia el diagnóstico, pero con la condición de que las menstruaciones hayan sido antes normales, con las características habituales de periodicidad, duración y cantidad.

¹⁴ Granada P. M. Vásquez. M. La mujer y el proceso reproductivo. Colombia. 1990

- **Modificaciones de las mamas**

- ✓ Aumento del volumen
- ✓ Hiperpigmentación
- ✓ Erectibilidad de los pezones
- ✓ Secreción de calostro
- ✓ Sensibilidad aumentada
- ✓ Aparición de la red venosa de haller
- ✓ Tubérculos de Montgomery

- **Poliaquiuria**

- **Leucorrea**

- **Signos simpáticos:** náusea, sialorrea, vómito, malestar matinal, anorexia, sueño, cansancio, fatiga, lipotimia, somnolencia, irritabilidad, hiper-pigmentación de la piel y estrías en el abdomen, estreñimiento. Aparecen desde la semana 4^o y desaparecen en el curso de la semana.

2. Signos de probabilidad

Algunos de estos signos aparecen tempranamente a partir de la semana 4 y otros aparecen alrededor de la semana 18, hasta la semana 20 de embarazo. Entre los cuales tenemos:

- ✓ **Crecimiento abdominal**

- ✓ **Signos Vulvovaginales**

- Vulva y vagina se tornan violáceas (Signo de Chadwick).

- También aparecen como signos la hipertrofia de la vulva y el reblandecimiento de la vagina.

✓ **Cambios en el tamaño, forma y consistencia del útero:**

- Hasta la sexta semana el útero conserva su forma de pera.
- Al final del segundo mes toma la forma ovoide.
- Después del tercer mes es bastante esférico, hasta la etapa media del embarazo.
- Al alargarse el feto nuevamente adquiere la forma ovoide.
- Al final de la gestación aumenta el diámetro transversal del fondo y adquiere nuevamente su forma de pera.

✓ **Signos Uterinos:**

- Reblandecimiento y oscurecimiento del cuello uterino (signo de Goodel).
- El itsmo se torna muy blando entre la sexta y la octava semana (Signo de Hegar).

3. Signos positivos

Son los signos y síntomas que aparecen en la segunda mitad del embarazo, son de procedencia fetal, y permiten hacer un diagnóstico más preciso del embarazo.

- **Movimientos fetales**

Inician precozmente, sin embargo son tan leves que no los puede percibir el examinador pero si la madre. Aparecen generalmente a la semana 18 de gestación.

- **Latidos fetales**

Puede ser auscultada con estetoscopio a partir de la semana 24 de embarazo. Actualmente el ultrasonido puede percibirlo desde la semana 10.

- **Visualización del esqueleto fetal por rayos X**

Desde la semana 22 de embarazo, mediante una placa sobre el abdomen de la mujer embarazada, se pueden observar partes fetales, las que mejor se visualizan son la cabeza y la columna vertebral.

- **Palpación de partes fetales**

Se realiza a partir de la semana 26 de embarazo.¹⁵

Exámenes de laboratorio¹⁶

- **Examen de orina:** durante la gestación normal, se produce un aumento del volumen renal y una dilatación de los uréteres y al disminuir el tono del músculo liso, esto facilita el éxtasis urinario.

La enfermera tiene que:

¹⁵ Granada P. M. Vasquez. M. La mujer y el proceso reproductivo. Colombia. 1990.

¹⁶ Control prenatal. Verdugo , A. citado: 06/06/2013



- Revisar que el pedido sea el correspondiente (cito químico - bacteriológico).
- Verificar que si la madre presenta signos de infección, dar el pedido para cultivo.
- Valoración de resultados.

Densidad: indica la cantidad de sólidos en orina y varía entre 1010-1025 y también el consumo excesivo de líquidos.

La proteinuria durante el embarazo debe definirse como la presencia de proteínas por encima de 0.3g/día en la orina recolectada en las 24 horas, el análisis de la orina mediante tiras reactivas para la medición de proteinuria presenta muchos falsos positivos debido al alto grado de contaminación con secreciones vaginales.

Determinación de úrea, creatinina, ácido úrico, plaquetas y orina, hay un aumento de flujo sanguíneo y plasmático de 300 y 200 hasta 1400 y 800 cc/min, descienden hasta el final del embarazo.

Aumento de la filtración glomerular hasta 140cc/minuto, esto incrementa la depuración de la úrea, creatinina y ácido úrico.

Aumenta la filtración de agua y sodio al inicio del embarazo luego disminuye progresivamente, en casos patológicos pueden aparecer glucosuria y edema, la filtración glomerular depende de la posición que adopte la gestante.

- Revisar que el pedido sea el correspondiente (citoquímico-bacteriológico).



- Verificar que si la madre presenta signos de infección, dar el pedido para cultivo.
 - Valoración de resultados.
 - Dar a la gestante el pedido correspondiente para el examen.
 - Educar a la madre como recoger la muestra.
 - Si tiene flujo vaginal debe realizarse un lavado.
 - Que la muestra tiene que ser el chorro de orina de la mitad.
 - Que tiene que estar separada de la deposición.
 - Rotular el frasco con: nombre y edad.
- **Examen de sangre:**

El médico solicita biometría hemática, VDRL, grupo sanguíneo y factor Rh, TP, TTP, plaquetas, glicemia, úrea, creatinina y se valoran tomando en consideración los cambios que se presentan durante el embarazo, así:

1. Disminución de glóbulos blancos (normal de 8000-12000) embarazo de 6000-9000.
2. Aumento de fibrinógeno (normal 200-400mg x100cc) embarazo de 300-600mg x100cc.
3. Tiempo de sangría y coagulación no varían.



4. Tiempo de protrombina está ligeramente aumentado (normal 10-20 segundos).
5. Glicemia de 70-110mg/100ml.
6. Las proteínas séricas disminuyen, la globulina aumenta ligeramente y la albúmina disminuye significativamente.
7. Hay un aumento del volumen sanguíneo: aumenta en un 30% en la mitad del embarazo, esto origina hidremia y hemodilución, puede tener un origen hormonal (hormona corticosuprarrenales, estrógenos y progesterona) que puede provocar retención de líquidos.
8. Aumento del volumen plasmático que el globular produciéndose un desequilibrio en el incremento plasma-glóbulos. La concentración de los hematíes disminuye 3'500.000 a 4'000.000 por mm³.
9. La concentración de hemoglobina y hematocrito disminuye paralelamente con la cifra de hematíes por unidad (normal Hb 12-16mg%) en el embarazo de 11.5-12mg%, hematocrito (normal 41-47%) en el embarazo de 37-39%. Desencadenando la anemia fisiológica del embarazo.
10. Disminución de linfocitos a menos de 400/mm.
11. Aumento de inmunocomplejos circulantes
12. La gestante para este examen debe acudir en ayunas.

Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh

- Durante el embarazo hay que determinar el grupo sanguíneo y factor Rh de la gestante, esto se realiza mediante un “SCREENING” de anticuerpos irregulares.
- El grupo sanguíneo ABO se identifica por la presencia o ausencia de 2 antígenos diferentes A o B sobre la superficie del hematíe. De esta forma se obtienen los 4 tipos básicos de sangre: A, B, AB y O.
- El tipo AB indica la presencia de 2 antígenos y el tipo O se caracteriza por la ausencia de ambos. En el plasma de la sangre de tipo O puede encontrarse los anticuerpos correspondientes o aglutininas anti- A y anti-B. Los componentes plasmáticos de la sangre de tipo A y de tipo B carecen respectivamente de las aglutininas anti- A y anti-B y en el plasma de la sangre de tipo AB faltan 2 aglutininas.
- Factor Rh: aquellas personas que poseen el factor Rh se designan como Rh positivos y las que no Rh negativos, cuando el antígeno Rh se introduce en los tejidos o en la sangre de un individuo Rh negativo, esta se sensibiliza al antígeno y produce anticuerpos bloqueadores o aglutinantes, estos hemolizaran a los eritrocitos que contengan anticuerpos Rh, tanto invitro como invivo.
- La determinación del grupo sanguíneo y del factor Rh durante el embarazo es de suma importancia, debido a que la incompatibilidad Rh es la causa más grave de eritroblastosis que afecta al feto ya al recién nacido, se manifiesta por anemia

hemolítica y eritropoyesis compensatoria, esta patología se presenta por la presencia de Isohemaglutininas maternas.

- La incompatibilidad entre madre y feto es el resultado de una transferencia pasiva de anticuerpos hemolíticos de ella al producto en los últimos meses del embarazo.

CONTROL PRENATAL¹⁷

Son las actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

Características del control prenatal

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materna – fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

A. Precoz

Debe iniciarse desde el primer trimestre de la gestación (en lo posible después de la primera falla menstrual), lo que permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control prenatal. Además permite la identificación precoz de la embarazada de mediano y alto riesgo,

¹⁷ MSP. Componente Normativo Materno. 2008. Citado el: 27-02-2013

aumentando la posibilidad de planificar eficazmente su manejo Gineco - Obstétrico así como el lugar donde debe realizarse.¹⁸

B. Periódico

Los controles deberán repetirse con una frecuencia y oportunidad que variarán según el grado de riesgo del embarazo. Por lo tanto las embarazadas de alto riesgo necesitarán un mayor número de consultas y el momento estará fijado por el tipo de problema que presente.¹⁹

C. Control integral o completo

Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional, garantizando las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada y su hijo/a.

Control óptimo y mínimo eficiente de atención prenatal

Nivel óptimo: 12 controles

- Uno mensual hasta las 32 semanas.
- Uno cada 2 semanas, hasta las 36 semanas.
- Uno semanal hasta el momento del parto.

Nivel mínimo: 5 controles

- Uno en las primeras 20 semanas.
- Uno en las 32 y 36 semanas.

¹⁸ Verdugo S. A. Control Prenatal. 2011. Citado el: 27-02-2013

¹⁹ Verdugo S. A. Control Prenatal. 2011. Citado el: 27-02-2013

- Uno cada 2 semanas, hasta el momento del parto.

Identificación de factores de Riesgo²⁰

- Factor de Riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.
- Los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbi-mortalidad perinatal son la prematuridad, la asfixia, las malformaciones congénitas y las infecciones.
- Los problemas que se asocian a morbi-mortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pre-gestacionales.

RIESGO: probabilidad de un individuo o grupo de personas de sufrir daño que es el resultado no deseado en base al cual se mide un riesgo.

Antecedentes obstétricos: son los que causan problemas en la mujer como son el aborto, hijos nacidos muertos, hijos muertos menores de un mes, dos o más cesáreas y Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo, embarazo múltiple.

Embarazo de alto riesgo: aquel en el que la madre, feto y el neonato tienen probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.

²⁰ Temas obstétricos selectos. PDF. Citado el 27-02-2012. Disponible en: <http://www.drsexto.com/pdf/capitulo3.pdf>



ARO (Alto Riesgo Obstétrico).- comparten peligro para su salud o inclusive la muerte materna, del feto o RN o ambos. Su manejo debe empezar con el control prenatal, continuar en el parto, puerperio y lactancia.

ARO 1: circunstancias especiales o hábitos que hacen que su embarazo, parto o RN estén más amenazados que el resto de población de gestantes.

Parámetros:

- Talla inferior a 1,40cm
- Peso < a 90 libras o > a 180 libras
- Dos o más hijos sin ayuda familiar
- Hábitos de fumar
- Grandes trayectos diarios a pie
- Edad < a 18 años y > de 35 años
- No tener control prenatal-Gran múltipara
- Vivienda de 3 pisos con escaleras

ARO 2: si en embarazos anteriores ha sufrido distintas patologías o ha tenido hijos afectados en su salud.

Parámetros:

- RH negativo
- Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo
- Abortos repetidos
- Partos prematuros anteriores
- Hijos con trastornos neurológicos, congénitos o relacionados con el parto
- Embarazos prolongados
- Cesáreas anteriores

- Antecedentes de esterilidad

ARO 3: embarazo con patología actual que pone en riesgo la salud de la madre, del feto e incluso la del recién nacido.

Parámetros:

- Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo
- Diabetes
- Cardiopatías
- Tuberculosis en el embarazo
- Psicosis
- Embarazos prolongados más de 41 semanas
- Afecciones de la tiroides
- Anemias Hemoglobina < de 8 mg o hematocrito bajo los 30mg

ARO 4: parto de alto riesgo con ingreso inmediato al hospital.

Parámetros:

- Pre-eclampsia grave o eclampsia. (Alteraciones con la presión, edema y la presencia de proteínas en la sangre).
- Cesáreas anteriores a las 38 semanas de gestación.
- Aborto habitual.
- Diabetes con mal pronóstico fetal o materno.
- Embarazo prolongado de más de 294 días.
- Embarazo gemelar (34 semanas de gestación) o triple (30 SG).
- RH negativo, combs indirecto positivo.
- Pacientes con causa para cesárea en trabajo de parto.



Diagnóstico de la edad gestacional

1. Según Altura Uterina

Regla de MC Donald: con este método se puede calcular las semanas de edad gestacional, determinando en centímetros el espacio comprendido entre el borde superior de la sínfisis del pubis y el fondo uterino. El valor en centímetros del espacio, se multiplica por 8 y se divide para 7.²¹

2. Según fecha de la última menstruación

- ✓ **Gestograma:** es una herramienta utilizada para calcular las semanas de gestación, fecha probable de parto y otros datos sobre el desarrollo del feto. Vienen impresos y se parte desde el primer día de la última menstruación normal hasta el día 280, con un error de más-menos 6 días.
- ✓ Sumar los días desde fecha de la última menstruación hasta el día actual, este resultado dividirlo para 7 y obtendremos la edad gestacional en semanas, en caso de haber residuo de la división esta cantidad se tomará como días, si es igual a 7 se sumará una semana más, si es sobre los 8, se restara 7 al residuo, pasara a ser una semana más y el residuo de esta resta el número de días.

3. Según Ecografía

Sumar los días desde fecha de la última ecografía hasta el día actual, este resultado dividirlo para 7 y obtendremos la edad gestacional en semanas, en caso de haber residuo de la división esta cantidad se tomará como días, si es igual a 7 se sumará una semana más, si es

²¹ Temas obstétricos selectos. PDF. Citado el 27-02-2012. Disponible en: <http://www.drsexto.com/pdf/capitulo3.pdf>

sobre los 8, se restara 7 al residuo, pasara a ser una semana más y el residuo de esta resta el número de días.

Este resultado en semanas y días se suma a la edad gestacional marcada en la ecografía.

Fecha probable de parto

La Regla de Naegele es un método estandarizado de calcular la fecha prevista de parto para una gestación normal. Se llamó así en honor de Franz Karl Naegele (1778-1851), el obstetra alemán que la desarrolló.

La fórmula estima la fecha probable de parto (FPP) en función de la fecha de la última regla (FUR) de la mujer. A esta fecha le añadimos un año, le restamos 3 meses y le sumamos 7 días. Es decir, $FPP = FUR + 1 \text{ año} + 7 \text{ días} - 3 \text{ meses}$. Esta aproximación se basa en la duración normal de una gestación humana, que dura por término medio 40 semanas (280 días) desde la FUR, o 38 semanas (266) desde la fecha de fertilización.²²

ESTILOS DE VIDA DE LA GESTANTE

El conocer los estilos de vida de las gestantes permite profundizar y reconocer los hábitos alimenticios, actividad física y deporte, sueño y descanso y de consumo de alcohol y tabaco, que estos pueden influenciar de manera positiva o negativa sobre la gestante y el feto.²³

1. Alimentación

La alimentación y la gestación están muy ligadas en el curso de un embarazo normal. Desde el inicio del embarazo, la mujer demanda

²² Naegele. Citado: 27-02-2013. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Naegele>.

²³ Celis G., S. gestantes antes de ser diagnosticada con diabetes gestacional. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis06.pdf>

abundancia de alimentos. Este hecho se denomina hiperfagia y suele durar los dos primeros tercios de la gestación, (a veces en las primeras semanas y debido probablemente a la sensación de malestar, la ingesta disminuye), con lo que se inicia el proceso de acumulación de reservas energéticas. Es muy importante que la reserva de energía se lleve a cabo de una forma nutricionalmente adecuada para compensar las necesidades madre-hijo, y así evitar situaciones que puedan alterar el normal desarrollo de un embarazo. Y de que esto sea así, se ocupan las diferentes adaptaciones metabólicas y fisiológicas propias de la gestación²⁴

Una dieta saludable durante los primeros meses del embarazo se debe caracterizar por lo siguiente:

Variedad de alimentos

Los pilares de una dieta sana están en la selección de una variedad de alimentos que juntos proveerán un nivel de energía y nutrientes necesario para la salud maternal y el desarrollo y crecimiento fetal. Incluir en la dieta todos los grupos de alimentos: cereales y granos, frutas, vegetales, lácteos, carnes y grasas. Consumir lo suficiente para aumentar de 1-2 kilos durante los primeros tres meses del embarazo

Tomar suficiente líquido

Además de comer determinados alimentos, también es muy importante beber bastante líquido diariamente. Debe intentarse beber 2 litros diarios de líquidos (8 vasos).

²⁴ Anónimo Alimentación durante el embarazo. Citado el: 17/07/2013. Disponible en: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/PDF/Guia%20de%20Alimentacion%20y%20Salud%20-%20Embarazo.pdf>

Consumir alimentos regularmente

Hacer comidas regulares (no ayunar ni saltarse comidas). Si su patrón normal de alimentación incluía saltarse comidas o pasar hambre por más de 8 horas, este es un buen momento para cambiarlo. El consumo de tres comidas diarias, y si es necesario, varias meriendas al día, ayuda a mantener un suministro de glucosa óptimo para el feto.

