



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**“INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER EL AUTOCUIDADO EN
MUJERES EMBARAZADAS MEDIANTE LA PEDAGOGÍA HOLISTA”**

TESIS

PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN ENFERMERÍA
ORIENTACIÓN: EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

PRESENTA
LAURA ROCHA MERCADO
BECARIA CONACYT 2015-2018

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MA. DE LOS ÁNGELES TORRES LAGUNAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CIUDAD DE MÉXICO

ENERO, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la oportunidad de continuar mis estudios a nivel posgrado.

Al CONACYT por su loable misión de impulsar y fortalecer el desarrollo científico y la modernización tecnológica de México, mediante la formación de recursos humanos de alto nivel.

A la Dra. Gandhi Ponce Gómez, coordinadora del programa de Maestría en Enfermería; por su espíritu incansable en la formación de enfermeras, por su mano firme y amorosa; por creer en mí y apoyarme siempre. Gracias infinitas.

A mi Directora de Tesis, Dra. Ángeles Torres Lagunas, muchas gracias por su acompañamiento continuo y amoroso, por confiar en mi proyecto y apoyarme siempre en la realización del mismo.

A mis maestras que con su ejemplo, entrega y dedicación contagian el amor a la enfermería y el deseo de continuar trabajando en la superación profesional y personal; sin duda han hecho de esta, una experiencia académica única.

A los directivos y personal operativo del Centro de Salud en donde se realizó este estudio por su apoyo, confianza e interés genuino en buscar el bienestar de las mujeres y sus familias.

A las mujeres embarazadas que participaron en esta investigación por permitirme acompañarlas en esta experiencia de aprendizaje. Muchas gracias por su tiempo y disposición.

DEDICATORIA

A Dios por ponerme en este camino de aprendizaje. Esta experiencia sin duda me fortalece y me da las herramientas para ser mejor enfermera y persona. Gracias.

A mi amada familia; mi esposo y mis hijos Juan Pablo y Santiago Gabriel quienes han estado siempre presentes, siempre pacientes, siempre amorosos; sobre todo en los momentos menos fáciles, en los que una mirada o una sonrisa eran suficientes para retomar fuerzas y continuar en el camino. Gracias siempre.

A mis padres que siempre me han impulsado hacia la superación profesional y personal. Mi papá, incansable en el trabajo y generoso en el amor y la compasión; este trabajo es todo para ti, sin tu apoyo no lo hubiera conseguido. Mi mamá que desde el cielo ilumina y guía mis pasos. Eternamente agradecida.

A mis queridos compañeros de la 14^a y 16^a generación por compartir tanto en este camino, por brindarme su amistad y apoyo, por tantas risas y preocupaciones. Edith, amiga, gracias por siempre estar.

A todas las mujeres a quienes he acompañado en su camino hacia la maternidad, porque he aprendido tanto de ellas y han sido inspiración para la realización de este trabajo.

A los que no han nacido, porque habrá oportunidad de mejorar las condiciones para su nacimiento.

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Importancia del estudio	11
1.3. Objetivos	14
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1. Autocuidado	14
2.1.1. Autocuidado en el embarazo	14
2.1.1.1. Nutrición e hidratación	15
2.1.1.1.1. Elementos esenciales en la dieta durante el embarazo	13
2.1.1.1.2. Implicaciones de la mala nutrición en el embarazo	19
2.1.1.2. Respiración	20
2.1.1.3. Sueño y descanso	20
2.1.1.4. Actividad y ejercicio	21
2.1.1.5. Seguridad y bienestar	21
2.1.1.5.1. Ropa y calzado	21
2.1.1.5.2. Higiene	22
2.1.1.5.3. Consulta prenatal	22
2.1.1.6. Sexualidad	22
2.1.2. Evolución de las prácticas de autocuidado	23
2.1.3. Teoría del autocuidado de Dorotea Orem	24
2.1.3.1. Teoría General de enfermería	25
2.1.3.1.1. Factores condicionantes básicos	27
2.1.3.1.2. Premisas	27
2.1.3.1.3. Propositiones	28
2.1.3.2. Teoría de los sistemas de enfermería	29
2.1.4. Nuevas perspectivas del autocuidado	31
2.1.5. Papel de la enfermera en el cuidado de la salud en el embarazo	34

2.2. Pedagogía Holista	35
2.2.1. Fundamentos de la pedagogía holista	36
2.2.2. Aspectos que facilitan el aprendizaje	38
2.2.3. Intervención educativa como estrategia de promoción de la salud	40
2.2.3.1. Intervención educativa	40
2.2.3.2. Diseño de una intervención educativa	42
2.3. Promoción de la salud	43
2.4. Revisión de la literatura	44
3. MATERIAL Y MÉTODOS	49
3.1. Tipo de estudio y diseño	49
3.2. Población y muestra	49
3.2.1. Criterios de inclusión	49
3.2.2. Criterios de exclusión	49
3.2.3. Criterios de eliminación	49
3.3. Variables de estudio	50
3.3.1. Nivel de conocimientos de la mujer embarazada sobre autocuidado	50
3.3.2. Capacidades de autocuidado durante el embarazo	50
3.4. Hipótesis	50
3.5. Procedimientos	51
3.5.1. Método de enseñanza	51
3.5.2. Intervención educativa	51
3.5.2.1. Evaluación de la intervención educativa	53
3.5.3. Para la recolección de datos	53
3.5.3.1. Instrumento de medición	53
3.5.4. Para el análisis de los datos	55
3.6. Aspectos éticos	57
4. RESULTADOS	57
4.1. Caracterización de la muestra	58
4.2. Análisis estadístico	59
4.2.1. Resultados descriptivos del pre y post test por requisitos universales de autocuidado	59

4.2.2. Pruebas de asociación	61
4.2.3. Pruebas de comparación	63
5. DISCUSIÓN	67
6. APORTES DEL ESTUDIO A LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA	71
7. CONCLUSIONES	73
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
9. TABLAS	
Tabla 1 Caracterización de la muestra	58
Tabla 2 Requisitos universales de autocuidado pre y post test	59
Tabla 3 Pruebas de asociación: Nivel de conocimientos sobre autocuidado durante el embarazo	61
Tabla 4 Pruebas de asociación: Capacidades de autocuidado durante el embarazo	62
Tabla 5 Puntajes obtenidos en las secciones que miden nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado de la mujer embarazada durante el embarazo. Pre y post test	63
Tabla 6 Promedio obtenido en las secciones que midieron Nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado De la mujer embarazada. Pre y post test	64
Tabla 7 Diferencia en el nivel de conocimientos del autocuidado en el embarazo antes y después de la intervención educativa mediante la pedagogía holista. Prueba de los rangos con signo de Willcoxon	64
Tabla 8 Nivel de conocimientos de autocuidado en el embarazo y de las capacidades de autocuidado en el embarazo. Kappa de Cohen	64
Tabla 9 Nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado de la mujer embarazada. Pre test.	65
Tabla 10 Nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado de la mujer embarazada. Post test.	66
10. ANEXOS	82
Anexo 1 Operacionalización de las variables	82
Anexo 2 Instrumento de recolección de datos	86
Anexo 3 Consentimiento informado	92

Anexo 4 Propuesta de intervención educativa mediante la pedagogía holista	93
Anexo 5 Instrumento para jueceo de expertos	99
11. FIGURAS	
Figura 1 Teoría General de Enfermería de Dorotea Orem	25
Figura 2 Modelo conceptual de la teoría general del déficit de autocuidado	29
Figura 3 Sistema de enfermería	30

“Intervención educativa para favorecer el autocuidado en mujeres embarazadas mediante la pedagogía holista”

RESUMEN

Introducción: La realidad de la salud materna, es un tema pendiente en la agenda mundial ya que las mujeres siguen enfermando y muriendo por complicaciones del embarazo que potencialmente son prevenibles. Las estrategias globales para mejorar esta situación, no son ajenas a México ya que a pesar de los esfuerzos en materia de prevención y cobertura no se ha conseguido disminuir la muerte materna prevenible; sobre todo en aquellas zonas del país de mayor pobreza y menor desarrollo social. Es por ello que el objetivo de este estudio es evaluar el efecto que tiene una intervención educativa basada en la pedagogía holista para la mejora del autocuidado de la mujer embarazada con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad durante esta etapa.