Suplementos de vitaminas y minerales

Ingesta diaria de hierro, calcio y folatos. Los requerimientos de estos micronutrientes aumentan considerablemente durante el embarazo, en especial durante últimos dos trimestres. Durante el primer trimestre, el requerimiento de calcio aumenta de 1000 miligramos a 1200 miligramos, el de folatos aumenta de 170 microgramos a 400 microgramos y el hierro aumenta a una cantidad muy difícil de suplir con la dieta, por lo que se deben tomar suplementos prescritos por un médico a partir del segundo trimestre.

- El ácido fólico, a veces llamado “folato”, es una vitamina del grupo B (B9) que se encuentra en los vegetales de hojas verdes. Los estudios que se han hecho en forma repetida muestran que las mujeres que toman 400 microgramos (0,4 miligramos) diarios antes y durante los primeros meses de la gestación reducen el riesgo del niño de nacer con defectos serios en el tubo neural (un defecto de nacimiento que involucra el desarrollo incompleto del cerebro y la médula espinal) hasta un 70%.²⁵

²⁵ Kidshealth. Citado el: 05/06/2013. Disponible en http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/folic_acid_esp.html

- El consumo de hierro es de vital importancia para la mujer y su bebé, pues una carencia importante de este elemento podría aumentar los riesgos de mortalidad en el parto.²⁶
- El calcio ayudará al desarrollo de los huesos y los dientes del bebé y además, es fundamental para que el sistema circulatorio, muscular y nervioso del bebé se desarrolle a lo largo de la gestación y funcione correctamente.²⁷

Alimentos que no pueden faltar en su dieta

Fuentes de calcio:

- La leche y sus derivados tales como: yogur, queso, mantequilla que contienen una forma de calcio que el cuerpo puede absorber fácilmente. La vitamina D se necesita para ayudarle al cuerpo a usar el calcio, razón por la cual se fortifica la leche con esta vitamina.
- Las hortalizas de hojas verdes como: brócoli, col rizada, mostaza y nabos.
- Otras fuentes de calcio que pueden ayudar a satisfacer las necesidades del cuerpo son: el salmón y sardinas enlatadas con sus huesos blandos; las almendras y semillas de girasol.

Fuentes de hierro:

- Huevos (especialmente las yemas)
- Carne roja y magra (especialmente la carne de res)

²⁶ El hierro en el embarazo. Citado el 05/06/2013. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/1030/el-hierro-en-el-embarazo.html>

²⁷ La importancia del calcio durante el embarazo. Citado el: 07/06/2013. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/articulos/alimentacion/embarazo/la-importancia-del-calcio-durante-el-embarazo/>



- Carne de aves
- Pescado: salmón, atún
- Granos enteros: trigo, avena, arroz integral

Leguminosas:

- Frijoles, lentejas, garbanzos
- Semillas de soya (soja)
- Arvejas (guisantes)

Semillas:

- Almendras
- Nueces

Verduras como:

- Brócoli
- Espinaca
- Coles
- Acelga

Fuentes de ácido fólico:

- Vegetales de hojas verdes y oscuras (brócoli, espinacas, acelga)
- Frijoles y guisantes
- Frutas y jugos de cítricos
- Cereales fortificados con ácido fólico

Fuentes de vitamina B:

- Huevos
- Aves

- Carne
- Mariscos
- Leche
- Cereales integrales
- Cereales fortificados
- Frutos secos

Fuentes de vitamina A:

- **Origen animal:** los productos lácteos, la yema de huevo y el aceite de hígado de pescado.
- **Origen vegetal:** los vegetales amarillos a rojos, o verdes oscuros; zanahoria, camote, calabaza, zapallo, chile, espinacas, lechuga, brócoli, coles de Bruselas, tomate, espárrago.
- **En las frutas:** durazno, melón, papaya, mango, mamón.

Consumo de comida chatarra durante el embarazo

La agencia de Alimentos y Fármacos (FDA por sus siglas en inglés) donde se indica que no se deben comer hot dogs, mortadela, jamón cocido y productos chatarra a menos que se hiervan o se recalienten muy bien. El prospecto también recomienda no comer quesos blandos, ni patés. Evitar productos que puedan contener una bacteria nociva llamada listeria. Los efectos de la bacteria no son graves al no estar embarazada, pero la listeriosis es una de las pocas infecciones, junto con la toxoplasmosis, la rubéola y el citomegalovirus, que pueden traspasar la placenta y llegar a infectar al feto, dando origen a malformaciones congénitas, partos prematuros e, incluso, abortos espontáneos. La gran mayoría de las carnes procesadas no están contaminadas, pero hay alimentos que no se cuidan

apropiadamente. Es imposible saber si en el supermercado mantienen los productos frescos para evitar que se desarrolle la listeria.²⁸

2. Actividad física durante el embarazo

La actividad física durante el embarazo resulta muy beneficiosa, no sólo porque permite fortalecer el cuerpo en general, además de los músculos que se utilizarán en el parto (abdomen, suelo pélvico, espalda), y aliviar las molestias típicas de esta etapa, sino también porque acompaña las progresivas y profundas transformaciones que se producen a lo largo de la gestación.²⁹

- Durante el embarazo la mujer tiende a consumir mayor cantidad de alimento el cual se evidencia en el aumento de peso produciendo cambios metabólicos en el organismo como por ejemplo la diabetes gestacional e hipertensión arterial inducida por el embarazo.
- Disminución de la movilidad gástrica por compresión de los intestinos por el feto sumada a esto el sedentarismo.
- La práctica de ejercicio físico mejora la condición cardiovascular y muscular, favorece la corrección postural y evita un aumento excesivo de peso, lo que proporcionará a la embarazada una mejor condición física general y le permitirá enfrentarse al trabajo del embarazo y parto con menos riesgos.

Así mismo disminuye las molestias digestivas y el estreñimiento, aumenta el bienestar psicológico reduciendo la ansiedad, depresión e insomnio y crea hábitos de vida saludables. Mejora la tensión arterial y protege frente a la

²⁸ Bader Thomas. Ginecólogo y obstetra. Citado el: 07/06/2013. Disponible en: <http://espanol.babycenter.com/x1300092/puedo-comer-embutidos-durante-el-embarazo>

²⁹ BERBEL, L. Actividad física y embarazo. Citado el: 17/07/2013. Disponible en: <http://www.entrenadorespersonalesvalencia.com/pdf/Articulo%20EJERCICIO%20Y%20EMBARAZO.pdf>

diabetes gestacional, pudiendo ser empleado como tratamiento alternativo que permitiría disminuir o incluso suprimir el uso de insulina. Acorta el tiempo de hospitalización postparto y reduce el número de cesáreas. El nivel de adaptación al ejercicio físico previo al embarazo será un factor determinante en la tolerancia y posibilidades de realizar actividad física: a mayor adaptación aeróbica, mayor eficiencia cardiorrespiratoria y energética, mejor vascularización de los tejidos y mayor capacidad de eliminar calor.³⁰

Tipos de ejercicios físicos recomendados

Se recomienda a las embarazadas la realización de actividad física leve a moderada, con especial moderación en la intensidad durante el primero y el tercer trimestre. La actividad de naturaleza aeróbica de bajo impacto, como caminar, es bien tolerada por la mayoría de las mujeres y es altamente recomendable. Se recomienda practicar ejercicios respiratorios, las sesiones de actividad física deben incluir ejercicios acostada sobre la espalda, para descargar tensiones y redistribuir el peso corporal.³¹

3. Viaje durante el embarazo

Por lo general está contraindicado el viaje a larga distancia en las primeras semanas de gestación esto se debe al inicio de la implantación del cigoto, la mala implantación del mismo es una de las causas para que la gravídica se abstenga de realizar viajes.

El período de menos riesgo para emprender un viaje es el segundo trimestre de embarazo a partir de la semana 18^a, ya que el embrión ha superado las dificultades de implantación, el volumen del abdomen todavía no incomoda

³⁰ Beneficios del ejercicio físico en el embarazo. Saludalia. Citado el: 21/03/2013. Disponible en: <http://www.saludalia.com/vivir-sano/beneficios-del-ejercicio-fisico-en-el-embarazo>

³¹ Actividad física. Salud en familia. Citado el: 21/03/2013. Disponible en: <http://www.saludenfamilia.es/general.asp?seccion=77>



demasiado a la embarazada y hay menos peligro de sufrir un aborto espontáneo.

Entre la semana 28^a y la 34^a de gestación conviene evitar los desplazamientos largos, ya que la presión física y psíquica que conlleva un viaje de este tipo puede afectar al estado general de la embarazada.

Después de la 34^a semana es recomendable no moverse mucho, si bien esta no es una norma estricta. Debe ser el ginecólogo el que decida la conveniencia o no de iniciar un viaje en función del estado de la embarazada y la necesidad del desplazamiento.³²

4. Higiene durante el embarazo

A. Higiene corporal

Es muy importante que durante toda la gestación la mujer mantenga la piel muy limpia, porque las excreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas aumentan de forma muy notoria.

El baño y la ducha de todo el cuerpo con agua y jabón están recomendados para ser practicados diariamente, pues el agua, aparte de estimular la circulación de la sangre, sirve de relajante general. Los baños deben tomarse a una temperatura templada, alrededor de los 37 grados. No es conveniente que sean muy prolongados y si se usa la ducha deben evitarse los chorros violentos.

Es particularmente recomendable la higiene de los órganos genitales, que debe ser minuciosa, porque los flujos y secreciones vaginales aumentan. Por este motivo, es conveniente que se practique por la mañana y por la noche.

³² Viajar Embarazada. Sánchez A. Citado: 07/04/2013. Disponible en: <http://www.serpadres.es/embarazo/segundo-trimestre/viajar-embarazada-guia-util.html>



Las irrigaciones vaginales han sido completamente rechazadas por el peligro que entrañan de introducción de gérmenes.

Hacia la mitad del embarazo, hay que cuidar los pezones, porque comienzan a segregar un líquido denominado calostro que puede producir irritaciones si no se lavan bien con agua y jabón.

Cuando la mujer se encuentra hacia la mitad del embarazo, debe cuidar sus pezones, ya que comienzan a segregar un líquido denominado calostro que puede producir irritaciones si no se lavan bien con agua tibia y jabón, aplicándoles, además, una pomada adecuada a base de lanolina para mantenerlos suaves. De esta manera, se evitará la formación de grietas que en algunas ocasiones suelen aparecer más tarde cuando comienza la lactancia.

En el caso de que la futura madre tenga los pezones invertidos, un cuidadoso masaje diario los devolverá a su posición normal. A partir del quinto mes suelen aparecer estrías en la piel del abdomen en algunas mujeres. Para evitarlas, son igualmente aconsejables los masajes con una crema grasa o aceite natural que penetre en la piel y la conserve flexible.

Es precisa una higiene dental rigurosa después de cada comida, porque en algunas mujeres embarazadas suelen aparecer algunas pequeñas hemorragias en las encías y caries dentales a causa de la gran necesidad de calcio que la futura madre tiene en esta época, debido primordialmente a que comienzan a formarse los huesos del futuro niño, el cual, como es natural, extrae de la madre el calcio que necesita. Esta extracción de calcio que sufre la futura madre debe compensarse con vitaminas y un régimen alimenticio rico en calcio y sales minerales. El control de la dentadura por parte de un odontólogo es recomendable.

En algunos casos, también suele aparecer la caída del cabello, que parece mucho más frágil durante el embarazo, por lo que se debe lavar adecuadamente con un champú suave, evitando los tintes y las permanentes enérgicas.

B. Higiene mental

Entendemos por higiene mental de la mujer gestante la preparación psicológica positiva ante su embarazo, aceptando las limitaciones de su estado y colaborando conscientemente en todos los aspectos del mismo hasta que llegue el parto.

Durante este proceso la mujer atraviesa por 3 importantes periodos o conocidos como el Síndrome General de Adaptación (SGA):

1. Periodo de intolerancia: equivale a una reacción de alarma y puede llegar a su máxima intensidad alrededor del segundo mes, cuando el organismo materno reacciona frente al huevo, considerado como un elemento extraño.

Psicológicamente, este período se considera como uno de los más importantes y peligrosos, debido a que la mujer se puede volver aprehensiva y experimentar molestias físicas provocadas por una actitud mental creada por:

- El embarazo en sí, considerado como a experiencia nueva para la madre que puede ofrecerle ciertos riesgos, todo lo cual la lleva a sentir temor a lo desconocido.
- Algunas situaciones especiales que se encuentra la madre tales como: esperar un hijo indeseado, ser madre soltera, malas relaciones interpersonales con el esposo y familia, condición

socioeconómica difícil, son factores que le producen inseguridad y duda que puede terminar en un verdadero conflicto hacia la aceptación del embarazo, repercutiendo en la salud física o mental del hijo.

2. **Adaptación:** comprende desde los tres a siete meses, durante este tiempo la madre ha superado o resuelto su estado de indecisión y ha logrado cambiar su actitud hacia en el embarazo. Este es el periodo de adaptación, equivalente a estado de resistencia, en este periodo la gestante entra en una etapa de tranquilidad hace planes para esperas a su hijo y percibe movimientos fetales.
3. **Sobrecarga o agotamiento:** ocurre en el tercer trimestre, tiempo en el que suceden a la gestante modificaciones mecánicas producidas por el gran volumen del contenido del uterino.

En este período, la mujer muestra nuevamente temor a lo desconocido, temor por ella misma y por el niño; piensa en los procedimientos hospitalarios, posibilidad de muerte por complicaciones durante el parto, defectos del niño y crianza del mismo.³³

Ciertamente, la embarazada sufre algunos trastornos propios de la gestación que constituyen inconvenientes muy superables, en especial con la ayuda del psicólogo y su consejo.

Algunas mujeres sufren problemas psicológicos derivados a su deformación física o de la ansiedad ante el acontecimiento que se aproxima. Unos y otros deben desecharse racionalmente.

Conviene, por lo tanto, rechazar durante el embarazo las situaciones conflictivas, los disgustos, depresiones de ánimo, exceso de trabajo,

³³ La mujer y el proceso reproductivo, ATP. Citado: 02/05/2013



preocupaciones, etc., situaciones que, en algún caso, podrían llegar a provocar un aborto o malformaciones del feto.

El más positivo estímulo que puede recibir la embarazada es la comprensión, delicadeza y esperanza confiada del esposo, responsable como ella del acontecimiento que se aproxima.

El marido o compañero es, sin duda, la persona que más y mejor puede ayudar a la embarazada, no sólo animándola, sino ayudándole en muchas de las tareas cotidianas del hogar que en los últimos meses quizás resulten más pesadas para ella.

También es muy interesante que el padre se interese por todas las circunstancias del embarazo y se esfuerce en comprender los estados de ánimo de la futura madre, interesándose por sus preocupaciones, tratando de distraerla y animarla y colaborando con ella en los preparativos del próximo nacimiento.³⁴

5. Descanso y sueño durante el embarazo

Durante el embarazo ocurren cambios en el ciclo del sueño. Los primeros meses del embarazo las mujeres mientras duermen tienen períodos más cortos de la fase de sueño profundo. Durante los meses siguientes las “futuras mamás” comienzan a dormir menos y tienen interrupciones del sueño varias veces durante cada noche.

Durante el embarazo las mujeres experimentan varios cambios en todos los espectros de su vida, y por ende el momento de relajarse y dormir también sufre modificaciones.

³⁴ Higiene durante el embarazo. Clínica Pasteur. Citado el: 21/03/2013. Disponible en: http://laboratoriopasteur.mex.tl/20229_Higiene-durante-el-Embarazo.html



- Los cambios hormonales son uno de los factores que influyen en el ciclo del sueño.
- Otro de los factores que influyen en el ciclo del sueño, son los de tipo emotivos o psicológicos. En este sentido son varios los elementos que influyen y podemos enumerar los temores lógicos por los que atraviesa toda mujer embarazada, y más cuando la fecha probable de parto se va acercando.
- Otros temores son aquellos relacionados con el pensamiento de la situación que ocuparán una vez finalizado el embarazo, el rol de madres, todas las mujeres se plantean en algún momento si podrán cumplir con esa responsabilidad adecuadamente.
- Otro de los factores que generan o pueden generar molestias para dormir en las mujeres embarazadas es nada más ni nada menos que el hecho de que ese pequeño ser humano que tienen en su interior comienza a dar señales claras de su existencia: comienza a patear y moverse dentro del vientre materno. Esto suele traerle satisfacciones y emociones muy importantes y grandes a las futuras mamás, pero también, puede traer cierta incomodidad a la hora de dormir.

La falta de sueño en las mujeres embarazadas puede ocasionar complicaciones para el niño como peso bajo, riesgos cardiovasculares y metabólicos, además de generar en la madre mal humor y cansancio constante. El sueño es uno de los principales recursos a los que toda madre debe apelar para que su cuerpo descanse y a la vez se compenetre con el niño.