Metodología: estudio preexperimental, conformando un grupo de 20 mujeres embarazadas que acuden a consulta de cuidado prenatal a un Centro de Salud en el Municipio de Ecatepec de Morelos en el Estado de México. Se empleó un instrumento de recolección de datos que midió el nivel de conocimientos y las capacidades de autocuidado de la mujer embarazada durante el embarazo, que fue aplicado en un pre test y un post test después de la intervención educativa mediante la pedagogía holista.

Resultados: No se encontró una asociación lineal entre las variables dependientes: nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado en el embarazo en relación a la edad, la escolaridad, la ocupación y nivel socioeconómico de las mujeres embarazadas ($p=.500$).

Respecto a las diferencias en nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado durante el embarazo antes y después de la intervención educativa mediante la pedagogía holista, se encontró que si existe una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimientos y las capacidades de autocuidado durante el embarazo que pudieran ser atribuibles a la intervención educativa ($p=.000$).

Conclusiones: los resultados sugieren que una intervención educativa fundamentada teóricamente, influye positivamente en la mejora del autocuidado en mujeres embarazadas, en donde enfermería desempeña un papel fundamental para la promoción de la salud y prevención de enfermedad durante la etapa reproductiva.

ABSTRACT

Introduction: The reality of maternal health is a pending issue on the global agenda and women continue to fall ill and die from complications of pregnancy that are potentially preventable. The global strategies to improve this situation are not foreign to Mexico because despite efforts in prevention and coverage has not been able to reduce preventable maternal death; especially in those areas of the country of greater poverty and less social development. That is why the objective of this study is to evaluate the effect of an educational intervention based on holistic pedagogy for improving the self-care of pregnant women in order to promote health and prevent disease during this stage.

Methodology: quasi-experimental study, forming a group of 20 pregnant women who attend prenatal care consultation at a Health Center in the Municipality of Ecatepec de Morelos in the State of Mexico. We used a data collection instrument that measured the level of knowledge and self-care skills of the pregnant woman during pregnancy, which was applied in a pre-test and a post-test after the educational intervention through holistic pedagogy.

Results: A linear association between the dependent variables was not found: level of knowledge and self-care capacities in pregnancy in relation to age, schooling, occupation and socioeconomic level of pregnant women ($p = .500$).

Regarding the differences in level of knowledge and self-care skills during pregnancy before and after the educational intervention through holistic pedagogy, it was found that there is a statistically significant difference in the level of knowledge and self-care skills during pregnancy that could be attributable to the educational intervention ($p = .000$).

Conclusions: the results suggest that an educational intervention based theoretically, positively influences the improvement of self-care in pregnant women, where nursing plays a fundamental role for the promotion of health and prevention of disease during the reproductive stage.

1. INTRODUCCIÓN

La salud materna es un tema pendiente en la agenda nacional en lo que se refiere a la generación de políticas públicas eficientes para la promoción y prevención de enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y posparto.

Por lo anterior es necesario implementar estrategias que permitan que las mujeres tengan acceso a servicios de salud que les doten de herramientas que les permitan mantener o mejorar su salud durante el embarazo.

En este sentido, la atención primaria en salud, reviste especial importancia debido a que las estrategias que se implementan tienen probada eficacia y son de bajo costo permitiendo su implementación en el sistema de salud.

Sin embargo, es necesario que estas estrategias se traduzcan en metodologías concretas que incidan en la totalidad del individuo y su entorno, permitiéndole generar cambios significativos en su salud mediante procesos de autocuidado.

En el caso de las mujeres embarazadas, se propone la educación mediante la pedagogía holista, con el fin de mantener o mejorar las prácticas de cuidado de la salud durante el embarazo.

En este sentido, y considerando las bases filosófico-epistemológicas de la disciplina; la enfermera se dispone como el profesional idóneo para el desempeño de esta actividad: “caminar al lado de alguien” que se dirige hacia un objetivo, generalmente la autonomía.

En el presente trabajo, se plantea el informe de la investigación, empezando por el planteamiento y pregunta de investigación, para posteriormente establecer los objetivos generales y particulares; describiendo posteriormente la importancia del estudio, así como a la fundamentación teórica que lo sustenta, a continuación, se describe la metodología, recolección y tratamiento estadístico de los datos obtenidos y los resultados obtenidos.

Finalmente se exponen las conclusiones, que incluyen propuestas de mejora para futuras investigaciones.

1.1. Planteamiento del problema

El embarazo es una etapa del ciclo vital de la mujer y la familia que implica importantes cambios físicos, psicológicos y sociales; siendo una experiencia única en cada mujer. Es por ello que este periodo de la vida requiere de un cuidado especial.

Sin embargo, aunque para la mayoría de las mujeres la maternidad es una experiencia positiva, para algunas de ellas, es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso muerte¹. Además, es importante considerar que la morbilidad y mortalidad materna tiene un gran impacto familiar, social y económico por lo que representa un indicador del desarrollo social.

Según la Organización Mundial de la Salud¹, cada día mueren casi 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y posparto, representando la segunda causa de muerte de mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo*, agudizándose aún más en las zonas rurales, comunidades pobres y con menor nivel educativo; por lo cual la muerte materna (MM), por su carácter de prevención y por lo tanto evitable; constituye un importante problema de derechos humanos, equidad de género y justicia social.

De igual forma a nivel mundial, los trastornos de la salud reproductiva representan más del 30% de la carga global de morbilidad y discapacidad en mujeres. Se sabe que alrededor de 300 000 millones de mujeres, más de un cuarto de la población adulta sufre a corto o largo plazo enfermedades ocasionadas por el proceso reproductivo².

Ante esta problemática, se han realizado diversos esfuerzos a nivel nacional e internacional, desde la iniciativa de Maternidad sin Riesgos de Nairobi, Kenia (1987); hasta los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el año 2000, en donde los países miembros de la Naciones Unidas se comprometieron a trabajar para lograr entre otras metas, reducir un 75% para 2015, la razón de mortalidad materna (ODM 5A) así como lograr el acceso universal a la salud reproductiva (ODM 5B); derivado de ello los países miembros, implementaron una serie de estrategias dirigidas a tal fin; y más recientemente los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) establecidos por las naciones unidas y que constituyen un llamado universal a actuar para la solución de las principales problemáticas que aquejan al mundo entero, entre las que se destaca la salud materna pues dentro de sus 17 objetivos plantea una nueva agenda para la salud materna, destinada a acabar con la mortalidad materna prevenible y con ello reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000NM para el 2030.

* El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo

Y aunque la RMM mundial disminuyó en todas las regiones comprometidas con los ODM entre 1990 y 2015, la disminución fue lenta y considerablemente diferente de una región a otra³.

En el caso de América Latina y el Caribe, aunque la TMM ha mostrado un importante descenso en los últimos años, de 88 a 67 por cada 100 000 NV de 2005 a 2015, no fue suficiente para alcanzar la meta propuesta en los ODM⁴.

En México la problemática se ha comportado de manera similar, si bien es cierto que la TMM ha disminuido de 90 a 38 por 100 000 NV de 1990 a 2015, esta reducción no ha sido homogénea además de haber sido insuficiente para el cumplimiento de ODM que en el caso de nuestro requería una TMM de 22 muertes por cada 100 000 NV; y peor aún, para la primera semana de abril del 2018, se registraron 172 defunciones (TMM 31.3) lo cual representa un aumento del 3.5% respecto a lo registrado a la misma fecha del 2017, lo que evidencia no solo el rezago si no el retroceso en el impacto de las políticas públicas, en la calidad de los servicios y en la equidad en la prestación de los mismos⁵.