Dormir es bueno para tu salud tanto física como mental pero también lo es para el niño, pues si la mamá descansa, como debe, mejora el flujo sanguíneo optimizando la llegada de oxígeno y nutrientes al niño.³⁵

Recomendaciones para un mejor descanso y sueño durante el embarazo

- No se aconsejan siestas después de almorzar, o por lo menos siestas largas en virtud de que esto pueda hacernos llegar a la hora de dormir demasiado descansadas y por ende podría traerles insomnio. Es altamente aconsejable tratar de respetar horarios para acostumbrar al organismo a los mismos, y generar entonces la rutina permitiendo al organismo “saber” que hay momentos para cada cosa incluyendo el horario o período de sueño.
- Otras recomendaciones de cosas que no deberían hacerse en horarios cercanos al atardecer son el hecho exponerse a actividades competitivas, como practica un deporte competitivo o juegos que traigan excitación o emociones fuertes, leer libros cuyo contenido pueda dejarnos en un estado de alerta o preocupación, salidas hasta muy tarde, pues rompen con la rutina y el acostumbramiento de horarios propuestos anteriormente.³⁶

6. Relaciones sexuales durante el embarazo

Durante la gestación aparecen cambios progresivos relacionados con el aspecto físico de la mujer como el aumento de peso y de volumen, que se hace evidente con el crecimiento del abdomen, la alteración en la coloración de la piel y en las mucosas genitales, la hiper-flexibilidad de las

³⁵ La importancia del sueño durante el embarazo. Spring. 23/7/2012. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.colchonesspring.com.co/cambia-tu-vida/dormir-en-el-embarazo>. Citado: 02/05/2013

³⁶ Descanso durante el embarazo. Zonadiet.com. Citado el 21/03/2013. Disponible en: www.zonadiet.com/salud/emb-desc-embarazo.htm

articulaciones (las sacro ilíacas y los huesos pelvianos para poder aumentar la capacidad de la pelvis y facilitar el parto.

Y otros cambios que tienen que ver con la fisiología como son los ocurridos en el sistema cardiovascular, urinario, digestivo, respiratorio, de coagulación, y órganos reproductivos. En la vagina se produce un aumento de lubricación y un aumento de sensibilidad, debido a la existencia de una mayor vascularización que se traduce en una mayor congestión, una mucosa que cambia a una tonalidad más violácea y un cambio a nivel del flujo que puede variar en textura y cantidad con un pH más ácido, posiblemente para protegerla de posibles infecciones.

Las mamas también sufren cambios espectaculares, cambios que en algunas ocasiones empiezan de forma muy temprana, incluso desde el momento de la primera falta de menstruación. Se produce un aumento de tamaño y de firmeza, las areolas se agrandan y oscurecen. Aparecen en ellas los tubérculos de Montgomery (que son glándulas sebáceas alargadas) cuya finalidad es lubricar la areola y los pezones. La piel se estira y deja traslucir los vasos sanguíneos. La capacidad eréctil de los pezones, aumenta y en definitiva se muestran mucho más sensible.³⁷

Con el bebé en camino la vida sexual de la pareja puede cambiar, pero si todo va bien, se puede tener sexo hasta el final del embarazo.

A. Primer trimestre

En los primeros meses del embarazo, muchas mujeres evitan tener relaciones sexuales, debido a los problemas que se presentan tales como el cansancio y las náuseas. Al menos en las primeras semanas,

³⁷ La Sexualidad en el embarazo y puerperio. Francisca. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.aeem.es/noticias/103.pdf>. Citado: 02/05/2013.

muchas mujeres tienen miedo de que el sexo pueda perjudicar el embarazo, que se encuentra todavía en un estado frágil.

Sin embargo, ocurre todo lo contrario: al principio de la gestación, los órganos de la pelvis están mejor irrigados, lo que es bueno para el deseo. Incluso muchas llegan más fácilmente al orgasmo. Y precisamente para las parejas a las que les ha costado un tiempo lograr el embarazo, el sexo ahora es más relajado. Por eso, la delicada primera etapa de la gestación puede convertirse en un momento de intenso placer.³⁸

B. Segundo trimestre

El deseo sexual aumenta considerablemente en la mujer durante el segundo trimestre del embarazo. Éste es el período durante el cual se vence el temor a perder el bebé, que ya se halla perfectamente anidado en el útero.

Además, suelen desaparecer las náuseas y otras molestias, lo que aumenta el bienestar de la embarazada. La futura madre se siente satisfecha y dispuesta a hacer el amor.

En el segundo trimestre del embarazo, el abdomen comienza a redondearse y la afluencia de sangre a los vasos situados alrededor de la vagina crea una congestión de los genitales, que hace a la mujer mucho más receptiva a los impulsos sexuales.

El orgasmo se vuelve más intenso y puede repetirse varias veces durante una misma relación sexual, aunque también puede ser que se necesite más tiempo del acostumbrado para alcanzarlo. Las mucosas de los

³⁸ Sexo en las distintas etapas del embarazo. Citado el 06/04/2013. Disponible en: <http://www.serpadres.es/embarazo/segundo-trimestre/sexo-embarazo-dudas.html>

genitales se vuelven sensibles y delicadas, por lo que la mujer puede preferir los besos a las estimulaciones manuales y deseará una penetración más suave.

Hacia finales del segundo trimestre, el apetito sexual del futuro papá puede disminuir, debido al apuro que produce el cuerpo de la mujer embarazada. Las razones no son estéticas, por lo que la mujer no debe sentirse rechazada. Se trata de razones psicológicas, ya que el miedo a dañar al bebé, mucho más perceptible ahora que la barriga evidencia su presencia.

Incluso se puede dar que algunos hombres rechacen la idea de hacer el amor con una madre. En este caso puede tratarse de algún complejo o impedimento psicológico sin solucionar con el que vale la pena enfrentarse, posiblemente requiriendo la ayuda de un psicólogo de confianza.³⁹

C. Tercer trimestre

Si el embarazo es normal y saludable, las relaciones sexuales no presentan riesgos, aunque a medida que el vientre va creciendo podría resultar algo incómodo. Quizás se tenga que ser creativa y experimentar un poco con distintas posiciones para encontrar la más cómoda.

Por otro lado, tener relaciones sexuales podría ser riesgoso durante el tercer trimestre, en ciertas circunstancias, incluyendo las siguientes:

- **Placenta previa:** si el pene entra en contacto con el cuello uterino, o si hay **contracciones** como resultado de un orgasmo, hay una

³⁹ Sexo durante el segundo trimestre del embarazo. My Bebe y Yo. Citado: 06/04/2013. Disponible en : <http://www.mibebeyyo.com/embarazo/segundo-trimestre/sexo-segundo-trimestre-embarazo-245>

posibilidad de que eso irrite la placenta y causar suficiente sangrado como para provocar la pérdida del embarazo.

- **Sangrado vaginal:** ruptura de membranas, porque el bebé ya no está protegido contra una posible infección.

- **Parto prematuro**

- **Cuello uterino incompleto⁴⁰**

Existen algunas circunstancias en las que el sexo no es seguro durante el embarazo. Las mujeres con las siguientes complicaciones de salud deben hablar con el profesional antes de tener relaciones sexuales:

- En caso de amenaza de aborto o de parto pretérmino.
- En el caso de sangrado vaginal.
- Si tienes contracciones antes de lo normal, que anuncian un parto prematuro.
- Si han detectado algún problema en la placenta: insuficiencia placentaria, placenta previa.
- En caso de riesgo de parto prematuro en los embarazos múltiples.
- En caso de enfermedades como la diabetes, el asma o los problemas cardíacos.
- Si él o ella tienen alguna infección genital.
- Si se produce una rotura prematura de la bolsa amniótica.

⁴⁰Puede tener sexo en el tercer trimestre del embarazo. Citado: 06/04/2013. Disponible en: <http://espanol.babycenter.com/x4100159/puedo-tener-sexo-en-el-tercer-trimestre-de-embarazo>

7. Religión

El concepto de religión es el "conjunto de creencias o dogmas a cerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto".⁴¹

Católica

Catolicismo (del griego καθολικός, *katholikós*, universal, que comprende todo) es un término que hace referencia al carácter de la fe profesada por los fieles de la Iglesia católica apostólica romana, como así también a la teología, doctrina, liturgia, principios éticos y normas de comportamiento derivadas, al igual que al conjunto de sus seguidores como un todo.⁴²

Inflexibilidad de la religión católica

- La iglesia católica, condena y prohíbe el uso de métodos anticonceptivos, sin embargo los que practican el catolicismo activamente, son consumidoras de esta alternativa de planificación familiar (la píldora, dispositivos intrauterinos o incluso la esterilización quirúrgica). En la vida real, el uso de anticonceptivos y tener fuertes creencias religiosas es compatible", afirmó la autora del estudio, Rachel Jones.⁴³
- El Matrimonio eclesiástico es el rito católico más importante pues involucra creencias y una manera de formalizar el compromiso de una pareja ante Dios.

⁴¹ Religión. Godoy, N. disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/temrelig/temrelig.shtml>. Citado: 06/06/2013.

⁴² Las creencias y prácticas Católicas son Bíblicas. Disponible en: <http://www.gotquestions.org/Espanol/Creencias-Catolicas-Biblicas.html>. Citado: 06/06/2013

⁴³ religión y anticonceptivos, estudio reciente de guttmacher. SHSSR. Disponible en: www.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fshssr.blogspot.com%2F2011%2F04%2Freligion-y-anticonceptivos-estudio.html&h=HAQFrgMDB. Citado: 06/06/2013.



- La Iglesia sabe que cuando una persona contrae matrimonio, lo hace confiando en que junto con su cónyuge se comprometen ante Dios a una unión de vida y amor, con una entrega mutua y deseo de felicidad entre ambos.
- El matrimonio es producto del consentimiento libremente emitido por los contrayentes.
- La Iglesia, no anula matrimonios, sólo declara la nulidad de los que, ante la misma, nunca existieron. Si hubo matrimonio, ese matrimonio existe hasta que la muerte los separe.⁴⁴

8. Consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo⁴⁵

Al ser mayor el tamaño de la placenta en estas mujeres, aumenta la frecuencia de placenta previa, con mayor riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragias de la misma y rotura precoz de membranas. Todas estas complicaciones ocurren con mayor frecuencia en aquellas fumadoras que tienen un grado de consumo alto.⁴⁶

El consumo de alcohol el mismo que es transportado por el sistema circulatorio hasta la placenta, dando lugar al síndrome de alcoholismo fetal, esto se refiere a un grupo de defectos congénitos tales como:

- Problemas de comportamiento y atención
- Anomalías cardíacas
- Cambios en la forma de la cara
- Crecimiento deficiente antes y después del parto

⁴⁴ Nulidad Matrimonial eclesiástica. Disponible en: <http://www.nuevodivorcio.com/nulidad-matrimonial-eclesiastica.html>. Citado: 06/06/2013

⁴⁵ Alcohol y vitaminas. MedlinePlus, Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007454.htm>. Citado: 02/05/2013

⁴⁶ Tabaco y embarazo efectos sobre el niño. Saludalia. 27/05/2007. Disponible en: <http://www.saludalia.com/tabaquismo/tabaco-nino>. Citado: 02/05/2013



- Problemas con el movimiento y el equilibrio, y tono muscular deficiente
- Problemas con el pensamiento y el habla
- Problemas de aprendizaje

El consumo de tabaco durante el embarazo resulta perjudicial para el feto, por lo que se debe recomendar a la mujer embarazada que deje de fumar.

El tabaco produce una disminución en el peso del recién nacido de entre 200 y 300 gramos, bien por el efecto directo en la absorción de sustancias tóxicas -como nicotina o monóxido de carbono- o bien por la alteración del flujo uterino y alteraciones en la concentración de gases sanguíneos. También parece que el tabaco aumenta los riesgos de rotura prematura de membranas, parto pretérmino, hemorragias anteparto, retraso de crecimiento intrauterino y, en resumen, aumenta la morbi-mortalidad perinatal.

Por otra, se han descrito efectos en el peso del recién nacido cuando la madre es fumadora pasiva. No existe relación con malformaciones congénitas, excepto quizá un ligero aumento de hendiduras del labio o paladar. Datos recientes revelan un discreto aumento del riesgo de cardiopatía congénita.

Durante el embarazo deben evitarse las bebidas alcohólicas. El consumo habitual es capaz de producir efectos adversos en el recién nacido, como retrasos de crecimiento o incluso el síndrome alcohólico-fetal, caracterizado por retraso de crecimiento, anomalías en el desarrollo cráneo-facial y alteraciones del sistema nervioso central. Estos efectos dependerán de cada caso individual y es importante recordar que el alcohol tiene efectos diferentes en cada individuo y la tolerancia en el sexo femenino es aproximadamente la mitad que en el masculino.

A largo plazo, con el consumo de tabaco durante el embarazo se ha observado un riesgo superior en hijos de madres fumadoras en desarrollar diabetes y enfermedades psiquiátricas durante la adolescencia.⁴⁷

DERECHOS LEGALES DE LA EMBARAZADA⁴⁸

1. Estabilidad laboral

El derecho primordial que ampara a la mujer embarazada es garantizar su estabilidad laboral durante su período de gestación y durante las 12 semanas de licencia a que tienen derecho según lo manifiesta el artículo 153 y 154 inciso segundo del Código del Trabajo.

2. Licencia por maternidad

Adicionalmente a la estabilidad laboral, la mujer tiene derecho a una licencia de 12 semanas remuneradas por motivo del nacimiento de su primogénito, estas doce semanas pueden ser tomadas incluso desde días o semanas antes de que se produzca el nacimiento, sin embargo al cumplirse las 12 semanas tendrá que reincorporarse a sus labores normales. Únicamente en el caso de nacimientos múltiples esta licencia se extenderá por diez días más.

3. Horario de lactancia

Las madres que se reincorporen a sus labores dentro de la empresa, tendrán un horario especial de 6 horas diarias por motivo de lactancia. Este horario podrá ser fijado por el reglamento interno, contrato colectivo o de común acuerdo con el empleador. Esta disposición está estipulada en el artículo 155 inciso tercero del Código de Trabajo.

⁴⁷ Tabaco y alcohol durante el embarazo. Clínica Universidad de Navarra. Citado el: 21/03/2013. Disponible en: <http://www.cun.es/area-salud/perfil/futura-mama/tabaco-alcohol-embarazo>

⁴⁸ Derechos legales, V Garcia. Citado: 1/01/2012. Disponible en: http://www.doctorgarcia.cl/html/derechos_legales.html



4. Guardería

El mismo artículo 155 en sus primeros incisos señala la obligación que tienen las empresas con más de cincuenta trabajadores a establecer cerca del lugar de trabajo, una guardería infantil para los hijos de su personal. Este servicio deberá ser suministrado por la empresa de manera gratuita y cubrirá los rubros de alimentación, infraestructura y todo lo que esté relacionado con la correcta prestación de este servicio.

5. Orientación sexual

El coito no está contraindicado en el embarazo fisiológico, se contraindica en presencia de metrorragia y en la amenaza de parto prematuro.

6. Planificación familiar

Dar conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados en el primer control puerperal.

7. Derechos de paternidad

El padre tiene derecho a licencia con remuneración por 10 días por el nacimiento de su hijo/a por parto normal; en los casos de nacimientos múltiples o por cesárea se prolongará la licencia por 5 días más.

Casos especiales:

- En los casos en que el hijo/hija haya nacido prematuro en condiciones de cuidado especial, la licencia por paternidad se prolonga con remuneración por ocho días más.

- En casos de que el hijo/hija haya nacido con una enfermedad degenerativa, terminal o irreversible, o con un grado de discapacidad severa, el padre podrá tener una licencia con remuneración por 25 días, hecho que deberá ser justificado con la presentación de un certificado médico otorgado por un facultativo del IESS o por el médico privado.
- En caso de fallecimiento de la madre, durante el parto o mientras goza de licencia por maternidad, el padre podrá hacer uso de la totalidad o parte del período restante de licencia que le correspondería a la madre, si no hubiese fallecido.⁴⁹

INTERCULTURALIDAD DEL PARTO⁵⁰

Cultura, etnocentrismo e interculturalidad

En la vida diaria comúnmente usamos el término cultura para referirnos al nivel de instrucción de las personas, al grado de conocimientos que pueden tener, o a ciertos comportamientos que consideramos ideales en nuestra sociedad.

Sin embargo, la cultura vista ya no desde su uso común, sino desde una perspectiva antropológica, se refiere a todo lo que crea el hombre al interactuar con su medio físico y social y que es adoptado por toda la sociedad como producto histórico, desde este punto de vista, no hay grupo humano que carezca de cultura ni hay culturas superiores frente a otras inferiores. Simplemente hay culturas diferentes.

⁴⁹ Derechos laborales inherentes a la maternidad. Dr. F, Murillo. Citado: 24/01/2013. Disponible en: http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=5598&Itemid=134

⁵⁰ Interculturalidad del parto. Citado el: 06/04/2013. Disponible en: <http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/EL%20ENFOQUE%20INTERCULTURAL%20EN%20LAS%20NORMAS%20DE%20SALUD%20MATERNA%20DEL%20ECUADOR%201994-2009.pdf>

En el ámbito de la salud, además la interculturalidad es una toma de posición con el objeto de promover el diálogo cultural entre diferentes grupos, en un marco de respeto e igualdad tendiendo hacia la inclusión, la simetría, la equidad. Además el principio de interculturalidad implica, en primera instancia, un cuestionamiento del modelo social y cultural desde el cual se ejerce la medicina occidental, caracterizada por una tendencia hacia la exclusión de otros saberes en salud.

El etnocentrismo es la tendencia a juzgar a las personas de otras culturas desde el punto de vista de nuestros propios patrones culturales, a pensar que nuestras costumbres son mejores, que nuestra cultura es superior a las otras, y por tanto considerar a las personas de otras culturas como seres inferiores, menos civilizados, y en algunos casos hasta menos humanos.

Elementos importantes de la interculturalidad:

- El reconocimiento de la propia identidad y el diálogo en igualdad de condiciones para la construcción de acuerdos y la ejecución de compromisos.
- La interculturalidad promueve el conocimiento mutuo de las distintas culturas, la aceptación y valoración de las diferencias como algo positivo y enriquecedor del entorno social, la institucionalización del enfoque intercultural y la garantía del Estado para la aplicabilidad de las Políticas Públicas Interculturales en Salud.

Adecuación cultural de la atención del parto ⁵¹

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres y sus familias.

⁵¹ Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. MSP. 2008. Citado: 06/05/2012.



Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el riesgo que representa el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado un método de cuidado de la salud específico para este acontecimiento.

Al reconocer que nuestro país es plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnico, es necesario también comprender que los distintos grupos étnicos tienen diversas expectativas en la atención de salud. En gran parte esto puede explicarse por qué el sistema biomédico no satisface sus necesidades.

Según la antropóloga Margaret Clark, en estos contextos multiculturales un factor decisivo es la falta de reconocimiento hacia las creencias sobre las causas y curaciones de algunas enfermedades por parte de los médicos del sistema de salud occidental. Así por ejemplo, un médico que rechaza la creencia del “mal de ojo” por considerarla irrelevante no tiene posibilidades de ser respetado por la gente que cree en ello.

Sin embargo, debido a las circunstancias históricas que condujeron a la difusión de la civilización occidental, el sistema biomédico moderno se ha oficializado en casi todos los contextos socioculturales, marginando a otros sistemas tradicionales y/o alternativos de salud.

Por esta razón, en muchos casos los servicios obstétricos de salud resultan inaceptables para las mujeres y sus familias, ya sea porque éstas sienten que no son tratadas con respeto, o porque los servicios no tienen en cuenta sus valores y tradiciones culturales.

Y es que a diferencia del sistema biomédico, que define las causas y tratamiento de las enfermedades en base a criterios fisiológicos, los saberes médicos ancestrales generalmente contemplan un conjunto complejo de



aspectos socioculturales; religiosos, ecológicos, emocionales o afectivos de la experiencia humana, bajo una visión holística que integra cuerpo, alma y espíritu.

Además, dentro de las diferentes comunidades, pueblos y nacionalidades, los sabios del Subsistema de Salud ancestral (yachaks, curanderos, hierbateros, parteras/os, fregadores, kuyfichak) y otras culturas, son gente que aparte de hablar el mismo idioma, están dispuestos a acompañar el tiempo necesario al paciente y no necesariamente cobran dinero sino que establecen un sistema de trueque, reforzando de ésta manera, las relaciones de afecto, confianza y solidaridad al interior de la comunidad.

Por el contrario, ante la gran demanda de atención médica en las instituciones públicas y falta de recursos humanos, el personal de salud del sistema occidental no puede disponer mucho tiempo con el paciente, además, el médico no habla su mismo idioma, el lenguaje médico es poco entendible para los pacientes, hay maltrato, discriminación, decisión unilateral y aislamiento familiar. Todo ello, junto con los costos de la atención, crea una barrera que explica en gran medida por qué la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud occidental, ya sea público o privado.

Reconocer las diferencias culturales en la atención de la salud es un aspecto muy positivo, sin embargo no es suficiente, pues es necesario estar conscientes de que estos principios culturales deben ser profundizados en su estudio y conocimiento. Debemos entender las concepciones y valores en el trasfondo de dichas diferencias para tomarlas en cuenta en las consideraciones de la salud física, emocional y espiritual de la mujer embarazada, y poder adecuarlas a la atención calificada del parto en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto.

Entre otros resultados, el desarrollo efectivo de éste componente aporta elementos para:

- Identificar las características culturales locales que debe tener la atención del embarazo y del parto para respetar las tradiciones de todas las mujeres y así satisfacer sus necesidades y requerimientos.
- Modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal de los servicios de salud de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales.
- Modificar las prácticas inocuas o dañinas de la atención obstétrica y neonatal practicadas en los servicios de salud, basándose en las formas de cuidado beneficiosas.
- Eliminar la práctica rutinaria de: episiotomía, rasura del vello púbico y aplicación de enema.
- Facilitar el apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el trabajo de parto y posparto.
- Permitir el acompañamiento de la pareja, familiares y la partera durante el trabajo de parto y posparto.
- Permitir que la paciente escoja la posición más cómoda para el parto.



- Garantizar el acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre-hijo/a así como la lactancia precoz exclusiva salvo el caso de screening VIH positivo.
- Devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural y a las normas de bioseguridad del MSP.
- Promover la conformación de comités de usuarias/os que den seguimiento a la calidad de la atención y apoyen las acciones de mejoramiento de la misma.
- Promover la participación activa de comités de usuarias/os, gobiernos comunitarios de salud (parteras y promotores), proveedores de los servicios de salud y gobiernos locales, en espacios de trabajo como los Consejos de Salud en donde hayan, y en donde no hayan, motivar su conformación que permitan examinar las actuales prácticas obstétricas y detectar las brechas culturales para introducir modificaciones consensuadas y progresivas para la humanización y adecuación cultural a los procesos de atención.
- Diseñar estrategias de sensibilización para el manejo adecuado de la resistencia al cambio.

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

Victoria del Portete denominada anteriormente Irquis por sus constantes paramos, lleva este nombre porque en sus pampas, se libró la famosa Batalla del 27 de febrero de 1829, que culminó con el triunfo del ejército del Gral. Antonio José de Sucre.

Fecha de Parroquialización

El Ex Presidente Constitucional de la República, José María Velasco Ibarra luego de revisar la solicitud del Ilustre Consejo Municipal de Cuenca, de que se apruebe la ordenanza dictada el 4 de septiembre 1944, por la que se crea la parroquia Victoria de Portete.

La Parroquia Victoria del Portete se encuentra ubicada al Sur del cantón Cuenca, provincia del Azuay. Tiene una superficie de 203,77 Km²; esta parroquia representa el 5,67% aproximadamente de la superficie del cantón

Está ubicada a 25 kilómetros de distancia siguiendo la panamericana sur desde Cuenca, hasta llegar al centro parroquial, su altura en sus páramos es de 3.880 m.s.n.m hasta el lugar más bajo que es 2.500 m.s.n.m, con temperaturas que son constantes a lo largo del año desde los 3^o en la parte alta del Páramo hasta encontrarse con un clima menos frío y húmedo con temperaturas de 18^o en la parte baja de la parroquia.

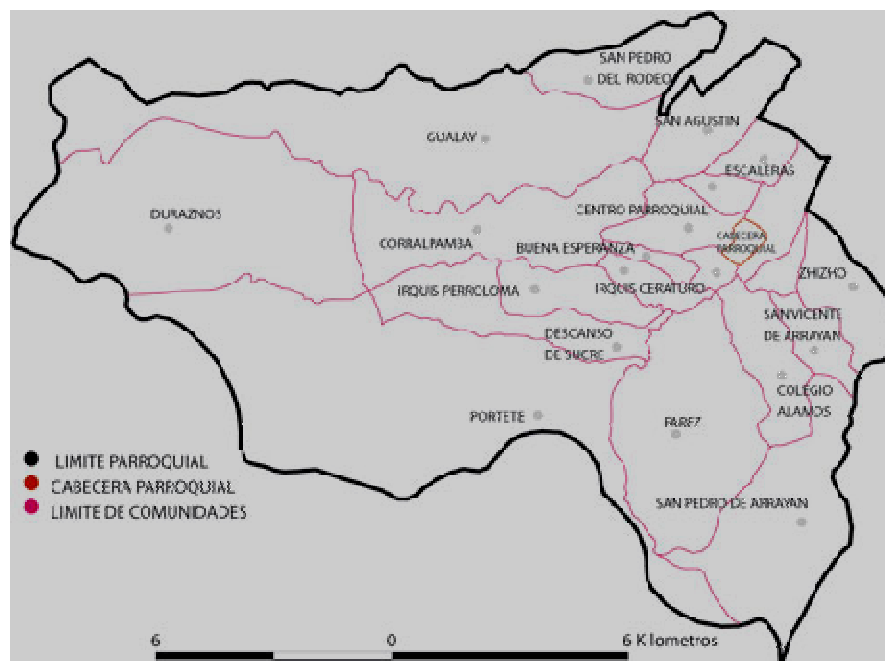
Delimitación Política

La parroquia Victoria del Portete, posee 17 comunidades con 5 barrios en el centro urbano parroquial y 3 barrios en la comunidad de Zhizho.

Sus límites son:

- Al Norte: Parroquia Tarqui y Baños.
- Al Sur: Parroquia San Gerardo y el Canto Girón.
- Al Este: Parroquia de Cumbe
- Al Oeste: Parroquia de Baños.

Figura N° 1: Mapa de la Parroquia Victoria del Portete.



Fuente: Junta Parroquial de Victoria del Portete. 2010. Disponible en:

[http://www.victoriadelportete.com/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=62].

Citado: 15/12/2012

Actividades

La actividad productiva más relevante de Victoria del Portete es la ganadería, destacada por su producción de leche que luego es exportada hacia la ciudad de Cuenca, también es productora de maíz, papas, frejol, ocas y de otros productos agrícolas zonales.

Subcentro de Salud Victoria del Portete

Figura N° 2: Subcentro de Salud de la Parroquia Victoria del Portete



Fuente: vista frontal del Subcentro de Salud Victoria del Portete.

Elaborado por: las autoras

Historia del Subcentro de Salud

Está ubicada en la Parroquia del mismo nombre. En el año de 1983 se inicia con la presentación de los servicios de salud con un local en la casa de la señora Inés Mogrovejo de Pesantez con la atención brindada por la doctora Judith Cárdenas y la auxiliar de enfermería la señora Leonor Ochoa. En el año de 1987 con la asignación de 1'500.000 sucres dada por el gobierno del ingeniero León Febres Cordero y con la colaboración del Ministerio de Salud Pública, Dirección Provincial de Salud del Azuay, el Instituto Ecuatoriano de Obras Sociales, el país de Canadá a través del CARE y con la ayuda de los moradores de la parroquia, se construye el Subcentro de Salud de la Victoria del Portete. En el año de 1995 se amplía con la ayuda del programa de



FASBASE, el local es más amplio y cómodo, con equipamiento médico y odontológico.

“La señora María Jara Sangurima usuaria del Subcentro de Salud, quien colaboró en las mingas para la construcción del mismo, dice estar muy contenta porque el Subcentro ha cambiado mucho desde su construcción y esta consiente que es una gran ayuda para la comunidad en especial para el cuidado y control de las madres gestantes y niños/as.”

Condiciones de la institución

En la parte frontal al Subcentro se encuentra una vía de acceso, al lado izquierdo podemos encontrar una pequeña área de recreación y espacio verde; en la parte posterior se observa una área para cultivos, y finalmente a la derecha se encuentra el salón que forma parte del Subcentro, todo lo mencionado anteriormente se encuentra protegido por una malla la misma que sirve de protección en el tiempo que el Subcentro no está en funcionamiento.

Programas que se desarrollan:

- DOTS-Tuberculosis.
- PAI- Inmunizaciones.
- Maternidad Gratuita-Control de embarazo.
- DOC-Planificación familiar- PAP.
- Atención integral por ciclo de vida.
- Programa acción nutrición.
- Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes.
- AIEPI.
- Tamizaje neonatal.

**Misión:**

Brindar a la comunidad un servicio médico, odontológico, óptimo, eficaz y rápido para la comodidad de cada uno de ellos, para así lograr el bienestar de nuestra parroquia a través de un nuevo modelo de atención.

Visión:

Ser una unidad de salud que brinde a los usuarios el mayor número de prestaciones en salud, a través de la reingeniería de sus departamentos, mejorando la efectividad de los mismos y de esta forma incentivar la participación de la comunidad en el nuevo modelo de atención integral e intercultural de base familiar y comunitaria.

Recursos humanos de la institución

- ✓ Doctor Freddy Campoverde (Médico General y director de la unidad operativa)
- ✓ Stephanie Morales (Médica Rural)
- ✓ Doctora Verónica Lazo (Médico General)
- ✓ Doctora Gabriela Rosas (Odontóloga)
- ✓ Doctor Raúl Rivera (Odontólogo rural)
- ✓ Licenciada Yenny Arévalo (Licenciada de Enfermería)
- ✓ Licenciada Daysi Angamarca (Licenciada en Enfermería)
- ✓ Int. Andrea Cedillo (Interno de medicina)
- ✓ Int. Valeria Quilli (Interna de enfermería)
- ✓ Int. Edwin Tenecora (Interno de enfermería)
- ✓ Srta. Tania Patiño (Estadística)



Descripción de la planta física:

- Sala de espera
- Estadística

Pasillo lado derecho:

- Farmacia
- Consultorio de medicina (Doctora Verónica Lazo)
- Consultorio de odontología
- Bodega – Vestidores – Estante de ropa limpia – Baño para el personal
- Consultorio de medicina (Doctor Fredy Campoverde)
- Estación de enfermería – Preparación – Área de emergencia
- Cuarto de procedimientos especiales (PAP y ECOS)

Pasillo lado izquierdo:

- Sala de vacunación
- Baño para el público

Fuera de la planta de la unidad operativa cuenta con un salón para actos sociales y los días ordinarios funciona como cocina.

Distribución de las comunidades por EBAS (Equipo Básico de Salud)

EBAS 1: líder del grupo Dr. Fredy Campoverde

- Victoria del Portete



- Churuguso
- San Pedro del Rodeo
- San Agustín
- Estación de Cumbe
- San Pedro de Arrayan
- Mataquilcana
- Gualay
- Escaleras
- Buena Esperanza

EBAS 2: líder del grupo Medico Rural Stephanie Morales

- San Vicente de Arrayan
- Zhizho
- Alamos
- Bellavista

EBAS 3: líder del grupo Doctora Verónica Lazo

- Irquis Ceraturo
- Descanco de Sucre
- Pucaraloma
- Corralpamba
- Portete



CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir los estilos de vida de las embarazadas que acuden a control prenatal, en el Subcentro de Salud de “Victoria del Portete” Cuenca, 2013.

Objetivos específicos:

- Describir la alimentación, actividad física, higiene, consumo de alcohol y tabaco, descanso y sueño de las gestantes que acuden a control prenatal en el Subcentro de Salud Victoria del Portete.
- Describir los aspectos gineco-obstétricos de las gestantes de Victoria del Portete.
- Identificar factores de riesgo reales y potenciales a los que se encuentran expuestas las gestantes de Victoria del Portete.

CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

Es un estudio descriptivo de corte transversal que busca determinar los estilos de vida de las gestantes que acudieron a control prenatal en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete.

Método

Se realizó una investigación de tipo cuantitativo que nos permitió examinar los datos de manera científica o más específicamente en forma numérica, generalmente con ayuda de herramientas que comprenden al campo de la estadística.⁵²

Universo

La población del proyecto de investigación lo constituyeron todas las gestantes que acudieron a control prenatal de la Parroquia de Victoria de Portete determinándose como un universo infinito.

Muestra

Se trabajó con un marco muestral por selección que involucran 52 gestantes que acudieron a control prenatal al Subcentro de Salud de Victoria de Portete en los meses de febrero, marzo y abril del 2013.

^{52/6} Investigación cuantitativa. 2012. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n_cuantitativa, citado 08/11/2012

Técnicas

Las técnicas de investigación que se utilizaron fueron: **la observación directa** y la **aplicación de encuestas** a las gestantes sobre estilos de vida.

Instrumento

El instrumento que se utilizó fue: un **formulario** elaborado por las autoras y previamente validado para esta investigación, que contienen preguntas abiertas y cerradas sobre los estilos de vida.

Procesamiento de la información

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados en:

Microsoft Word: es un procesador de textos que utilizamos para crear, modificar, e imprimir documentos escritos, el cual nos permitió manejar todo tipo de información útil para esta investigación.

Microsoft Excel: es un programa de cálculo que lo utilizamos para graficar los resultados obtenidos de la investigación.

SPSS: programa estadístico informático que utilizamos como base de datos para tabular y obtener resultados con mayor precisión.

Variables de estudio

❖ Variable independiente

Embarazadas que acuden a control prenatal al Subcentro de Salud Victoria del Portete.

❖ Variable dependiente

Estilos de Vida:

- Alimentación
- Actividad física
- Higiene
- Consumo de alcohol y/o tabaco
- Descanso y sueño
- Antecedentes ginecológicos
- Antecedentes obstétricos

❖ Variable de control

- Edad
- Procedencia
- Residencia
- Tipo de sangre
- Antecedentes patológicos familiares
- Antecedentes patológicos personales

❖ Variable de intervinientes

- Religión
- Etnia
- Ocupación
- Ingresos económicos
- Grado de instrucción
- Estructura familiar
- Estado civil
- Infraestructura



Descripción de términos para la presente investigación

La investigación maneja los siguientes conceptos:

Datos sociodemográficos: aquellos que involucran variables sociales determinan la formación, conservación y el movimiento de las poblaciones, como: edad, sexo, estado civil, orden de nacimiento, procedencia, residencia, escolaridad.