Así, las entidades con mayor número de defunciones son: Chiapas con 24, Estado de México con 21, Jalisco con 13, Chihuahua y Puebla con 12 muertes registradas a la semana epidemiológica 15 de 2018⁵, lo cual evidencia brechas importantes entre entidades federativas, de tal suerte que para el 2012, las mujeres que vivían en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, tenían casi 5 veces más riesgo de fallecer durante el proceso reproductivo que el resto y si consideramos las brechas entre mujeres no indígenas e indígenas, la diferencia del riesgo de morir es de 3 veces más. Es así que, vivir en condiciones de pobreza determina menos posibilidades de sobrevivencia².

Y aunque desde 2007, se pusieron en marcha políticas públicas encaminadas a priorizar el acceso a los servicios de salud materna² además de programas como “Embarazo saludable” (2008) y la “Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México” (2009), es evidente que los esfuerzos no han sido suficientes, por lo que vale la pena analizar las razones que han impedido alcanzar las metas propuestas y más aún, analizar las estrategias con probada eficacia a nivel mundial y local que SI han permitido disminuir los índices de muerte materna en los últimos años.

En este sentido, es importante destacar que aproximadamente el 80% de las enfermedades o muertes maternas pueden evitarse² mediante medidas que implican gran inversión en

infraestructura y recursos humanos y materiales como el proveer de atención especializada a todas las mujeres antes, durante y después del nacimiento, además de brindar el acceso a una atención obstétrica de urgencia; pero también a través de medidas sencillas y de bajo costo como la promoción de la salud⁶.

Según la OMS, la promoción de la salud, permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud, mediante la implementación de una gama de intervenciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos además de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas mediante la elaboración de una política pública sana; con el fin de proteger la salud y la calidad de vida mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación^{7,8,9}.

Es así que la Carta de Ottawa¹⁰ propone las siguientes áreas de acción: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud.

En este sentido, en la “Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud” celebrada en 2016 en Shanghai, China⁸ se ha insistido en la necesidad de que se incorpore la promoción de la salud como instrumento de transformación estratégica para garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*.

De igual forma, la política pública en México se perfila en el mismo sentido de la política internacional, estableciendo en el Programa Sectorial de Salud (PSS), así como el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal**, vinculados estrechamente al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018***; que la promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, y es por ello que se presentan como componentes esenciales del modelo de Atención a la Salud en México^{11,12,13,14}.

Así mismo, en el PSS se reconoce que el modelo de atención con que operan las instituciones del sector salud ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención por lo que propone hacer de las acciones de protección, prevención de enfermedades y promoción

* Objetivo de Desarrollo Sostenible No. 3

** Del Centro Nacional de Equidad de Género

*** Meta II. México incluyente

de la salud, un elemento básico que permita disminuir el impacto negativo de las conductas y hábitos no saludables y de esta forma alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el PND^{11,12}.

No obstante, nunca se menciona de manera explícita la educación para la salud como estrategia para la promoción de la salud; solo se sugiere de manera muy superficial la necesidad de brindar información y consejería a las mujeres sobre metodología anticonceptiva, señales de alarma, atención del parto, cuidado del recién nacido, lactancia materna y para promover su asistencia al control prenatal; pero en definitiva no se habla de una educación prenatal y menos aún de una pedagogía prenatal.

Concibiendo el proceso educativo como una oportunidad de mejora del ser humano mediante el desarrollo de sus potencialidades, la educación prenatal adquiere especial importancia ya que la madre que vive este proceso, cuenta con las herramientas necesarias para desarrollar, desde pequeñas acciones comunicativas con base en la conciencia pedagógica de su alcance formativo como: sentir al bebé, amarle conscientemente, acariciarlo, comunicarse con él, pensar positivamente en él, hablarle, cantarle, hasta cambios en su estilo de vida dirigidos al **autocuidado** como: alimentarse sanamente, evitar peligros, ejercitarse, practicar la relajación y la meditación, tener sentimientos y emociones positivas, procurar el descanso y acudir a la consulta de cuidado prenatal^{15,16}.

Entendiendo el autocuidado según Orem como todas aquellas acciones que el individuo realiza para cuidar de sí mismo y de otros, mediante un conjunto de prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autoconocimiento y autoexpresión de aspectos que favorecen el desarrollo integral. En este sentido, Orem señala que en el autocuidado deben practicarse cuatro tipos de acciones y expresiones: búsqueda de conocimiento, de ayuda y recursos y expresiones interpersonales¹⁷.

En el caso de la mujer embarazada el autocuidado de la salud se entiende como el fortalecimiento de la capacidad para decidir sobre su persona en forma integral, en aspectos de autodescubrimiento, autoestima, salud, sexualidad y empoderamiento, talento humano siendo protagonista de su propio desarrollo¹⁸. En este sentido, existe una buena práctica de autocuidado en el embarazo cuando las mujeres llevan a cabo acciones dirigidas al cuidado de su salud considerando los requisitos de autocuidado universales y del desarrollo y, en

consecuencia, se espera que estén expuestas a menos situaciones de enfermedad, con beneficios para ella y su hijo.

Es importante resaltar que el autocuidado es posible promoverlo, favorecerlo y fortalecerlo mediante la implementación de estrategias de intervención educativa apropiadas, pedagógicamente fundamentadas.

En este sentido, y dada la complejidad de la salud materna, es necesario que todos los factores, tanto biológicos como psicológicos, sociales y espirituales sean abordados en la educación de la embarazada y su familia, favoreciendo en todo momento un aprendizaje significativo considerando que la persona aprende desde sus vivencias y modelos cognitivos, reorganizándolos y modificándolos ante la nueva información y experiencias que se dan durante el proceso educativo¹⁹.

Es así que la implementación de estrategias educativas para promoción de la salud debe considerar no solo el desarrollo de las aptitudes personales si no también la creación de ambientes favorables, la reorientación de los servicios sanitarios, el reforzamiento de la acción comunitaria y la elaboración de una política pública sana, con el fin último de favorecer la salud de la madre y prevenir con ello complicaciones durante el proceso reproductivo¹⁹.

Pero, ¿Qué factores favorecen o dificultan la salud materna?, ¿Qué acciones o intervenciones de promoción de la salud podemos implementar o ejecutar para prevenir la morbi-mortalidad durante el embarazo?, diversos estudios a lo largo de los años, han pretendido dar respuesta a estas y muchas otras preguntas en torno a la salud materna.

Es así que en diversos estudios descriptivos se han explorado los conocimientos y capacidades de autocuidado que tienen las mujeres embarazadas; reportando déficit en temas como: importancia del control prenatal^{20,21}, alimentación^{22,23,24}, ejercicio y descanso^{24,25}, sexualidad²², automedicación²² y factores biopsicosociales del embarazo, desconociendo entre otros, que el estrés y la depresión sean factores de riesgo durante el embarazo^{26,27}. Estas investigaciones concluyen que: las mujeres que perciben mayores beneficios de la adopción de estilos de vida saludables (por ejemplo, en la alimentación) son más propensas a llevarlos a cabo, por lo que el embarazo puede representar un momento oportuno para iniciar un cambio de comportamiento²³. Se reconoce también que es necesario integrar el determinante cultural en la evaluación de las prácticas de autocuidado de las

embarazadas²⁰ ya que las barreras percibidas para llevar cabo determinadas acciones de cuidado corresponden al orden socio-cultural como el nivel socioeconómico, la escolaridad y otras al funcionamiento del sistema de salud como el tiempo de espera para la consulta y para la obtención de una cita²¹. Se resalta también, la importancia de fomentar la conservación o el mantenimiento de las acciones de cuidado en aquellas mujeres que tienen una buena práctica de autocuidado²⁴.

La sugerencia final es llevar a cabo intervenciones integrales que permita la adopción de prácticas de autocuidado en las mujeres durante la gestación.

En este sentido, los estudios de intervención han explorado en torno a los mismos temas teniendo como objetivo: el aumento de conocimientos y fomento de prácticas de autocuidado^{27,28,29,30,31,32,33}. Se observó que: no es suficiente brindar orientación, hay que evaluar el efecto de las intervenciones conductuales³¹ sobre estilos de vida saludables, que han demostrado ser las más efectivas, así mismo es necesario combinar actividades de promoción de la salud con el apoyo o intervención social.

De igual forma, al analizar revisiones sistemáticas, se observa que las investigaciones se desarrollan en torno a temáticas similares a las antes descritas: actividad física, alimentación y salud mental^{34,35,36,37,38} y se concluye que las intervenciones integrales y que se basan en alguna teoría del comportamiento son más efectivas que aquellas que solo brindan información, consejería u orientación. Así mismo destacan la importancia de realizar intervenciones en temas prioritarios del cuidado como la disminución del aumento de peso y la obesidad durante el embarazo.

Sin embargo, el conocimiento de la educación prenatal y su presencia en la cultura es aún insuficiente, ya que la realidad indica que son pocos los profesionales que la ponen en práctica con las mujeres gestantes y sus parejas³⁹.

Debido a lo anterior, las enfermeras debemos replantearlos el verdadero significado de cuidado de la mujer y su familia en todas las etapas de la vida, de manera especial en la reproductiva. Así, el cuidado de la embarazada deberá incorporar aspectos filosóficos, la continuidad de los cuidados y el derecho de la mujer a participar con conocimiento de su propia experiencia⁴⁰, siendo la participación de las mujeres en su propio cuidado un factor relacionado con la reducción de la muerte materna.

Para esta labor, la enfermera cuenta con instrumentos esenciales para el desarrollo de una práctica holística de acuerdo a las recomendaciones de la OMS que destacan el cuidado humanizado en la atención prenatal como el primer paso para un nacimiento sano y la disminución de la morbilidad materna, fetal y neonatal.

Considerando que las intervenciones educativas son complejas y requieren un cambio en el comportamiento; se propone abordar la educación para el autocuidado en el embarazo desde la pedagogía holista que reconoce en la persona un potencial innato para desarrollarse, relacionarse y aprender⁴¹.

De esta manera, el educador es un acompañante, es decir, “camina al lado del otro” metafóricamente, como el pedagogo en la Grecia antigua (paidagogos) que “alumbraba el camino”. En donde la proximidad espacio-temporal ayuda a las personas a “seguir adelante” por sus propios medios; considerando las dimensiones corporal, emotiva, intelectual, social y espiritual⁴².

La intención es facilitar el cambio de comportamiento de la salud mediante un proceso de acompañamiento en el que el acompañante, ayuda a la persona a aprender, planificar, actuar, autoevaluarse y apoyarse a sí misma en el cambio de su comportamiento⁴².

Es por ello que establecer estrategias de educación a la embarazada, que la posibiliten para adquirir no solo conocimientos, si no actitudes para la elección de opciones saludables; permitirá abatir una de las demoras o retrasos en la atención de complicaciones asociadas a la muerte materna⁶ (retardo en la toma de decisión de búsqueda de atención) y con ello prevenir posibles complicaciones mediante el fomento y fortalecimiento del autocuidado de la salud.

El mensaje general está claro: cada año siguen muriendo cientos de miles de mujeres debido a complicaciones del embarazo o el parto, por lo que la labor para alcanzar las metas, y en última instancia acabar con la muerte materna prevenible requiere una ampliación de esfuerzos⁶.

En este sentido, es obligación de los profesionales de la salud promover los derechos humanos básicos, incluyendo el derecho de una vida reproductiva sin riesgos⁴³.

Ninguna mujer debe morir o resultar lesionada debido al embarazo o parto, por ello es una necesidad urgente implementar estrategias específicas y efectivas que contribuyan a la solución de la problemática.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la eficacia de una intervención educativa para favorecer el autocuidado en mujeres embarazadas, mediante la pedagogía holista?

1.2. Importancia del estudio

Cada minuto de cada día en algún lugar del mundo muere una mujer debido a complicaciones del embarazo y del parto. La mayoría de estas muertes pueden evitarse⁴⁴.

En 1987 por ejemplo hubo cerca de 500 000 muertes vinculadas con el embarazo, la mayoría evitables²; por ello, en éste mismo año en Nairobi Kenia se crea la iniciativa de maternidad sin riesgos, el objetivo era concienciar y alertar a la comunidad internacional sobre esta tragedia silenciosa y movilizar esfuerzos y recursos.

Hoy, el 99% de las muertes maternas ocurren en el mundo en desarrollo, lo que refleja la mayor disparidad en los indicadores de salud entre los países pobres y ricos².

El 90% de las muertes maternas suceden a mujeres que llevaron un control prenatal, el 81% se da dentro de una unidad médica, el 85% son por causas prevenibles y muchas veces asociadas con la calidad de la atención^{2,43}.

En nuestro país, las principales causas de morbi-mortalidad materna son: las hemorragias, enfermedades hipertensivas del embarazo y la sepsis puerperal, todas ellas prevenibles².

La preocupación hoy en día es universal, organismos internacionales como la OMS y la ONU comparten objetivos y preocupaciones relacionadas con la salud de la mujer.

Así, en el año 2000 en la Declaración para el Desarrollo del Nuevo Milenio se destaca un interés especial en la salud de las mujeres durante el embarazo y parto, tanto que los objetivos incluían la disminución de la muerte materna en 75% entre 1990 y 2015. Sin embargo, la mortalidad materna tiene una disminución lenta que se explica por las situaciones de deterioro de las condiciones de vida en general, que afectan particularmente a los estratos más pobres de la población.

Así mismo es importante considerar que al hablar de muerte materna, es indispensable no pasar por alto un espectro mucho más amplio de problemas relacionados con el embarazo como los traumatismos maternos, las enfermedades crónicas y la disminución del rendimiento energético que tienen profundas consecuencias para la familia y la economía, tanto que no sale de contexto lo que afirma Varney⁴⁰: “para muchas el camino hacia la

mortalidad y la discapacidad comienza al nacer por ser mujer”. El problema es que la morbilidad ha sido mucho más difícil de definir y de medir, sin embargo, es importante considerar que alrededor de 300 000 millones de mujeres, más de un cuarto de la población adulta sufre a corto o largo plazo enfermedades ocasionadas por el proceso reproductivo. A nivel mundial, los trastornos de la salud reproductiva representan más del 30% de la carga global de morbilidad y discapacidad en mujeres⁴³.

En este sentido es importante considerar que en los países en desarrollo existen numerosos factores relacionados con el servicio, desde la atención inadecuada hasta la falta de insumos⁴⁰.

Es así que el Estado de México, en donde casi la mitad de la población (47%) vive en la pobreza, se posiciona como una de las entidades con mayor índice de muerte materna, a la semana 21 de este año (2018) ha reportado 22 muertes maternas en esta entidad⁴⁵.

De acuerdo con la Comisión de las Naciones Unidas sobre los determinantes sociales de la salud, los factores sociales que afectan la salud, tienen una contribución del 50%, de hecho, son la causa de la injusticia en los sistemas de atención de salud⁴⁶.

Al respecto la Confederación Internacional de Parteras ha identificado estrategias específicas⁴⁷ entre las que incluye, abordar la salud de las mujeres en forma global.

Por su parte la OMS³, en el año 2000 renueva compromisos con la iniciativa de maternidad sin riesgos con el programa denominado “reducción de riesgos en el embarazo” y cuyos objetivos incluyen el mejoramiento de la capacidad nacional para disminuir las enfermedades maternas y perinatales, el establecimiento de estándares y el desarrollo de instrumentos prácticos, la investigación y la creación de mejores prácticas para disminuir la mortalidad y discapacidad materna; con el fin de reproducirlas en las zonas más necesitadas.