Condiciones económicas: son recursos económicos y medios materiales o inmateriales que permiten satisfacer ciertas necesidades del ser humano que influyen de manera importante. Características de la vivienda, número de habitaciones, servicios básicos, medio de transporte, ingresos familiares y actividad laboral.

Condiciones culturales: son conjuntos de saberes, creencia y pautas de conducta de un grupo social que van relacionados con: etnia, religión, número de hijos.

Condiciones de salud sexual y reproductiva: características inherentes a su sexualidad como: edad de la menarca, telarca y primera relación sexual, parejas sexuales, utilización de métodos anticonceptivos e ITS, embarazos, abortos

Estilos de vida: incluyen alimentación, sueño, higiene y consumo de tabaco y alcohol

Criterios de inclusión

- Todas las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal que residen en Victoria del Portete, en los meses de febrero, marzo y abril del 2013.

- Todas las mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro del Salud de Victoria del Portete y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Todas las mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete y no residen en esta parroquia.
- Todas las mujeres embarazadas que no estén de acuerdo a participar en la investigación.
- Todas las mujeres embarazadas que acudieron al Subcentro del Salud de Victoria del Portete y no firmaron el consentimiento informado.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos

Inicialmente se dirigió una comunicación al Director del Subcentro de Salud de Victoria del Portete, a quien se le entregó personalmente y se le explicó el alcance de la investigación. Una vez que se contó con la autorización, se conversó con las gestantes, se absolvió sus inquietudes, y se solicitó su consentimiento para la participación en el llenado de la encuesta.

Si al momento de la recolección de la información, las gestantes o desearon intervenir, se les agradeció por su predisposición inicial.

Se le indicó que los formularios no tienen registro del nombre a fin de proteger su identidad.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla Nº 1. Número de comidas al día de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Número de comidas	Nº	%
2	2	3,8
3	37	71,2
4	2	3,8
5	11	21,2
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 37 se alimentan con una frecuencia de 3 veces al día, seguido de 11 que lo hace 5 veces al día, 2 cuatro veces y 2 por 2 ocasiones. La frecuencia de la alimentación durante el embarazo debe ser regular, sin pasar hambre por más de 8 horas, ni saltarse comidas, con mínimo 3 comidas diarias y si existe rechazo a grandes cantidades, la alimentación debe ser fraccionada para evitar la falta de la energía y nutrientes para la gestante y el feto.

Tabla Nº 2. Consumo por semana de los diferentes grupos alimenticios de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Grupo alimenticio	Frecuencia por semana					TOTAL
	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7	Ninguno	
Carbohidratos	11	13	8	10	10	52
Verduras	23	11	2	1	15	52
Frutas	26	8	2	0	16	52
Carnes/mariscos/huevos	19	6	1	1	25	52
Lácteos	7	13	6	8	19	52
Comida chatarra	14	2	0	0	36	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: la frecuencia en el consumo de alimentos por semana de las 52 gestantes encuestadas es: 26 consumen frutas de 1 a 2 veces, 23 consumen verduras de 1 a 2 veces, 19 consumen carnes/mariscos/huevos de 1 a 2 veces, 14 consumen comida chatarra de 1 a 2 veces, 13 consumen carbohidratos de 3 a 4 veces y 13 consumen lácteos de 3 a 4 veces.



Tabla N° 3. Consumo de vitaminas de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Consumo	N°	%
Si: ácido fólico y hierro	49	94,2
No	3	5,8
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 49 toman ácido fólico y hierro durante su gestación, previniendo de esta manera la mal formación en el túbulo renal del feto y mortalidad postparto por anemia y 3 representan riesgo al no tomar suplementos vitamínicos.

Tabla Nº 4. Actividad en el tiempo libre y frecuencia por semana que realizan 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Actividad en el tiempo libre	Frecuencia por semana				TOTAL
	Diario	3 veces	Semanal	Ninguna	
Camina	31	5	5	0	41
Trota	1	0	0	0	1
Otra	2	0	1	0	3
Ninguna	0	0	0	7	7
TOTAL	34	5	6	7	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas 41 caminan, de ellas 31 lo hacen de forma diaria, 5 gestantes 3 veces por semana y semanalmente y 7 no realizan ninguna actividad física. La práctica de ejercicio físico durante el embarazo mejora la condición cardiovascular y muscular, favoreciendo la corrección postural y evita un aumento excesivo de peso, lo que proporcionará una mejor condición física general y le permitirá enfrentarse al trabajo del embarazo y parto con menos riesgos.

Tabla N° 5. Actividad en el tiempo de descanso que realizan 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Tiempo que realiza la actividad	Actividad que realiza durante el descanso					TOTAL
	Ver Tv.	Dormir	Leer	Ninguna	Otra	
30 minutos	21	4	4	5	2	36
1 hora	4	1	1	0	2	8
2 horas	4	1	0	0	2	7
Otro	0	0	0	1	0	1
TOTAL	29	6	5	6	6	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 36 descansan por 30 minutos, de ellas, 21 ven televisión en este periodo de tiempo, 5 no realizan ninguna actividad y 4 duermen o leen; seguido de 8 gestantes que descansan 1 hora, de ellas, 4 ven televisión en este periodo de tiempo y finalmente 7 descansan 2 horas, 4 de ellas ven televisión en este tiempo. El descanso intermedio durante la jornada diaria es un factor protector ya que disminuye la tensión de las actividades que se realizan.

Tabla Nº 6. Horas de sueño y actividad que realizan antes de dormir 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Horas de sueño	Actividad que realiza antes de dormir				TOTAL
	Ver Tv.	Leer	Ninguna	Otra	
6-8	14	1	4	0	19
8-10	22	2	0	1	25
Más de 10	5	2	1	0	8
TOTAL	41	5	5	1	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 25 duermen en un lapso de 8 a 10 horas, de ellas 22 ven televisión antes de dormir; 19 duermen en un lapso de 6 a 8 horas, 14 de ellas ven televisión y 4 no realiza ninguna actividad antes de dormir; finalmente 8 duermen de 10 o más horas, 5 ven televisión antes de dormir. Durante el embarazo es difícil conciliar el sueño por el aumento del tamaño del feto, cambios hormonales y más cambios propios del embarazo, si a esto se adiciona un factor de distracción las horas de sueño serán menos en la gestantes y esto podría ocasionar que el feto nazca como peso bajo, riesgos cardiovasculares y metabólicos, además de generar en la madre mal humor y cansancio constante.

Tabla Nº 7. Horas de sueño y sustancias que ingieren antes de dormir 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Horas de sueño	Sustancia que ingiere antes de dormir				TOTAL
	Café	Te	Ninguna	Otra	
6-8	1	0	16	2	19
8-10	3	4	15	3	25
>10	3	3	1	1	8
TOTAL	7	7	32	6	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas 25 duermen en un lapso de 8 a 10 horas, de ellas 15 no ingieren ninguna sustancia y 4 toman té antes de dormir; seguido de 19 que duermen en un lapso de 6 a 8 horas, de ellas 16 no ingieren ninguna sustancia antes de dormir y finalmente 8 duermen de 10 o más horas, de ellas 3 ingieren café o té antes de dormir. El consumo de alguna sustancia antes de dormir también podría afectar en la conciliación y horas de sueño de las gestantes.

Tabla N° 8. Frecuencia del baño de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Baño	N°	%
Diario	19	36,5
Cada 2 días	26	50,0
Semanal	7	13,5
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 26 se bañan con una frecuencia de cada 2 días; seguido de 19 que lo hace en forma diaria y 7 semanalmente. Durante la gestación existe un notable aumento de la excreción de las glándulas sebáceas y sudoríparas, secreciones vaginales y hacia la mitad del embarazo inicia a segregar calostro de los pezones, por lo que es recomendable el baño diario en la mujer gestante.

Tabla Nº 9. Consumo de alcohol y tabaco dentro de su hogar de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete.

Sustancia	Gestante		TOTAL	Dentro del hogar		TOTAL
	Si	No		Si	No	
Alcohol	1	51	52	0	0	52
Tabaco	0	52	52	9	43	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 1 ha consumido alcohol durante la gesta actual; ninguna ha consumido tabaco y 9 son fumadoras pasivas. El consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo puede ocasionar malformaciones congénitas. Siendo factor de riesgo el consumo de alcohol y tabaco durante el periodo de gestación.

Tabla Nº 10. Frecuencia del consumo de tabaco de los miembros de la familia en 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Consumo	Nº	%
Diario	2	3,8
Semanal	4	7,7
Quincenal	0	0,0
Mensual	0	0,0
Ocasiones especiales	3	5,8
Ninguno	43	82,7
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 4 indicaron que un miembro de la familia fuma de forma semanal; 3 en ocasiones especiales y 2 de forma diaria.

Tabla Nº 11. Inicio de menarca y telarca de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Edad menarca	Edad telarca				TOTAL
	< 11	11 a 13	13 a 15	> 15	
< 12	9	7	0	0	16
12 a 15	0	21	12	0	33
> 15	0	0	2	1	3
TOTAL	9	28	14	1	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 33 indicaron haber tenido su menarca de los 12 a los 15 años de edad; de ellas 21 indicaron que su telarca fue entre los 11 a 13 años y 16 gestantes que indicaron haber tenido su menarca antes de los 12 años, de ellas 9 inicio su telarca antes de los 11 años de edad y 7 entre los 11 y 13 años. A continuación mencionaremos conceptos básicos y edades de inicio de la menarca y telarca.

Menarca: es la primera menstruación en una mujer, es decir la primera ovulación; ocurren cambios tanto físicos, fisiológicos y psicológicos. Mencionándose precoz antes de los 12 años, media entre 12 y 15 años y tardía después de los 15.⁵³

Telarca: es el crecimiento mamario que se da en la adolescencia y forma parte de una serie de modificaciones propias del desarrollo. Se da entre los 8 y 13 años de edad, luego presenta la aparición del vello púbico. Posteriormente, alrededor de un año y medio a dos años después del crecimiento mamario, se presenta la primera menstruación, también conocida como menarca.⁵⁴

⁵³ Menarca primera menstruación, Invente. Disponible en: <http://www.salud180.com/maternidad-e-infancia/menarca-es-la-primera-menstruacion>. Citado: 06/06/2013.

⁵⁴ Telarca. Saludima. Disponible en: <http://foro.saludisima.com/telarca-cuando-aparecen-las-mamas-t1135>. citado. 06/06/2013

Tabla N° 12. Menarca y edad de la primera relación sexual de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Menarca	Edad primera relación sexual			TOTAL
	< 16	16 a 19	> 19	
< 12 años	8	7	1	16
12 a 15	9	19	5	33
> 15	0	2	1	3
TOTAL	17	28	7	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 33 tuvieron su menarca entre los 12 y 15 años de edad, de ellas 19 tuvieron su primera relación sexual entre los 16 y 19 años y 9 antes de los 16 años; 16 tuvieron su menarca antes de los 12 años, de ellas 8 tuvo su primera relación antes de los 16 años y 7 de 16 a 19 años. Teniendo en consideración que el inicio de una vida sexual debe ser entre 3 y 4 años de edad ginecológica.



Tabla Nº 13. Edad de la primera relación sexual y número de parejas sexuales de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Edad de la primera relación sexual	Número de parejas sexuales			TOTAL
	1	2	3	
<16 años	7	10	0	17
16 a 19	15	9	4	28
> 19	6	1	0	7
TOTAL	28	20	4	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 28 indicaron tener una pareja sexual, de ellas 15 inicio su vida sexual entre los 16 y 19 años; 20 refirieron tener 2 parejas sexuales, de ellas 10 iniciaron su vida sexual antes de los 16 años y 9 iniciaron su vida sexual entre los 16 y 19 años de edad.

Tabla N° 14. Número de embarazos y abortos anteriores de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Número de embarazos anteriores	Abortos				TOTAL
	0	1	2	3	
0	13	0	0	0	13
1	13	1	0	0	14
2	11	0	1	0	12
3	3	2	0	0	5
4	4	1	0	0	5
5	2	0	0	1	3
TOTAL	46	4	1	1	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 46 no han tenido ningún aborto, seguido de 4 que indicaron haber tenido 1 aborto, de ellas 2 han tenido 3 embarazos anteriores, seguido de 1 que ha tenido 2 abortos y 2 embarazos anteriores y finalmente 1 que ha tenido 3 abortos y 5 embarazos anteriores. Mencionaremos que de todas las gestas anteriores existen 9 abortos en total, 6 de los cuales son repetitivos identificándose en ARO 2.



Tabla N° 15. Tipo de partos anteriores de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Tipo de parto	N°	%
Partos vaginales	75	94,9
Partos por cesáreas	4	5,1
TOTAL	79	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas existen 79 partos de los cuales 75 fueron vaginales y 4 cesáreas considerándose estas últimas como ARO 2 (cesáreas anteriores)

Tabla Nº 16. Número de partos anteriores de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Número de partos por gestante	Nº	%
0	13	25,0
1	14	26,9
2	12	23,1
3	5	9,6
4	5	9,6
5	3	5,8
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 14 han tenido un parto anterior, seguido de 13 que no han tenido ningún parto, 12 que han tenido 2 partos y 5 que han tenido 3 y 4 partos anteriores respectivamente. Identificándose así como ARO 1 (Gran-multípara).



Tabla Nº 17. Lugar de partos anteriores de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Lugar de los partos	Nº	%
Partos en los hospitales	32	40,5
Partos en el hogar	47	59,5
TOTAL	79	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: las 52 gestantes encuestadas han tenido 79 partos en total, de los cuales 47 fueron atendidos en el hogar y 32 en un centro hospitalario.

Tabla Nº 18. Número de hijos vivos por sexo de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Edad	Femenino		Masculino		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
< 1 año	0	0,0	0	0,0	0
1 – 5	20	54,1	20	48,8	40
6 – 12	13	35,1	15	36,6	28
13 – 15	1	2,7	2	4,9	3
16 – 19	3	8,1	4	9,8	7
TOTAL	37	100,0	41	100,0	78

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: las 52 gestantes encuestadas tienen 78 hijos vivos; 37 corresponden al sexo femenino, de ellas 20 tienen entre 1 -5 años de edad y 13 entre 6 - 12 años; 41 son de sexo masculino, de ellos 20 tienen entre 1 - 5 años y 15 de entre 6-12 años.

Tabla Nº 19. Número de hijos por gestante de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Número	Nº	%
0	13	25,0
1 – 2	26	50,0
3 – 4	10	19,2
5 – 6	3	5,8
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 26 tienen de 1-2 hijos/as, seguido de 13 que no tienen, 10 que tienen de 3 - 4 hijos y finalmente 3 gestantes que han tenido de 5 – 6 hijos. Identificando que la última cifra corresponde a ARO 1 (Gran-multípara).



Tabla N° 20. Embarazo planificado, utilización de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Parámetros	Si		No		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Embarazo planificado	15	28.8	37	71.2	52	100,0
Utilización de métodos anticonceptivos	5	9.6	47	90.4	52	100,0
ITS	1	1.9	51	98.1	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 37 no planificaron su embarazo y 15 si; 47 no utilizaban ningún método anticonceptivo y 5 si; 51 no han tenido ninguna ITS y 1 sí.

Tabla N° 21. Edad gestacional del primer control prenatal de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Primer control prenatal	Nº	%
< 16 SG	38	73,1
16 a 32 SG	14	26,9
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 38 acudieron a su primer control prenatal antes de las 16 semanas de gestación y 14 entre la 16 y 32 semanas de gestación.

Tabla N° 22. Edad y estado civil de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Edad	Estado Civil					TOTAL
	Casada	Soltera	Unión Libre	Divorciada	Separada	
< 19 años	1	4	5	0	0	10
19 a 23	1	7	7	0	0	15
24 a 29	5	3	8	0	1	17
30 a 35	3	1	1	0	0	5
>35	3	0	1	1	0	5
TOTAL	13	15	22	1	1	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes que acudieron a control prenatal en el Subcentro de Salud Victoria del Portete, 17 usuarias tienen de 24 a 29 años, de ellas 8 viven en unión libre, 5 son casadas y 3 solteras; seguidas de 15 gestantes que se encuentran entre los 19 y 23 años, de las cuales 7 son solteras y 7 viven en unión libre; y finalmente 10 son menores de 19 años, de ellas 5 viven en unión libre y 4 son solteras, ubicándose en el ARO 1 (dos o más hijos sin apoyo familiar).



Tabla Nº 23. Edad y grado de instrucción de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Edad	Grado de Instrucción				TOTAL
	Primaria	Secundaria	Superior	Ninguna	
< 19 años	6	4	0	0	10
19 a 23	10	5	0	0	15
24 a 29	12	2	1	2	17
30 a 35	2	1	1	1	5
> 35	5	0	0	0	5
TOTAL	35	12	2	3	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 35 gestantes tienen educación primaria, de ellas 12 se encuentran entre 24 a 29 años, 10 tienen entre 19 y 23 años y finalmente 6 son menores de 19 años; 12 tienen educación secundaria, de ellas 5 son de 19 a 23 años, 4 son menores de 19 años y 3 no tienen ningún grado de instrucción.

Tabla Nº 24. Edad y número de embarazos anteriores de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Edad de la gestante	Número de embarazos anteriores						TOTAL
	0	1	2	3	4	5	
< 19 años	8	2	0	0	0	0	10
19 a 23	4	6	4	0	1	0	15
24 a 29	1	5	7	2	1	1	17
30 a 35	0	1	0	2	2	0	5
> 35	0	0	1	1	1	2	5
TOTAL	13	14	12	5	5	3	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 3 han tenido 5 embarazos anteriores, de ellas 2 son mayores de 35 años y 1 de 24 a 29 años y 5 gestantes que han tenido 4 embarazos, de las cuales 2 están entre la edad de 30 a 35 años y 19 a 23, 1 de 24 a 29 años y 1 mayor a 35 años, correspondiendo al ARO 1 (Gran Multíparas).