De igual forma, en su programa de trabajo del 2002 ya señalaba la necesidad de promover un estilo de vida saludable y disminuir los factores de riesgo para la salud humana originados en causas ambientales, económicas, sociales y conductuales. Así como desarrollar sistemas sanitarios que mejoren los pronósticos de salud³.

Desde 1948, la Asamblea Mundial de la Salud ha adoptado una serie de resoluciones dirigidas a fortalecer la enfermería y la partería. La resolución del 2001 expresó la preocupación por los escasos de enfermeras y parteras profesionales y reconoció la importancia de los servicios de enfermería y partería como parte central de cualquier sistema

sanitario y en la salud nacional⁴⁷. Enfatizó en el papel político que deben desempeñar en el diseño de servicios y sistemas sanitarios responsables.

Así mismo, en el encuentro de Sri Lanka sobre iniciativas para la maternidad sin riesgos (a 10 años de la iniciativa) se centró en identificar las acciones satisfactorias para la disminución de la MM y discapacidad de la mujer:

1. Impulsar la maternidad sin riesgos a través de los derechos humanos
2. Otorgar atribuciones a las mujeres, asegurar sus elecciones
3. La maternidad sin riesgos es una inversión social y económica vital
4. Mejorar el acceso a los servicios de asistencia materna de calidad

Es evidente que existen numerosos esfuerzos por mejorar esta preocupante situación, sin embargo, es evidente que no han sido suficientes, o no han sido adecuadamente canalizados para su ejecución efectiva.

Muchas muertes maternas podrían evitarse si los profesionales de la salud prestáramos atención a lo que en muchas ocasiones nos parece menos importante; por ejemplo, la atención primaria en salud, cuyos ejes fundamentales son la promoción y prevención que básicamente se lleva a cabo mediante la educación⁹.

1.3. Objetivos

General

Probar la eficacia de una intervención educativa para favorecer el autocuidado mediante la pedagogía holista, en un grupo de mujeres embarazadas del Municipio de Ecatepec de Morelos en el Estado de México.

Específicos

- Describir las capacidades de autocuidado de las mujeres embarazadas que acuden al programa de intervención educativa en un Centro de Salud del Municipio de Ecatepec de Morelos en el Estado de México.
- Medir el nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado que tienen las mujeres embarazadas antes y después de la intervención educativa mediante la pedagogía holista.
- Diseñar con base en los resultados un modelo de intervención que integre las categorías educación-acompañamiento en el cuidado de la embarazada.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Autocuidado

2.1.1. Autocuidado en el embarazo

Según la OMS, el embarazo es un estado fisiológico que inicia con la implantación del huevo fecundado y termina cuando ocurre el parto¹, tiene una duración de 280 días, 40 semanas o 10 meses lunares a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir de la fecha de concepción.

Durante este periodo la mujer experimenta diversos cambios en su cuerpo y sus emociones, siendo una experiencia única para cada mujer. Los cambios hormonales y el crecimiento del útero van a ser los responsables de la mayoría de los síntomas, por lo que la mujer embarazada tendrá una mayor demanda de cuidado de su salud, principalmente para mantener su bienestar y prevenir complicaciones asociadas al proceso reproductivo, pero también en algunas ocasiones (las menos) para recuperar la salud.

2.1.1.1. Nutrición e hidratación

Son diversas y complejas las fases fisiológicas que justifican las necesidades nutricionales durante la gestación y múltiples los factores que en ella participan.

Durante el embarazo se acumulan reservas energéticas que, aunque su utilización será mínima en el 1er trimestre, durante el segundo serán empleadas para la expansión de la volemia y aumento del tamaño del útero y mamas, así como el llenado de depósitos de grasa en abdomen y músculos. Y en el tercer trimestre será utilizada para desarrollo fetal y placentario. Posteriormente el lactógeno placentario, moviliza los depósitos favoreciendo un incremento de ácidos grasos libres en plasma.

De manera general toda gestante sana y bien nutrida, debería aumentar su aporte calórico mínimo entre 200 y 300 kcal/día durante el segundo y tercer trimestre⁴⁸. Lo ideal es realizar tres comidas diarias que contengan alimentos de buena calidad y variedad. Si aparecen síntomas digestivos como náuseas o vómito, se sugiere comer cantidades menores con mayor frecuencia. De manera general, se debe: comer con calma masticando despacio, consumir verduras sin pelar para no perder su valor nutritivo, cocinándolas al vapor, o al horno, consumir frutas crudas, evitar alimentos azucarados y refinados, consumir abundantes líquidos para una buena función renal e intestinal y consumir suficiente fibra.

La valoración de peso se individualiza en cada mujer mediante el índice de masa corporal; asimismo, es importante que la ganancia de peso sea lenta y progresiva, aproximadamente 400-450 g por semana en el 2º y 3er trimestre. El incremento excesivo total o sobrepeso preconcepcional se asocia significativamente con macrosomía y un aumento excesivo de cesáreas⁴⁹.

2.1.1.1.1. Elementos esenciales en la dieta durante el embarazo⁴⁹⁻⁵⁰

Proteínas

Constituyen el componente básico de las células y se necesitan para el crecimiento, la sustitución y la reparación celular. Las enzimas que determinan el control de los procesos que mantienen el funcionamiento del organismo, están compuestas de proteínas, así como la hemoglobina y los anticuerpos; de ahí su gran importancia durante el embarazo.

Alrededor de 20 aminoácidos (compuestos de las proteínas) son necesarios para el metabolismo de los seres humanos; estos son proporcionados por alimentos de origen

animal (proteínas completas) y de origen vegetal (granos y semillas) mismas que se conocen como incompletas ya que carecen de ciertos aminoácidos esenciales y no pueden ser almacenadas, por consiguiente, deben consumirse a diario.

Hidratos de carbono

Constituyen la principal fuente dietética de energía. También son necesarios para la digestión de proteínas y ciertas funciones cerebrales. Se clasifican en:

Simple

Azúcares dentro de los que se encuentran los monosacáridos como la glucosa (principal fuente de energía), fructosa y galactosa; que representan una fuente de energía disponible con facilidad, pueden utilizarse en inmediato o almacenarse en el hígado como glucógeno. Y los disacáridos como la sacarosa, lactosa y maltosa.

Complejos

Que incluyen los almidones y las fibras. Se consideran polisacáridos ya que se encuentran compuestos de cadenas ramificadas de unidades de monosacáridos. Las fibras, por su parte se asocian a una disminución de riesgo de enfermedad cardiaca (disminuyen el colesterol total y LDL), diabetes, diverticulosis y estreñimiento.

Por lo anterior, es importante, aumentar al máximo la ingestión de carbohidratos complejos que no contengan almidón y no refinados en especial fibras y minimizar azúcares simples y ciertos alimentos con almidón como arroz y papa blanca.

Grasas

Importante fuente de energía, proporcionan más calorías por gramo que las proteínas y los carbohidratos. Están compuestas por ácidos grasos. Participan en el transporte y digestión de vitaminas liposolubles y son parte de la estructura celular. Las grasas almacenadas ayudan a la termorregulación y protegen los órganos vitales.

Tipos de grasas:

Colesterol

Se obtienen de alimentos de origen animal pero también son elaboradas por el organismo y almacenadas en el hígado, éstas forman estrógeno, progesterona y bilis. Constituyen un componente importante de la membrana celular. No son solubles en la sangre, por lo tanto,

es transportado por las lipoproteínas de baja densidad (LDL). Un exceso de LDL circulante forma las placas grasas de las arterias. La ingesta alta de grasas saturadas, se asocia a un aumento de LDL.

La lipoproteína de alta densidad HDL transporta el exceso de colesterol fuera de las arterias y lo regresa al hígado. El ejercicio presenta asociación con los niveles más altos de HDL en el organismo.

Los triglicéridos por su parte, también transportan grasas en el organismo.

Grasas saturadas

Proviene de fuentes animales y vegetales. Conocidas por aumentar la cantidad de colesterol en el torrente sanguíneo. De éstas, los ácidos grasos trans tienen el efecto más perjudicial. Resultan de la hidrogenación de los aceites líquidos (con la finalidad de mantenerlos frescos más tiempo).

Grasas poliinsaturadas

Proviene de aceites vegetales: girasol, maíz, soja, canola; en forma de ácidos grasos omega 6 y en los mariscos como ácidos grasos omega 3. Disminuyen el nivel de colesterol LDL.

Grasas monoinsaturadas

Se encuentran en aceites vegetales como el de oliva, canola y maní. Disminuyen las concentraciones de LDL.

Es importante no perder de vista que el tipo de grasa consumida es más importante que la cantidad.

Vitaminas y minerales

Sustancias orgánicas que el cuerpo utiliza como catalizadores para las reacciones metabólicas intracelulares. El cuerpo sintetiza algunas vitaminas, pero no en cantidades suficientes.

Liposolubles e hidrosolubles.

El cuerpo almacena el exceso de las liposolubles en las grasas corporales (megadosis tóxicas) y excreta las hidrosolubles en la orina.

Calcio

Esencial para la formación desarrollo y conservación de dientes y huesos. La mayor parte de la masa ósea adulta se establece a los 20 años⁴⁰. Su absorción aumenta durante el embarazo y permite una progresiva retención del mismo, además juega un papel primordial en el desarrollo del esqueleto del feto (3er trimestre).

Durante el embarazo se requiere un aporte de 30g de calcio, mismo que puede obtenerse con un aumento moderado en la dieta^{40,50}.

Así mismo, su aporte se ha relacionado con un aporte preventivo de enfermedades hipertensivas del embarazo.

Por su parte, la vitamina D permite que el calcio se absorba en el intestino haciendo que esté disponible en la circulación para la formación ósea.

Hierro

Elemento utilizado por el cuerpo para la formación de hemoglobina, por lo que la deficiencia puede producir anemia. Las mujeres en edad reproductiva tienen un mayor riesgo de presentar deficiencia de hierro, debido a la menstruación y a la ingesta inadecuada en la dieta ya que solo una cuarta parte de las mujeres cubren la ingesta diaria recomendada⁴⁰.

El hierro es indispensable para el desarrollo del feto y placenta y para expandir el volumen eritrocitario materno.

Está presente en los alimentos de dos formas: hierro hem (origen animal, de mejor absorción) y hierro no hem (productos vegetales).

La carne y los alimentos con un alto contenido de vitamina C refuerzan la absorción de hierro, por su parte el café, el té, la leche, el calcio y el magnesio son inhibidores.

Ácido fólico

Coenzima en el metabolismo de los ácidos nucleicos y los aminoácidos. Se conoce una fuerte relación con los defectos del tubo neural.

2.1.1.1.2. Implicaciones de una mala nutrición en el embarazo

Durante el periodo prenatal tiene lugar el más importante proceso de crecimiento del ser humano en su ciclo vital⁴⁹. Al hablar de nutrición y embarazo la evidencia muestra que:

1. Aunque gran número de factores prenatales influyen en el crecimiento fetal, la malnutrición de la mujer puede ser una causa que favorezca el bajo peso al nacimiento.
2. Los animales mal nutridos por restricción dietética en sus madres se caracterizan por⁴⁹:
 - a) Reducción en el tamaño y número de células placentarias.
 - b) Reducción del tamaño cefálico y número de células cerebrales
 - c) Reducción proporcional del tamaño de otros órganos, así como alteración en los procesos celulares.
3. Las consecuencias de la mal nutrición dependen de la época, gravedad y duración de la restricción dietética. Las consecuencias pueden ser reversibles si la restricción afecta primordialmente el periodo de crecimiento del tamaño celular (hipertrofia) pero la restricción durante la hiperplasia será permanente.

Al respecto, la American Dietetic Association (ADA) señala que, aun cuando las mujeres parecen reconocer la relación entre dieta y salud, solo cerca de 1/3 implementan estrategias dietéticas para reducir riesgos de enfermedades relacionadas con la nutrición⁵⁰.

En este sentido, es importante reconocer que existen diversos factores que afectan la calidad y cantidad de la dieta, por un lado, los factores extrínsecos (del entorno) que condicionan el acceso y uso de los alimentos, por ejemplo: dificultad de adquisición, cultura, raza, religión, situación de la mujer en el medio, estructura familiar y doméstica y la accesibilidad a la atención, y por otro, los factores intrínsecos (matroambiente) que tienen que ver con condiciones de salud de la madre^{40,49}.

Un aspecto de salud que más ha preocupado en los últimos años, es el sobre peso y la obesidad, y que en el caso de la mujer embarazada representa un importante factor de riesgo que se asocia con mayor riesgo de resultados maternos y fetales adversos como la anemia, la diabetes y las enfermedades hipertensivas, entre otras⁴⁰. Es por ello que esta problemática ha sido abordada con frecuencia en la investigación

Desafortunadamente, en la práctica obstétrica no es habitual la valoración de la embarazada en el aspecto nutricional aun cuando se sabe que la identificación de riesgos derivados de una nutrición inadecuada permite prevenir repercusiones materno-fetales.

Por lo anterior, resulta fundamental una labor educativa y claramente promotora de la salud que se debería iniciar en etapas tempranas y tendría su punto clave en la consulta pregestacional.

Es importante recordar que la nutrición adecuada comienza con la lactancia exclusiva. Los hábitos alimentarios sanos comienzan en la infancia y se refuerzan a lo largo de la niñez y la adolescencia⁴⁸. La nutrición adecuada requiere la planificación y el conocimiento de lo que constituye una dieta saludable, considerando que los complementos de vitaminas y minerales no pueden recuperar los malos hábitos de la alimentación.

2.1.1.2. Respiración

Durante la gestación se experimenta un aumento del volumen inspiratorio que propicia cierto grado de disnea sobre todo en el último trimestre, ésta se ve favorecida por la disminución de la movilidad diafragmática y por la hemodilución^{40,48}.

Es por ello que la actividad física y la nutrición, además de la enseñanza de la respiración torácica y la dinámica corporal favorecerán la disminución o ausencia de síntomas de dificultad respiratoria en etapas tempranas y avanzadas del embarazo.

Así mismo, la congestión de las mucosas puede provocar ronquera y congestión nasal, que podrán mejorarse mediante lavados nasales con suero fisiológico.

2.1.1.3. Sueño y descanso

El aumento en las demandas en el metabolismo, el aumento de peso, así como la hemodilución hacen que la embarazada requiera mayores periodos de descanso, considerando periodos de descanso durante el día con el fin de reparar energías y por lo menos entre 6 y 8 horas de sueño nocturno^{40,48,49}.

Así mismo, es importante insistir en la necesidad de liberar la espalda acostándose de lado o con las piernas flexionadas, de lo contrario podría presentarse el síndrome de hipotensión en decúbito supino que se produce por la presión del útero sobre la vena cava; este se resuelve de inmediato al cambiar la mujer de posición.

2.1.1.4. Actividad y ejercicio

La mujer embarazada puede y debe practicar sin problema algún tipo de actividad física, haciendo una serie de variaciones de los ejercicios habituales y los deportes, adaptándolos a las nuevas necesidades del embarazo ya que los cambios estructurales y fisiológicos que se presentan, tales como: laxitud de las articulaciones, hiperlordosis lumbar, desplazamiento del centro de equilibrio, aumento de la volemia^{40,49} y los cambios respiratorios pueden desencadenar respuestas fisiológicas desfavorables, lesiones y/o incomodidades en la mujer; sin embargo, un programa de ejercicios bien diseñado ayuda a atenuar o eliminar algunos problemas que podrían derivarse de dichos cambios, favoreciendo una mejor oxigenación de la madre, mejorar la perfusión útero-placentaria y el retorno venoso, así como un estado emocional positivo.

La caminata, la natación y el ciclismo son actividades aceptadas para satisfacer la mayoría de las necesidades de la embarazada⁴⁸.