Tabla N° 25. Edad y número de parejas sexuales de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Edad	Número de parejas sexuales			TOTAL
	1	2	3	
< 19 años	7	3	0	10
19 a 23	7	7	1	15
24 a 29	9	6	2	17
30 a 35	3	2	0	5
> 35	2	2	1	5
TOTAL	28	20	4	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 17 tienen de 24 a 29 años de edad, de ellas 9 han tenido una pareja sexual; 15 tienen de 19 a 23 años, de ellas 7 han tenido 1 pareja sexual y 7, 2; 10 son menores de 19 años, 7 de ellas han tenido una pareja sexual y 10 tienen más de 30 años, de ellas 3 han tenido 1 pareja, 2, 2 parejas y 1 tres parejas.

Tabla N° 26. Estado civil y religión de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Estado Civil	Religión					TOTAL
	Católica	Evangélica	Testigo de Jehová	Ninguna	Otra	
Casada	13	0	0	0	0	13
Soltera	15	0	0	0	0	15
Unión Libre	22	0	0	0	0	22
Divorciada	1	0	0	0	0	1
Separada	1	0	0	0	0	1
TOTAL	52	0	0	0	0	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas todas son de religión católica, de ellas 22 viven en unión libre, 15 son solteras, y 13 son casadas.



Tabla N° 27. Grado de instrucción y ocupación actual de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Grado de instrucción	Ocupación actual					TOTAL
	Ama de casa	Agricultura	Ganadería	Otra	Estudiante	
Primaria	14	4	11	6	0	35
Secundaria	6	1	1	3	1	12
Superior	1	0	0	1	0	2
Ninguna	1	2	0	0	0	3
TOTAL	22	7	12	10	1	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 35 tienen educación primaria, de ellas 14 son amas de casa y 11 se dedican a la ganadería; seguidas de 12 gestantes que tienen secundaria, de ellas 6 son amas de casa, y 3 se dedican a otra actividad como: peluqueras y costureras; finalmente 3 no tienen ningún grado de instrucción, 2 gestantes se dedican a la agricultura.

Tabla N° 28. Grado de instrucción y métodos anticonceptivos de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Grado de instrucción	Método anticonceptivo		TOTAL
	Si	No	
Primaria	2	33	35
Secundaria	2	10	12
Superior	0	2	2
Ninguna	1	2	3
TOTAL	5	47	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 usuarias encuestadas, 35 tienen educación primaria, de ellas 33 no utilizan métodos anticonceptivos; 12 usuarias tienen educación secundaria, de ellas 10 no utilizan método anticonceptivo y finalmente 3 usuarias no tienen ningún grado de instrucción, de ellas 2 no utilizan. Mencionamos que independientemente del grado educación existe un mayor número de usuarias que no utilizan ningún método anti-conceptivo determinando así como un factor de riesgo.

Tabla Nº 29. Grupo étnico de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Grupo Étnico	Nº	%
Mestiza	52	100,0
Indígena	0	0,0
Shuar	0	0,0
Afro-ecuatoriana	0	0,0
Otra	0	0,0
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas todas se identifican con el grupo étnico mestizo.

Tabla Nº 30. Religión y uso de métodos anticonceptivos de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Religión	Método conceptivo		TOTAL
	Si	No	
Católica	5	47	52
Evangélica	0	0	0
Testigo de Jehová	0	0	0
Ninguna	0	0	0
Otra	0	0	0
TOTAL	5	47	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas todas son católicas, de ellas 47 no utilizan métodos anticonceptivos y 5 si utilizaban anticonceptivos orales. La falta de utilización puede ser atribuida a sus ideologías religiosas.

Tabla N° 31. Equipo Básico de Salud (EBAS) con que cuenta el Subcentro de Salud de Victoria del Portete Sector para la atención de 52 gestantes. Cuenca, 2013.

EBAS	Residencia	
	N°	%
1	31	59,6
2	11	21,2
3	10	19,3
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas 31 residen en los sectores pertenecientes al EBAS 1, seguidas de 11 que corresponden al EBAS 2 y 10 al EBAS 3.

Tabla Nº 32. Relación entre el tiempo y medio de transporte que utilizan las 52 gestantes para llegar al Subcentro de salud Victoria de Portete Cuenca, 2013.

Tiempo	Medio de transporte		TOTAL
	A Pie	Carro	
15 minutos	13	4	17
30 minutos	10	6	16
1 hora	5	11	16
Otro	3	0	3
TOTAL	31	21	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 31 se trasladan a pie, de ellas 13 tardan 15' y 10, 30'; 21 gestantes lo hacen en carro, de ellas 11 tardan 1 hora y 6, 30'. Los grandes trayectos a pie corresponden a ARO1.

Tabla N° 33. Edad gestacional y medio de transporte que utilizan 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Edad Gestacional	Medio de transporte		TOTAL
	A Pie	Carro	
< 16 semanas de gestación	12	8	20
16 a 32	13	9	22
> 32	6	4	10
TOTAL	31	21	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 31 indicaron trasladarse a pie, de ellas 13 están entre la 16 a 32 semanas de gestación y 12 menor a 16 semanas de gestación y finalmente 21 que se trasladan en carro, de ellas 9 están entre la 16 a 32 semanas de gestación y 8 que tienen menos de 16 semanas de gestación. Según la teoría anterior mencionada los grandes trayectos a pie antes de la 16 semana de gestación están contraindicados por inicio de la implantación del huevo u otras anomalías después de las 16 semanas.

Tabla N° 34. Ocupación antes y durante la gestación de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Ocupación	Antes		Durante	
	Nº	%	Nº	%
Ama de Casa	19	36,5	22	42,3
Agricultura	7	13,5	7	13,5
Ganadería	12	23,1	12	23,1
Estudiante	1	1,9	1	1,9
Otra	13	25,0	10	19,2
TOTAL	52	100,0	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 usuarias encuestadas, 22 son amas de casa mientras que antes únicamente eran 19; 12 fueron y continúan siendo ganaderas y finalmente 10 se dedican a otras actividades como peluquería y costura, mientras que 13 la realizaban. No varía significativamente la actividad antes y durante la gestación.

Tabla N° 35. Número de integrantes de la familia de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Número de integrantes	N°	%
2 miembros familiares	4	7,7
3 a 4	26	50,0
5 a 6	19	36,5
> 7	3	5,8
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 26 viven entre 3 y 4 integrantes familiares, seguido de 19 que conviven con 5 a 6 familiares; 4 viven con 2 miembros familiares y 3 gestantes con más de 7 integrantes.

Tabla N° 36. Integrantes de la familia de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Rol en la familia	Si		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esposos	35	67,3	17	32,7	52	100,0
Hijos	37	71,2	15	28,8	52	100,0
Padres	16	30,8	36	69,2	52	100,0
Abuelos	2	3,8	50	96,2	52	100,0
Hermanos	11	2,2	41	78,8	52	100,0
Otros		7,7	48	92,3	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 37 viven con sus hijos, 35 con sus esposos y 16 con sus padres.

Tabla Nº 37. Tipo de familia de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Tipo	Nº	%
Nuclear	34	65,4
Extensa	8	15,4
Monoparenteral	2	3,8
Integrada	8	15,4
Total	52	100

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 encuestadas, 34 viven en una familia nuclear, 8 con tipo de familia extensa e integrada, y 2 viven en familias monoparenterales.

Tabla N° 38. Antecedentes patológicos familiares y personales de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Antecedentes	Familiares		Personales	
	Nº	%	Nº	%
Tuberculosis pulmonar	0	0,0	0	0,0
Diabetes	1	1,9	0	0,0
Embarazos Gemelar	1	1,9	0	0,0
Hipertensión arterial	0	0,0	0	0,0
Cirugía pélvico-uterina	0	0,0	4	7,7
Infertilidad	0	0,0	0	0,0
Otros	2	3,8	1	1,9
Ninguno	48	92,3	47	90,4
TOTAL	52	100,0	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 48 no refieren conocer antecedentes de sus familiares; 2 refieren otros antecedentes y 1 indica diabetes y embarazo gemelar; 47 no refieren antecedentes personales y 4 refieren cirugía pélvico-uterina.

Tabla N° 39. Grupo sanguíneo de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Grupo Sanguíneo	N°	%
O Rh+	22	42,3
A Rh+	1	1,9
Desconoce	29	55,8
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 29 desconocen su grupo sanguíneo, seguido de 22 tienen O Rh+ y 1 A Rh+. Conocer nuestro grupo sanguíneo es fundamental en situaciones de urgencia en las que sea necesario donar o precisar una transfusión sanguínea y no se cuente con tiempo suficiente para tipificarla.⁵⁵

⁵⁵ Grupo senda. La importancia de conocer tu grupo sanguíneo. Citado el: 17/07/2013. Disponible en: <http://www.club59mas.com/sabias-que/la-importancia-de-conocer-tu-grupo-sanguineo>



Tabla N° 40. Tenencia de la vivienda de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Tenencia	N°	%
Propia	23	44,2
Arrendada	8	15,4
Prestada	21	40,4
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 usuarias encuestadas, 23 manifiestan tener vivienda propia, seguida de 21 que indica que es prestada y 8 la arriendan.

Tabla N° 41. Material de construcción de la vivienda de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Tipo	N°	%
Bloque/Ladrillo	21	40,4
Bareque	12	23,1
Mixta	17	32,7
Otro	2	3,8
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 21 manifiestan que el tipo de construcción de su vivienda es de bloque o ladrillo, seguida de 17 que indicaron que es mixta y 12 de bareque.

Tabla Nº 42. Espacios y servicios básicos que poseen la vivienda de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

	Si		No		TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Espacios de la vivienda	Sala	19	36,5	33	63,5	52	100,0
	Comedor	26	50,0	26	50,0	52	100,0
	Dormitorios	48	92,3	4	7,7	52	100,0
	Cocina	48	92,3	4	7,7	52	100,0
	Baño	40	76,9	12	23,1	52	100,0
	Otros	4	7,7	48	92,3	52	100,0
Servicios	Agua	49	94,2	3	5,8	52	100,0
	Luz	51	98,1	1	1,9	52	100,0
	Alcantarillado	22	42,3	30	57,7	52	100,0
	Recolección de basura	36	69,2	16	30,8	52	100,0
	Otros	16	30,8	36	69,2	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 51 poseen luz eléctrica, 49 tienen agua y 48 poseen dormitorios y cocina.



Tabla N° 43. Ingresos económicos de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Cantidad	N°	%
100 - 200 Dólares	22	42,3
Sueldo básico	20	38,5
Más de 300 dólares	10	19,2
Otro	0	0,0
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 22 indicaron que su ingreso económico mensual está entre los 100 a 200 dólares; de ellas 20 manifestaron un sueldo básico y 10 un sueldo superior a 300 dólares. Revelando que el ingreso familiar es un factor de riesgo para la mayoría de los hogares de las gestantes encuestadas, pues el costo de la canasta básica es de 601,6 dólares.

Tabla N° 44. Economía familiar de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Quienes aportan	N°		TOTAL
	Si	No	
Esposo	35	17	52
Hermanos	6	46	52
Padres	14	38	52
Gestante	14	38	52
Otros	0	52	52

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 35 gestantes cuentan con el aporte de sus esposos dentro de su economía familiar, de ellas 14 cuentan con el aporte de sus padres y por si mismas; y finalmente 6 cuentan con el apoyo económico de sus hermanos.

Tabla Nº 45. Otros ingresos económicos de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Tipos	Nº	%
Remesas	1	1,9
Pensiones	1	1,9
Bono de Desarrollo Humano	15	28,8
Otro	1	1,9
Ninguno	34	65,4
TOTAL	52	100,0

Fuente: formulario de encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: de las 52 gestantes encuestadas, 34 no tienen otro ingreso familiar diferente al de su propio trabajo o el que aporte algún miembro de su familia y 15 gestantes reciben el bono de desarrollo humano.



CONCLUSIONES

Objetivo	Conclusión
Describir los estilos de vida como: alimentación, actividad física, higiene, consumo de alcohol y tabaco, descanso y sueño de las gestantes que acuden a control prenatal en el Subcentro de Salud Victoria del Portete.	<p>Con relación a los estilos de vida mencionamos:</p> <p>37 gestantes se alimentan con una frecuencia de 3 veces por día; la frecuencia de consumo por semana de los diferentes grupos de alimentos es: 26 consumen frutas de 1 a 2 veces, 23 consumen verduras de 1 a 2 veces, 19 consumen carnes/mariscos/huevos de 1 a 2 veces, 14 consumen comida chatarra de 1 a 2 veces, 13 consumen carbohidratos de 3 a 4 veces y 13 consumen lácteos de 3 a 4 veces.</p> <p>41 en su tiempo libre caminan; 34 realizan una actividad física en forma diaria.</p> <p>36 gestantes descansan al día en promedio 30 minutos y la actividad que realizan 21 de ellas en su tiempo de descanso es ver televisión, de igual manera antes de dormir 41 realizan la actividad antes mencionada y de estas gestantes 22 duermen de 8 a 10 horas diarias.</p>

25 duermen de 8 a 10 horas y 19 de 6 a 8 horas.

Referente a su higiene personal 26 se bañan cada 2 días y 19 de forma diaria.

Referente al consumo de alcohol en las gestantes únicamente una manifestó haber ingerido cerveza en ocasiones especiales siendo poco su gusto por la misma. Ninguna refirió consumir tabaco, pero 9 son fumadoras pasivas debido a que algún miembro de su familia lo hace.

Describir los aspectos gineco-obstétricos de las gestantes de Victoria del Portete.

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos indicamos que 33 gestantes tuvieron su menarca entre los 12 y 15 años y 16 a una edad menor a los 12 años; de ellas 28 iniciaron su vida sexual entre los 16 a 19 años y 17 antes de los 16 años.

Número y tipo de embarazos anteriores: 14 gestantes han tenido un embarazo, 12 gestantes han tenido 2 embarazos anteriores y 5 han tenido 3 y 4 embarazos anteriores.



Número de abortos: 46 gestantes no han sufrido ninguno, 4 ha sufrido al menos 1 aborto y 1 ha sufrido 2 y 3 abortos.

De los partos anteriores 75 han sido vaginales y 4 cesáreas, de estos partos 47 fueron atendidos en el hogar y 32 en un hospital.

En lo referente a la planificación y utilización de algún método anticonceptivo antes de su embarazo actual, 15 planificaron su embarazo y 37 no, de ellas 5 utilizaban algún método anticonceptivo al momento de quedar embarazada.

Identificar factores de riesgo reales y potenciales a los que se encuentran expuestas las gestantes de Victoria del Portete.

17 gestantes tienen entre 24 y 29 años, 15 entre 19 y 23 y 10 son menores de 19 años; 22 viven en unión libre, 15 solteras y 13 son casadas. El grado de instrucción es primaria en 35 gestantes. Las 52 gestantes se identifican con el grupo étnico mestizo y la religión católica. 31 gestantes están dentro del área del EBAS 1 del Subcentro.

31 gestantes van a pie al Subcentro y 21 lo hace en carro. 17 se demoran 15 minutos en llegar, mientras que 32

entre 30 y 60 minutos.

La ocupación en 22 gestantes son amas de casa, 12 se dedican a la ganadería y 10 otra actividad.

26 gestantes viven con un grupo familiar de 3 a 4, 19 entre 5 a 6 y 4 entre 2 y 3. 34 gestantes indicaron vivir en familias nucleares. 31 mencionaron que su relación es buena y 32 refirieron tener conflictos familiares a veces.



RECOMENDACIONES

Para mejorar los estilos de vida en las gestantes que acuden a control prenatal en el Subcentro de Salud Victoria del Portete, ponemos a consideración las siguientes recomendaciones:

- Una de las prioridades en los cuidados de las gestantes que acuden a control prenatal, es educar para que sean capaces de tomar decisiones informadas acerca de: donde será atendida en su parto y quien llevará a cabo sus cuidados.
- Por lo que vemos la necesidad de crear grupos de apoyo e incentivar a las gestantes a participar en ellos de forma activa y permanente, mediante el intercambio de experiencias y educación mediante charlas educativas como de planificación familiar, importancia del control prenatal y signos de peligro en general, cuidados en cada una de las etapas de gestación, limitantes en lo referente al tema laboral, alimentación durante el embarazo, importancia de los suplementos vitamínicos, actividad física, recomendaciones para un buen descanso y sueño, higiene, peligros en el consumo de alcohol y tabaco.
- Identificar los limitantes de las gestantes para asistir al Subcentro, buscando maneras de agrupar indistintamente de acuerdo al sector de residencia con fin de lograr que todas ellas participen en el grupo de apoyo.
- Estar alerta ante los síntomas de violencia intrafamiliar de cualquier índole, dar la oportunidad de denunciar la violencia, propiciar un ambiente donde las pacientes se sientan seguras y en caso necesario referirlas a centros de apoyo emocional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anónimo. Ácido fólico. Citado 03/06/2013. Disponible en: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/folic_acid_esp.html
2. Acosta A., El Buen Vivir o la disolución de la idea del progreso. 2011. Citado el 05/04/2013. Disponible en: <http://lalineadefuego.info/2011/05/25/el-buen-vivir-o-la-disolucion-de-la-idea-del-progreso/>.
3. Anónimo. Actividad física. Salud en familia. Citado el: 21/03/2013. Disponible en: <http://www.saludenfamilia.es/general.asp?seccion=77>
4. Anónimo. Alcohol y vitaminas. MedlinePlus Citado: 02/05/2013. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007454.html>.
5. Anónimo Alimentación durante el embarazo. Citado el: 17/07/2013. Disponible en: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/PDF/Guia%20de%20Alimentacion%20y%20Salud%20-%20Embarazo.pdf>
6. Anónimo. Actividad física. Citado el: 10/12/2012. Disponible en: <http://www.actividadfisica.net/>
7. Anónimo. Alimentación. Citado el 10/12/2012. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Alimentaci%C3%B3n>
8. Anónimo. Ingresos. Citado: 10/12/2012. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/economia/economia8.html>
9. Anónimo. Recreación: 2012. Citado: 13/12/2012. Disponible: www.misrespuestas.com/que-es-la-recreacion.html
10. Anónimo. Tabaquismo. Citado: 10/12/2012. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Tabaquismo>
11. Bader T., Consumo de embutidos durante el embarazo. Citado el: 07/06/2013. Disponible en:

<http://espanol.babycenter.com/x1300092/puedo-comer-embutidos-durante-el-embarazo>

12. Beneficios del ejercicio físico en el embarazo. Saludalia. Citado el: 21/03/2013. Disponible en: <http://www.saludalia.com/vivir-sano/beneficios-del-ejercicio-fisico-en-el-embarazo>
13. BERBEL, L. Actividad física y embarazo. Citado el: 17/07/2013. Disponible en: <http://www.entrenadorespersonalesvalencia.com/pdf/Articulo%20EJERCICIO%20Y%20EMBARAZO.pdf>
14. Celis G., S. Gestantes antes de ser diagnosticadas con diabetes gestacional. Citado: 08/10/2012. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis06.pdf>
15. Consumoteca. Estilos de vida. 2009. Citado: 13/12/2012. Disponible en: <http://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/vida-sana/estilo-de-vida>
16. Derechos laborales inherentes a la maternidad. Dr. F, Murillo. Citado: 24/01/2013. Disponible en: http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&task=view&id=5598&Itemid=134
17. Descanso durante el embarazo. Zonadiet.com. Citado el 21/03/2013. Disponible en: www.zonadiet.com/salud/emb-desc-embarazo.htm
18. Dirección de Proyección de Servicios de Salud. Manual de instructivos del expediente de salud. 2007. Citado: 10/12/2012. Disponible en: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Medica/Proyeccion_Servicios_Salud/Estadistica_en_Salud/Documentos/TabExpedienteSalud/TabInstruct/1135_Historia_Clinica_Ginecologica.pdf
19. El Buen Vivir. Diario hoy. 2008. Citado el: 05/04/2013. Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/el-buen-vivir-un-eje-transversal-302512.html>.



- 20.** El estilo de vida de la madre en la primera etapa del embarazo afecta el tamaño del bebé. Citado: 07/11/2012. Disponible en: <http://www.rosario3.com/salud/noticias.aspx?idNot=65793>.
- 21.** El hierro en el embarazo. Citado el 03/06/2013. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/1030/el-hierro-en-el-embarazo.html>
- 22.** Francisca. La Sexualidad en el embarazo y puerperio. Citado: 02/05/2013. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.aem.es/noticias/103.pdf>.
- 23.** García V., Derechos legales. Citado: 01/10/2012. Disponible en: http://www.doctorgarcia.cl/html/derechos_legales.html
- 24.** García, J., Derecho al Buen Vivir. 2012. Citado el: 05/04/2013. Disponible en: http://www.derechoecuador.com/index.php?option=com_content&view=article&id=7216:i-que-significa-el-derecho-al-buen-vivir&catid=31:derecho-constitucional.
- 25.** Gobierno Ecuatoriano. Constitución Ecuatoriana 2008. Título VII - régimen del Buen Vivir. Citado el: 20 de Marzo del 2013.
- 26.** Godoy, N., Religión. Citado: 06/06/2013. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/temrelig/temrelig.shtml>.
- 27.** Granada P. M. Vásquez. M. La mujer y el proceso reproductivo. Colombia. 1990
- 28.** Grupo senda. La importancia de conocer tu grupo sanguíneo. Citado el: 17/07/2013. Disponible en: <http://www.club59mas.com/sabias-que/la-importancia-de-conocer-tu-grupo-sanguineo>
- 29.** Higiene durante el embarazo. Clínica Pasteur. Citado el: 21/03/2013. Disponible en: http://laboratoriopasteur.mex.tl/20229_Higiene-durante-el-Embarazo.html
- 30.** Interculturalidad del parto. Citado el: 06/04/2013. Disponible en: <http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/EL%20ENF>

OQUE%20INTERCULTURAL%20EN%20LAS%20NORMAS%20DE%20SALUD%20MATERNA%20DEL%20ECUADOR%201994-2009.pdf

- 31.** La importancia del calcio durante el embarazo. Citado el: 07/06/2013. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/articulos/alimentacion/embarazo/la-importancia-del-calcio-durante-el-embarazo/>
- 32.** La importancia del sueño durante el embarazo. Spring. 2012. Disponible en: Citado: 02/05/2013. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.colchhonestspring.com.co/cambia-tu-vida/dormir-en-el-embarazo.>
- 33.** La mujer y el proceso reproductivo, ATP. Citado: 02/05/2013
- 34.** Las creencias y prácticas Católicas son Bíblicas. Citado: 06/06/2013. Disponible en: <http://www.gotquestions.org/Espanol/Creencias-Catolicas-Biblicas.html>.
- 35.** León T., El 'Buen Vivir': objetivo y camino para otro modelo. 2008, Citado: 17/04/13. Disponible en: <http://www.institut-gouvernance.org/fr/analyse/fiche-analyse-460.html>
- 36.** Lola Rovati,, Citado: 07/11/2012. Disponible en: <http://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-el-embarazo>
- 37.** Menarca primera menstruación, Invente. Citado: 06/06/2013. Disponible en: <http://www.salud180.com/maternidad-e-infancia/menarca-es-la-primer-menstruacion>.
- 38.** Montero, Leida C., Enfermería materno-infantil. Venezuela. Citado: 10/12/2012. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestante
- 39.** MSP. Componente Normativo Materno. 2008. Citado el: 27/02/2013
- 40.** MSP. El Enfoque Intercultural en las Normas de Salud Materna del Ecuador. Citado: 06/04/2013. disponible en: <http://aacid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/EL%20ENFOQUE%20INTERCULTURAL%20EN%20LAS%20NORMAS%20DE%20SALUD%20MATERNA%20DEL%20ECUADOR%201994-2009.pdf>



41. MSP. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. 2008. Citado: 06/05/2012.
42. MSP. Normativa técnica nacional de atención de parto vertical 1. 2008. Citado: 13/12/2012
43. Naegele. Citado: 27-02-2013. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Naegele>.
44. Nulidad Matrimonial eclesiástica Citado: 06/06/2013. Disponible en: <http://www.nuevodivorcio.com/nulidad-matrimonial-eclesiastica.html>.
45. OMS. Teoría de la salud. 2012. Citado: 05/04/2013. Disponible en: <http://teoria-oms.blogspot.com/>
46. RAMÍREZ, S., "Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano". 2009. Pág. 5.
47. Relaciones sexuales durante el tercer trimestre del embarazo. Citado: 06/04/2013. Disponible en: <http://espanol.babycenter.com/x4100159/puedo-tener-sexo-en-el-tercer-trimestre-de-embarazo>
48. Revista cultural electrónica. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Perú 2009. Pag 4. Citado: 13/12/2012. Disponible en: http://www.interculturalidad.org/numero05/docs/0210-Creencia_embarazo_parto_comunidadnativa_Awajun-Wampis-Medina-Mayca.pdf
49. Saavedra. J., familia tipos y modos. Citado: 13/12/2012. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml#tipos>
50. Saludima. Telarca. Citado. 06/06/2013. Disponible en: <http://foro.saludisima.com/telarca-cuando-aparecen-las-mamas-t1135>.
51. Sánchez A., Viajar Embarazada. Citado: 07/04/2013. Disponible en: <http://www.serpadres.es/embarazo/segundo-trimestre/viajar-embarazada-guia-util.html>



- 52.** Sexo durante el segundo trimestre del embarazo. My Bebe y Yo. Citado: 06/04/2013. Disponible en: <http://www.mibebeyyo.com/embarazo/segundo-trimestre/sexo-segundo-trimestre-embarazo-245>
- 53.** Sexo en las distintas etapas del embarazo. Citado el 06/04/2013. Disponible en: <http://www.serpadres.es/embarazo/segundo-trimestre/sexo-embarazo-dudas.html>
- 54.** Tabaco y alcohol durante el embarazo. Clínica Universidad de Navarra. Citado el: 21/03/2013. Disponible en: <http://www.cun.es/area-salud/perfil/futura-mama/tabaco-alcohol-embarazo>
- 55.** Tabaco y embarazo efectos sobre el niño. Saludalia. 2007. Citado: 02/05/2013. Disponible en: <http://www.saludalia.com/tabaquismo/tabaco-nino>.
- 56.** Temas obstétricos selectos. PDF. Citado el 27/02/2013. Disponible en: <http://www.drsexto.com/pdf/capitulo3.pdf>
- 57.** Verdugo S. A., Control Prenatal. 2011. Citado el: 27-02-2013

ANEXOS

Anexo N°1. Consentimiento informado



Estimada Señora / Señorita

Somos estudiantes de la Escuela de Enfermería y estamos llevando a cabo un estudio sobre Estilos de Vida de las Embarazadas que acuden a control prenatal, en el Subcentro de Salud de “Victoria del Portete”, previo a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería. El objetivo del estudio es determinar los estilos de vida de las Gestantes de este sector. Solicitamos su autorización y participación voluntaria en este estudio.

El estudio consiste en llenar una encuesta que contiene 69 preguntas. Le tomará contestarlo aproximadamente 30 minutos. El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado. El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio.

La participación es voluntaria. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento.

Los resultados estarán disponibles en Subcentro de Salud de la Parroquia, si desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con las autoras de la investigación, Sonia García Gómez, Martha González Vicuña y Ma. Isabel Gualpa Marín o con nuestra directora de investigación Lcda. Adriana Verdugo S. en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca.

Si desea participar, favor de llenar el talonario de autorización y entregar a las autoras.

Sonia García Gómez, Martha González Vicuña y Ma. Isabel Gualpa Marín

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. Las investigadoras me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Sonia García Gómez, Martha González Vicuña y Ma. Isabel Gualpa Marín sobre Estilos de Vida de las Embarazadas que acuden a control prenatal, en el Subcentro de Salud de “Victoria del Portete”.

Firma
C. I.

Fecha



Anexo N°2. Asentimiento informado para las gestantes

Somos Sonia García, Martha González e Isabel Gualpa estudiantes de la **Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Escuela de Enfermería**. Estamos visitando el Subcentro de Salud para aplicar una encuesta sobre los estilos de vida en las gestantes. Sus respuestas serán de gran ayuda para nuestro estudio el cual pretende conocer la realidad que están viviendo Uds. como gestantes.

El objetivo del proyecto es conocer los estilos de vida en cuanto a vivienda, alimentación, higiene, consumo de alcohol y tabaco, descanso y sueño y antecedentes ginecoobtréticos de las gestantes que acuden a control prenatal en el Subcentro de Salud Victoria del Portete.

Para llegar al objetivo de la investigación necesitamos saber los hábitos y costumbres de las gestantes. Por eso necesitamos saber las realidades y conocimientos de ustedes y queremos preguntarles si desean llenar este cuestionario.

La información que nos proporcionen será estrictamente confidencial y solamente será utilizada para fines del presente estudio. Haremos preguntas sobre su vivienda, alimentación, higiene, consumo de alcohol y tabaco, descanso y sueño y antecedentes ginecoobtréticos.

Su participación es voluntaria. Puede negarse a participar, usted tendrá sus debidas razones por las cuales no será cuestionada.

Entendemos que tocamos un tema delicado. Sin embargo preferimos que contestes todas las preguntas. En el caso de que no entienda una pregunta, puede solicitar explicación. Si no se siente cómoda con una pregunta, usted puede pasar a la siguiente.

Para cualquier pregunta o comentario usted puede dirigirse a mí o a mis colegas.

El tiempo de llenado del cuestionario es aproximadamente 30 minutos.

¿Le gustaría participar? Por favor marque con una 'X'

**Anexo N°3. Encuesta****UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Esta encuesta se realizara con fines académicos, el propósito es obtener datos para una investigación de tesis de grado, cuyo objetivo es conocer sobre estilos de vida en embarazadas que acuden a control prenatal en el Subcentro de Salud de Victoria de Portete. Los datos y resultados obtenidos serán absolutamente confidenciales.

Por favor rogamos contestar con la mayor veracidad posible

Fecha de encuesta:

Datos generales

1. Edad: _____

2. Grupo sanguíneo: _____

3. Estado civil

Casada
Unión libre

Soltera
Divorciada

Viuda
Separada

4. Religión

Católica
Evangélico

Testigo de Jehová
Ninguna

Otra: ¿Cuál? _____

5. Con que grupo étnico se identifica

Mestiza Indígena
Afro-ecuatoriana Shuar

Otras ¿Cuál?: _____

6. Sector de procedencia

7. Sector de residencia



8. Tiempo de traslado hacia el subcentro

- 15 minutos 30 minutos
1 hora Otro _____

9. Medio de transporte que utiliza para trasladarse al subcentro

- A pie Carro
Caballo Otro _____

10. Grado de Instrucción

- Primaria Secundaria
Superior Ninguna

11. Ocupación antes de la gestación

- Ama de casa Agricultura
Ganadería Otro _____

12. Ocupación actual

- Ama de casa Agricultura
Ganadería Otro _____

13. Número de integrantes de la familia

Total _____

- Esposo: _____ Hijos: _____
Padres: _____ Abuelos: _____
Hermanos: _____ Otros: _____

14. Como cree Ud. Que es su relación familiar

- Muy buena Buena
Regular Mala

15. Conflictos familiares

- Si
No
A veces

16. Tipo de familia

- Nuclear Extensa
Monoparental Homoparental
Hermanastral Ensamblada
Integrada Disfuncional

**17. Que enfermedad tiene dentro de la familia**

TBC Pulmonar
Diabetes
Gemelar
Otros _____

18. Padece Ud. alguna enfermedad

TBC pulmonar
Diabetes
Hipertensión Crónica
Cirugía Pélvico-uterina
Infertilidad
Otros _____

19. Toma algún medicamento

Si
No Cual? _____

Antecedentes ginecológicos

20. A qué edad fue su primera menstruación _____

21. A qué edad inicio el crecimiento de sus senos _____

22. Duración del periodo menstrual _____

23. Cantidad de sangrado

Abundante
Normal
Poco

24. Edad de la primera relación sexual: _____

25. Número de parejas sexuales: _____

26. Frecuencia de las relaciones sexuales

Diario Semanal
Quincenal Mensual

27. Cirugías ginecológicas

Si
No Cual? _____

**Antecedentes obstétricos**

28. Número de embarazos anteriores: _____

29. Tipo de embarazos anteriores

Único

Gemelar

Trillizos

Otro _____

30. Tipos de partos anteriores

Vaginal _____

Cesárea _____

31. Lugar de partos anteriores

Casa

Hospital

Otro _____

32. Número de hijos vivos y edad

Niños _____

Niñas _____

33. Número de hijos muertos _____

34. Abortos

Si

No

35. Fecha de su última menstruación _____ Edad gestacional _____

36. Este embarazo fue planificado

Si

No

37. Utilizaba algún método anticonceptivo

Si

Cual _____

No

38. A las cuantas semanas del embarazo acudió a su primer control prenatal _____

39. Enfermedad de transmisión sexual, Cual?

Si

No

**Vivienda****40. Tipo de construcción**

Bloque/ladrillo
 Mixta

Bareque
 Otro

41. Tenencia

Propia
 Prestada

Arrendada

42. Espacios de la vivienda

Sala
 Dormitorios
 Baño

Comedor
 Cocina
 Otro

43. Con que servicios básicos cuenta

Agua
 Teléfono
 Recolección de basura

Luz
 Alcantarillado
 Otros

Alimentación

44. Numero de comidas al día _____

45. Con que frecuencia Ud. consume los siguientes alimentos (por semana)

Carbohidratos	Verduras	Frutas	Carnes/Marisco/huevos	Lácteos	Comida chatarra
Pan	Acelga	Durazno	Pollo	Leche	Embutidos
Cereales	Nabo	Pera	Res	Queso	Frituras
Arroz	Col	Manzana	Cerdo	Yogurt	Bocaditos
Papas	Espinaca	Uva	Pescado		Hamburguesas
Fideo	Lechuga	Naranja	Cuy		Hotdog
Harinas	Rábano	Mandarina	Conejo		pizza
	Zanahoria	Cereza	Oveja		Dulces
	Coliflor	Mango	Chivo		Helados
	Tomate	Guayaba	Huevo		Gaseosas
	Suquini	Plátano			Enlatados
	Remolacha	Banano (guineo)			
	Brócoli	Mora			
		Frutilla			

46. Ud. toma vitaminas

Si Ácido fólico Hierro
 Otro _____
 No

**Actividad física**

47. En su trabajo que ¿Qué actividad física realiza?

- Camina
Permanece sentada
Permanece de pie
Otra _____

48. En su tiempo libre Ud. ¿Qué actividad realiza?

- Camina
Trota
Otra _____

49. ¿Cuántas veces a la semana practica?