Así mismo, es importante considerar que el objetivo de cualquier programa de ejercicios debe ser la seguridad de la madre y su hijo, así como la preparación física y psicológica de la mujer y su pareja.

2.1.1.5. Seguridad-bienestar

2.1.1.5.1. Ropa y calzado

La ropa que se debe usar en el embarazo debe ser cómoda y holgada para permitir el continuo crecimiento abdominal a medida que aumentan las mamas la mujer necesita cambiar de talla de brassier por otro que le ofrezca más sujeción y comodidad. Cualquier prenda que impida la circulación de las extremidades inferiores puede originar edema o favorecer la formación de várices, por esta razón deben evitarse las medias a las rodillas y no se recomiendan los cinturones; así mismo, se recomienda un calzado con tacón bajo o medio, los zapatos altos producen tensión en la espalda y aumentan la incidencia de caídas, por lo que deben evitarse^{40,48,49}.

2.1.1.5.2. Higiene

Se recomienda el baño diario, así como el cambio de ropa interior con la misma frecuencia, de manera especial en climas cálidos, debido a que el aumento de la transpiración y la salida de secreciones vaginales, puede favorecer la aparición de infecciones⁴⁸; por el mismo motivo es aconsejable que la ropa sea confeccionada con fibras naturales ya que esto favorecerá que la piel pueda respirar mejor.

Es importante señalar que al momento del baño hay que tomar las medidas de seguridad necesarias para evitar caídas. El lavado de dientes, deberá realizarse con frecuencia mínima de tres veces al día ya que la mujer es más propensa a gingivitis; así mismo, es importante que la embarazada acuda a su revisión odontológica de manera periódica.

2.1.1.5.3. Consultas de cuidado prenatal

El cuidado prenatal son una serie de acciones programadas y sistemáticas que deben iniciarse idealmente, según Norma Oficial Mexicana 007⁵¹, antes de la semana 12 de gestación con el fin de implementar un plan de cuidados específico y personalizado que permita promover, enseñar e implementar acciones de autocuidado encaminadas a la prevención de posibles complicaciones durante el embarazo; además de brindar la posibilidad de identificar tempranamente las complicaciones y/o signos de peligro.

La visita prenatal se constituye como el espacio idóneo para el conocimiento, interacción y el desarrollo de la confianza entre la madre y el profesional de la salud, así como para la educación de la mujer y su familia²¹.

El objetivo principal del cuidado prenatal es promover y mantener la salud física, mental y social de la madre y el bebé, por ello el profesional de la salud que lo brinde, debe estar capacitado en cuestiones técnicas, pero también ser atento, amable y demostrar un interés genuino en la mujer y su bienestar.

2.1.1.6. Sexualidad

Muchas mujeres experimentan durante el embarazo un cambio en su libido, los cambios corporales como náuseas, fatiga, aumento de peso, mastalgia y los cambios hormonales, entre otros, pueden ocasionar fluctuación del deseo sexual⁴⁸.

Es importante motivar a la mujer a expresar sus sentimientos y sensaciones con su pareja con el fin de favorecer la comunicación y la empatía.

La actividad sexual estará contraindicada solo en aquellas situaciones mórbidas que requieran como medida terapéutica y/o preventiva el reposo pélvico, tales como: amenaza de aborto, amenaza de parto pre término, desprendimiento prematuro de placenta y algunos tipos de placenta previa^{40,49}.

2.1.2. Evolución de las prácticas de autocuidado

La palabra cuidar, proviene del latín *cogitare* (pensar); aunque su etimología también se relaciona con sentir una inclinación, preferencia o “preocupación por”, en este sentido existen diferentes tipos de cuidado: de tipo asistencial (cuidar), cuidado (cuidarnos) y cuidado de sí (cuidarme). Éste último corresponde al autocuidado individual, es decir, actitudes enfocadas hacia uno mismo por el beneficio de la salud.

A lo largo de la historia, las prácticas de autocuidado se han transformado y evolucionado según las sociedades lo hacen, de esta forma cada persona determina sus prácticas de autocuidado según sus propias experiencias y circunstancias. Por ello, para comprender la evolución de las prácticas de autocuidado, es necesario analizarlas desde la historia, cómo éstas se han ido transformando a través del tiempo, conformando un patrimonio de rituales, actitudes, creencias, representaciones, prácticas y conocimientos, hasta llegar a nuestros días; algunas de ellas intactas, y otras modificadas.

Por ejemplo, en la antigua Grecia, se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de las prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al cultivo del espíritu, en lo que ellos denominaron “culto de sí que incluía el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas.

Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante la medida, la economía del régimen, la atención detallada a las perturbaciones. Tenían en cuenta elementos como el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, al alma. De esta forma aportaron elementos importantes al establecer la importancia del autocontrol como forma de autocuidado.

Más adelante, las primeras ideas judeocristianas transformaron la prioridad de un cuidado físico y emocional, por cuidados centrados en lo espiritual. Fomentaron el “desprecio” por el cuerpo, sosteniendo la necesidad de “vencer al mundo, al demonio y la carne”.

Ya en el siglo XX, en la década de los setenta, se inició un análisis crítico a las formas de cuidado, a través del movimiento feminista en el que grupos de mujeres en todo el mundo lucharon por la autonomía, la autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina predominante en el sistema médico vigente. Es por ello que, debido a su punto de partida, el autocuidado fue considerado inicialmente como una actividad de la gente, al margen del mundo académico. Es así que la investigación sobre autocuidado ha sido desde sus orígenes, tema de debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales. Más aún, el autocuidado se ha difundido y tomado auge, gracias a los grupos de ayuda mutua o autoayuda, que florecieron en esa misma década. Este tipo de grupos han demostrado cómo el afrontamiento de las enfermedades crónicas y de los procesos debilitantes, se pueden abordar a través del aprendizaje y del apoyo mutuo, y no sólo mediante los protocolos médicos.

De esta forma, el autocuidado hace referencia a todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer o preservar su salud, así como para prevenir y tratar las enfermedades. Según la OMS⁷, este es el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud.

2.1.3. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem, en su Teoría General de Enfermería¹⁷ define el autocuidado como la “capacidad que tiene el individuo para tomar decisiones sobre su salud gracias a un conjunto de habilidades adquiridas y asumidas de forma voluntaria y mediante la adopción y creación de estilos de vida y entornos saludables cuyo fin último es el mantenimiento de la propia vida, salud y bienestar”.

En este sentido, Orem puntualiza que en el autocuidado deben practicarse cuatro tipos de acciones y expresiones: búsqueda de conocimientos, de ayuda y de recursos; así como el control de factores internos, acciones y expresiones interpersonales; mismas que están influenciadas por la motivación, el empoderamiento, las creencias, los hábitos y prácticas que caracterizan las formas de vida y cultura del individuo⁵².

Así mismo, es requisito indispensable que la persona se comprometa con el autocuidado mediante conductas efectivas y positivas que le ayuden a conservar su salud o en su caso, a enfrentar la enfermedad; de modo que Orem enfatiza en los factores modificables que ayudan a evitar la aparición o agravación de enfermedades crónicas tales como: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular, la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingesta adecuada de potasio y una alimentación idónea.