- Diario
3 veces por semana
Semanal

Descanso y sueño

50. ¿Qué tiempo dedica Ud. al día para descansar?

- 30 minutos
1 hora
2 horas
Otro _____

51. ¿Qué actividades realiza mientras descansa?

- Ver televisión Dormir
Leer Otra _____

52. ¿Cuántas horas duerme actualmente?

- 6-8 horas
8-10 horas
Más de 10 horas

53. ¿Qué actividades realiza usted antes de dormir?

- Ver televisión
Leer Otra _____

54. Ingiere alguna sustancia para dormir

- Café
Té Otra _____



Higiene

55. Con que frecuencia se baña Ud.

Diario

Cada 2 días

Semanal

Consumo de Alcohol

56. Ud. consume alcohol

Si

No

Si su respuesta fue afirmativa:

57. Edad de inicio _____

58. Indique la frecuencia

Diario

Semanal

Quincenal

Mensual

Ocasiones especiales

59. Cuál es la bebida de su preferencia

Cerveza

Vino

Ron

Coñac

Wodka

Aguardiente

Otro _____

60. Cuál es su gusto por las bebidas

Poco

Moderado

Mucho

Consumo de tabaco

61. Usted fuma

Si

No



62. Si su respuesta fue afirmativa, Indique la frecuencia

- Diario N°
Semanal N°
Quincenal N°
Mensual N°
Ocasiones especiales N°

63. Algún miembro de su familia fuma

- Si
No

64. Si su respuesta fue afirmativa, Indique la frecuencia

- Diario N°
Semanal N°
Quincenal N°
Mensual N°
Ocasiones especiales N°

65. Quienes aportan en la economía familiar

- Esposo Padres
Hermanos Gestante
Otros _____

66. Otros ingresos

- Remesas Bono de desarrollo humano
Pensiones Otro _____
Ninguno

67. Ingreso económico

- \$ 100 - \$ 200
Sueldo básico
Más de \$ 300
Otro _____

Gracias por su colaboración

Anexo N°4. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Edad en años cumplidos.	< 13 años 14 – 20 21 – 25 26 – 30 31 – 35 36 – 40 41 – 45 > 45 años
Tipo de sangre.	Se define por las características que tienen los glóbulos rojos y el suero en la sangre, las dos partes que lo conforman es el sistema ABO, que este verifica los tres tipos de antígenos A, B, O y el	Tipos de sangre en gestantes	Grupo de sangre.	A B AB O Factor Rh Positivo Negativo



	factor Rh que determina su estructura dominante.				
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones a por sus relaciones de familia, proveniente s del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación de las gestantes determinada por sus de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado marital	Soltera Casada Separada Unión libre Divorciada Viuda	
Religión.	Es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas	Creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y	Tipo de religión	Católica Evangélica Testigos de Jehová Ninguna Otra	



	sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural	sobrenatural que puedan incidir favorablemente o negativamente en la gestante		
Etnia.	Es un conjunto de personas que comparten rasgos culturales, lengua, religión, celebración de ciertas festividades, música, vestimenta, tipo de alimentación, etc.	Determinar con que grupo étnico se identifica la gestante	Grupo étnico el cual se identifica	Mestizo Indígena Shuar Afroecuatoriano Otro
Procedencia.	Lugar donde nació la persona	Identificar el lugar donde nació la gestante	Lugar de procedencia	Urbano Rural Urbano-marginal
Residencia.	Lugar que en se	Lugar que reside	Lugar de residencia	Especifique



	reside o se vive habitualmente	actualmente la gestante	Tiempo de traslado hacia el subcentro de salud	de 15 minutos a 30 minutos a 1 hora a Otro
			Medio de transporte para acudir al subcentro	A pie Carro Caballo Otro
Grado de Instrucción.	Nivel máximo de estudio que alcanza una persona.	Máximos de grado de estudio que ha alcanzado la gestante	Grado de instrucción	Analfabeta. Primaria. Secundaria. Superior
Ocupación.	Actividad a la que una persona dedica un determinado tiempo.	Actividad a la que se dedica la gestante	Actividad laboral antes y durante el embarazo	Ama de casa Agricultura Ganadería Empleada publica Empleada privada Cargador de hierba Cargador de leña Ordeñadora
Ingresos económicos.	Hacen referencia a todas las entradas	Ingresos económicos familiares y personales	Otros ingresos	Remesas Bono de desarrollo humano

	económica			Pensiones
	s que			Otros
	recibe una			
	persona,		Sueldo	100
	una familia,			200
	una			300
	empresa,			Otros
	una		Quienes	Esposo
	organizació		aportan	Padres
	n, un		económica	Hermanos
	gobierno,		mente en el	Gestante
	etc. ⁵⁶		hogar	Otros
Estructura familiar.	La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.	Estructura familiar de la gestante	Integrantes de la familia	Esposo Hijos Hermanos Padres Abuelos Otros
			Relaciones familiares	Muy buena Buena Regular Mala
			Conflictos familiares	Si No

⁵⁶ Anónimo. INGRESOS. Citado: 10/12/2012. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/economia/econo8.htm>



Tipo de familia.	Núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento	Tipo de familia de la gestante	Tipos de familias	Nuclear Extensa Monoparental Homoparental Hermanastral Ensamblada Integrada Disfuncional
Antecedentes patológicos familiares.	Son aquellas enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos como los padres y hermanos, por la posibilidad que algunas de ellas	Enfermedades de tipo hereditario que presenten o hayan presentado familiares	Tipos de enfermedades.	Hipertensión arterial, Diabetes mellitus. Enfermedades coronarias Cáncer de mama, Cervicouterino, Enfermedades cerebrovasculares. Alergias, Asma,

⁵⁷ SAAVEDRA. J. FAMILIA TIPOS Y MODOS. Citado: 13/12/2012. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml#tipos>

	tengan transmisión por herencia.				Neumonía, Tuberculosis . Depresión Trastornos psiquiátricos
				Familiar	Padre Madre Abuelos Paternos Abuelos maternos Tíos
Antecedentes patológicos personales.	Son aquellas enfermedades que des que presenten o ha presentado la gestante durante su vida.	Enfermedad es que la gestante ha tenido	Tipo de enfermedad		Especifique
Gestante.	Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina	Edad gestacional en la que se encuentre la mujer el día de la encuesta	Semanas de gestación		Fecha de última menstruación



	con el			
	parto. ⁵⁸			
Antecedentes ginecológicos.	Desarrollo de los caracteres sexuales secundario	Antecedente s de la embarazada	A qué edad fue su menarca	10 años 11 años 12 años 13 años 14 años 15 años Otra
	s ⁵⁹			
			A qué edad fue su menarca	10 años 11 años 12 años 13 años 14 años 15 años Otra
			Duración de ciclos menstruales	2 días 3 días 4 días 5 días Otro
			Cantidad del sangrado	Abundante Normal Poco
			Número de parejas	1 2

⁵⁸ Montero, Leida C. - Enfermería materno-infantil. Venezuela. Citado: 10/12/2012. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestante

⁵⁹ Dirección de Proyección de Servicios de Salud. MANUAL DE INSTRUCTIVOS DEL EXPEDIENTE DE SALUD. 2007. Citado: 10/12/2012. Disponible en: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Medica/Proyeccion_Servicios_Salud/Estadistica_en_Salud/Documentos/TabExpedienteSalud/TabInstruct/1135_Historia_Clinica_Ginecologica.pdf



		sexuales	3
			Otro:
		Edad de la primera relación sexual	14 15 16 17 18 Otro ¿Cuál?
		Frecuencia de las relaciones sexuales	Diario Semanal N° Quincenal N° Mensual N° Esporádico
		Cirugías ginecológicas	Si No
Antecedentes obstétricos.	Son las situaciones que pueden perjudicar el desarrollo normal del embarazo o el parto y que, en algunos casos, se han manifestad	Situaciones que pueden perjudicar el desarrollo normal del embarazo actual	Número de embarazos anteriores 1 2 3 4 5
		Tipo de embarazos anteriores	Único N° Gemelar N° Trillizos N° Otros
		Abortos	Si N° No
		Tipo de parto	Vaginal N° Cesárea N°



o en	Lugar de Casa N°	
embarazos	partos de Hospital N°	
previos	anteriores Otro N°	
	Hijos vivos	1
		2
		3
		4
		Otros
	Hijos	1
	muertos	2
		3
		4
		Otros
	Número de	1
	hijos e hijas	2
		3
		4
		Otro
	Niño/a	Si
	planificado	No
	Utilizaba	Si
	algún	
	método	No
	anticoncepti	
	vo	
	Que	Método del
	método	ritmo
	anticoncepti	Coito
	vo utilizaba	interrumpid
		o

Hormonales
Barreras
Dispositivos
intrauterinos

A las	1
cuantas	2
semanas	3
del	4
embarazo	Otro
acudió a su	
primero	
control	
prenatal	

Enfermedad de transmisión sexual Si, Cual?
No

Infraestructura.	La vivienda es un lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas, ofreciendo refugio protección	Características de la vivienda donde habita la gestante	Tipo de construcción.	Bloque Ladrillo Mixta
			Tenencia	Propia Arrendada Prestada
			Espacios de la vivienda	Sala N° Comedor N° Cocina N° Dormitorio N° Baño N° Otro, Que?

	a los seres humanos adaptadas a las necesidades cotidianas.		Servicios básicos	Agua Luz Teléfono Alcantarilla do Recolección de basura
Alimentación.	Alimentación es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse. ⁶⁰	Tipo de alimentación antes y durante la gestación	Tipos de alimentos	Frutas Vegetales Cereales Grasas Legumbres Carnes/Mariscos Productos lácteos Bebidas
			Numero de comidas al día	1 2 3 4 5 6
			Suplementos vitamínicos	No Si, Cual?
Actividad física.	Es todo tipo de movimiento	Actividad física que realiza	Tipo de actividad física que	Caminata Trote Indor –

⁶⁰ Anónimo. Alimentación. Citado el 10/12/2012. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Alimentaci%C3%B3n>

	corporal durante el realiza futbol
	que realiza embarazo. Vóley
	el ser Trabajo diario
	humano Ninguno
	durante un
	determinad
	o periodo
	de tiempo,
	ya sea en
	su trabajo o
	actividad
	laboral y en
	sus
	momentos
	de ocio,
	que
	aumenta el
	consumo
	de energía
	considerabl
	emente y el
	metabolism
	o basal ⁶¹
Recreación.	Es buscar Recreación Tipo de Cine
	la manera de las recreación Parque
	de escapar gestantes que realiza Acampar
	de las De
	presiones compras
	del diario

⁶¹ Anónimo. Actividad física. Citado el: 10/12/2012. Disponible en: <http://www.actividadfisica.net/>



	vivir y darse espacios en los que puedan descansar y disfrutar. ⁶²		Frecuencia	Semanal Quincenal Mensual Otro
Descanso.	Reposo, interrupción en el trabajo	Tiempo que dedica el gestante para descansar	Horas de descanso al día	de 30 minutos al 1 horas 2 horas Otro
			Tipo de actividad que realiza mientras descansa	Ver televisión Leer Dormir Otro
Sueño.	Es un estado de reposo uniforme de un organismo vivo y se contrapone a lo que se denomina como estado de vigilia o	Período de sueño durante la gestación	Horas de sueño.	de 6 8 10 Otro
			Actividades antes de dormir.	Ver TV Leer Otro
			Sustancias estimulantes para dormir.	Café Té Otros

⁶² Anónimo. RECREACION: 2012. Citado: 13/12/2012. Disponible: www.misrespuestas.com/que-es-la-recreacion.html

estar
 despierto,
 caracteriza
 do por muy
 poca
 actividad
 fisiológica.

Higiene.	Es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen efectos nocivos sobre su salud.	Conocimientos y técnicas que aplican las gestantes para el control de los factores que ejercen efectos nocivos para su embarazo.	Frecuencia de baño 1 vez por semana 2 veces por semana 3 veces por semana Diario Otro especifique
Consumo de alcohol.	Es la ingesta de bebidas alcohólicas que interfiere en la salud	Bebidas ingeridas antes y durante el embarazo	Edad de inicio 15 a 20 20 a 40 40 y mas Otro Frecuencia y Cantidad Diario Semanal Quincenal



	física y/o mental del individuo, así como en sus responsabilidades sociales, familiares u ocupacionales debido a que pueden provocar adicción.				Mensual Ocasiones especiales Bebidas preferidas. Cerveza Vino Ron Wodka Aguardiente. Otro
					Gusto por las bebidas alcohólicas. Poco Moderado Mucho
Consumo de tabaco.	Es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de	Consumo del tabaco antes y durante el embarazo	La gestante fuma	Si No	
				Frecuencia y número por día (Gestante)	Diario N° Semanal N° Quincenal N° Mensual N° Ocasiones especiales N°
			Existen fumadores en el hogar	Si No	
				Frecuencia y cantidad (Otro)	Diario N° Semanal N° Quincenal N°



SU consumo. ⁶³	Mensual N° Ocasiones especiales N°
------------------------------	---

⁶³ Anónimo. Tabaquismo. Citado: 10/12/2012. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Tabaquismo>

Anexo N°5. Tablas de resultados**Tabla N° 47. Frecuencia del consumo de carbohidratos por semana de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.**

Carbohidratos	Frecuencia por semana					TOTAL
	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7	Ninguno	
Pan	12	28	8	4	0	52
Cereales	22	3	1	1	25	52
Arroz	0	7	11	34	0	52
Papas	10	19	21	2	0	52
Fideo	19	13	6	6	8	52
Harina	13	8	2	2	27	52
PROMEDIOS	11	13	8	10	10	52

Fuente: encuestas

Elaborado por: las autoras

Análisis: Tabla N° 48. Frecuencia del consumo de verduras por semana de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Verduras	Frecuencia por semana					TOTAL
	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7	Ninguno	
Acelga	31	15	1	0	5	52
Nabo	34	9	1	1	7	52
Col	37	9	1	1	4	52
Espinaca	28	4	1	0	19	52
Lechuga	28	16	1	3	4	52
Rábano	25	6	1	0	20	52
Zanahoria	16	19	1	1	15	52
Coliflor	21	5	3	0	23	52
Tomate	9	28	10	4	1	52
Suquini	5	4	1	0	42	52
Remolacha	17	8	1	2	24	52
Brócoli	23	7	1	0	21	52
PROMEDIO	23	11	2	1	15	52

Fuente: encuestas

Elaborado por: las autoras



Tabla N° 49. Frecuencia del consumo de frutas por semana de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Frutas	Frecuencia por semana					TOTAL
	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7	Ninguno	
Durazno	35	11	1	0	5	52
Pera	36	7	3	0	6	52
Manzana	36	9	4	0	3	52
Uva	34	5	1	0	12	52
Naranja	32	10	2	0	8	52
Mandarina	34	1	2	0	15	52
Cereza	13	1	0	0	38	52
Mango	16	4	1	0	31	52
Guayaba	19	6	0	0	27	52
Plátano	15	24	3	1	9	52
Banano/guineo	18	19	9	4	2	52
Mora	28	4	1	0	19	52
Frutilla	23	1	0	0	28	52
PROMEDIO	26	8	2	0	16	52

Fuente: encuestas

Elaborado por: las autoras

Tabla N° 50. Frecuencia del consumo de carnes/mariscos/huevos por semana de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Carnes / mariscos / huevos	Frecuencia por semana					TOTAL
	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7	Ninguna	
Pollo	36	16	0	0	0	52
Res	43	6	0	0	3	52
Cerdo	39	3	1	0	9	52
Pescado	42	2	0	0	8	52
Cuy	5	1	0	0	46	52
Conejo	0	0	0	0	52	52
Oveja	2	0	0	0	50	52
Chivo	0	0	0	0	52	52
Huevo	2	23	12	10	5	52
PROMEDIO	19	6	1	1	25	52

Fuente: encuestas

Elaborado por: las autoras

Tabla N° 51. Frecuencia del consumo de lácteos por semana de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Lácteos	Frecuencia por semana					TOTAL
	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7	Ninguna	
Leche	3	12	15	21	1	52
Queso	8	23	3	2	16	52
Yogurt	10	3	0	0	39	52
PROMEDIO	7	13	6	8	19	52

Fuente: encuestas

Elaborado por: las autoras



Tabla Nº 52. Frecuencia del consumo de comida chatarra por semana de 52 gestantes atendidas en el Subcentro de Salud de Victoria del Portete. Cuenca, 2013.

Comida chatarra	Frecuencia por semana					TOTAL
	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7	Ninguna	
Embutidos	23	1	1	1	26	52
Frituras	14	0	0	1	37	52
Bocaditos	1	0	0	0	51	52
Hamburguesas	0	0	0	0	52	52
Hotdog	0	0	0	0	52	52
Pizza	2	0	0	0	50	52
Dulces	17	4	1	0	30	52
Helados	19	2	0	1	30	52
Gaseosas	29	8	1	0	14	52
Enlatados	34	2	1	0	15	52
PROMEDIO	14	2	0	0	36	52

Fuente: encuestas

Elaborado por: las autoras