2.1.3.1. Teoría General de Enfermería^{17,52}

La Teoría General de Enfermería de Dorotea Orem, está constituida a su vez por tres subteorías que son (Figura 1):

- a) Teoría del autocuidado
- b) Teoría del déficit de autocuidado
- c) Teoría de los sistemas de enfermería

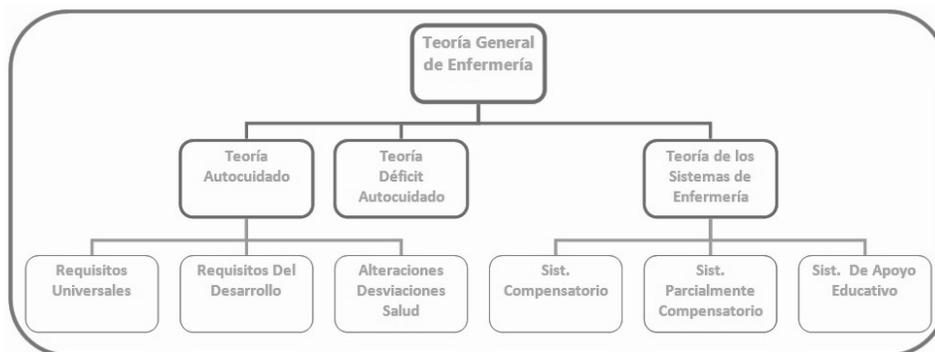


Figura 1 Teoría general de enfermería
Retomado de: Modelos y teorías de enfermería

Como observamos en la figura 1, en las teorías del autocuidado y déficit de autocuidado, Orem incluye tres tipos de requisitos de autocuidado que se agrupan en función de las necesidades que los originan, en las siguientes categorías:

- Requisitos de autocuidado universales: son comunes a todos los seres humanos se mantienen durante toda la vida y se modifican cualitativa y cuantitativamente en relación con la edad, sexo y situación de salud-enfermedad. Son derivados de las necesidades básicas comunes a todos los individuos y son los siguientes:
 - Mantenimiento adecuado de aire
 - Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua

- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
 - Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación
 - Equilibrio entre actividades y descanso
 - Equilibrio entre soledad y la comunicación social
 - Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano
 - Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano
- Requisitos del desarrollo: están relacionadas con las acciones que las personas realizan para promover el desarrollo personal en cada etapa del ciclo vital. Existen dos tipos: formas especiales de autocuidado para los procesos de desarrollo en las distintas etapas del ciclo vital y nuevas necesidades derivadas de una situación o condición que pueda afectar positiva o negativamente el desarrollo humano. Y dos subtipos: provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos y provisión de cuidados para mitigar los efectos provocados por estas situaciones.

Las siguientes son etapas del desarrollo donde se presentan cambios en los requisitos de autocuidado:

- Vida intrauterina y nacimiento
- Lactancia
- Infancia, adolescencia, adulto joven
- Edad adulta
- Embarazo (adolescente o adulto)

Es así que, en el embarazo se requiere cuidados especiales con el fin de satisfacer los requisitos de autocuidado del desarrollo particulares de esta etapa, tales como:

- Mantener un aporte adecuado de elementos esenciales durante el embarazo, tales como hierro y calcio.
- Aprender y practicar técnicas de relajación y meditación
- Aprender y practicar ejercicios que permitan fortalecer y flexibilizar músculos del piso pélvico y abdomen.
- Asistir a las consultas de cuidado prenatal.
- Apoyo en la adaptación familiar al embarazo

- Alteraciones o desviaciones de la salud: las necesidades de autocuidado en situaciones de alteración de la salud, están relacionados con los autocuidados a realizar, derivados de una enfermedad, daño o lesión, considerando que la enfermedad o lesión no sólo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos sino al funcionamiento humano integrado. Estas acciones de autocuidado son necesarias para: prevenir la alteración, regular su extensión, controlarla, mitigar sus efectos, restablecer la normalidad y aprender a vivir con las secuelas. Incluye acciones como la búsqueda de asistencia médica, la realización del tratamiento prescrito y aprender a vivir con los efectos de la enfermedad o del tratamiento.

2.1.3.1.1. Factores condicionantes básicos^{17,52}

Cada uno de los requisitos de autocuidado están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los “factores condicionantes básicos” que pueden ser internos o externos a los individuos y afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos, influyendo en el estado de salud de la persona; estos son:

- Género
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Orientación sociocultural
- Factores del sistema de cuidados de salud
- Factores del sistema familiar
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de recursos

2.1.3.1.2. Premisas:

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

Las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidar de sí mismas para mantener la vida y la salud; así mismo pueden tener tal responsabilidad con otras personas.

2.1.3.1.3. Proposiciones

- Factores condicionantes:
 - La conducta de autocuidado se ve afectada por el autoconcepto y por el nivel de madurez del individuo.
 - La conducta de autocuidado se ve afectada por los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura.
 - La conducta de autocuidado se ve afectada por el conocimiento de la salud que posee la persona.
 - La conducta de autocuidado se ve afectada por la situación de la constelación familiar
 - La conducta de autocuidado se ve afectada por los miembros de los grupos sociales aparte de la familia, como amigos o compañeros de trabajo.
 - Los adultos pueden elegir ocuparse, o no, en acciones específicas de autocuidado
- La falta de conocimientos científicos, los trastornos y disfunciones de la salud, la falta de habilidades y los hábitos inadecuados de autocuidado, limitan lo que una persona puede hacer respecto a su propio autocuidado, Demandas comportamentales y de recursos del autocuidado
 - Requiere un conocimiento general de los objetivos y prácticas de autocuidado, así como un conocimiento específico sobre uno mismo, incluye el estado de salud, y el ambiente físico y social. Además de una interiorización de las reflexiones, de las sanciones y motivación. La adquisición de conocimientos específicos implica hacer observaciones y juicios, y conduce a la comprensión de los requerimientos de autocuidado; puede requerir contacto e interacciones con trabajadores de los servicios de salud.
 - Implica la búsqueda y participación en los cuidados médicos prescritos en el caso de desviaciones o cambios de salud.
 - Requiere actividades internamente orientadas, dirigidas al control de la conducta y conductas externamente dirigidas al control del entorno para establecer contacto y comunicación con otros, y para la obtención y utilización de los recursos.
 - Requiere el uso de recursos que pueden incluir el vivir en un entorno físico y

social saludable o terapéutico.

2.1.3.2. Teoría de los sistemas de enfermería^{17,52}

Por su parte la teoría de los sistemas de enfermería, representa el componente organizativo esencial de la teoría, señala que la enfermería es una acción humana y se basa en la premisa de que todos los sistemas de acción práctica que son sistemas de enfermería son formados por enfermeras a través del ejercicio deliberado de las capacidades especializadas (agencia de enfermería) dentro del contexto de la relación interpersonal y contractual con personas con déficit derivados de su salud o asociados con ella, para sí mismas, o para las personas que dependen de ellas, a fin de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutico son conocidas y satisfechas, y que se protege la agencia de autocuidado o se regula su ejercicio o desarrollo (Figura 2). Los sistemas de enfermería pueden ser formados o producidos para individuos, para personas que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con componentes o limitaciones similares para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente, para familias, o para otras unidades multipersonales.

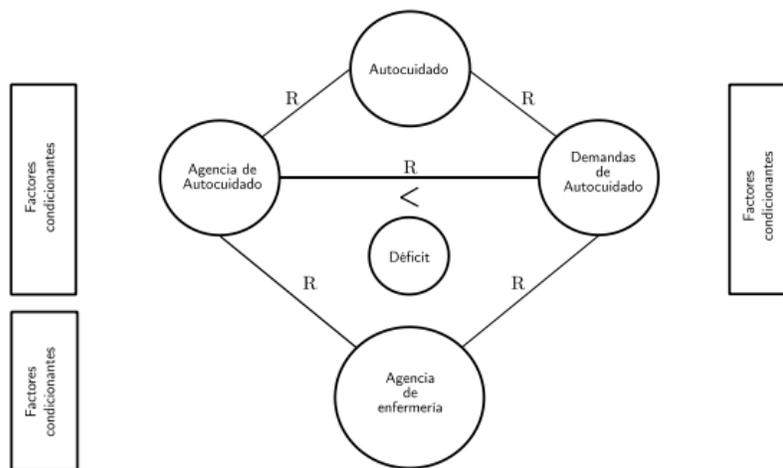


Figura 2 Modelo conceptual de la Teoría General del déficit de autocuidado
Retomado de: Conceptos de enfermería en la práctica

Los elementos de los sistemas de enfermería, son la enfermera y el paciente, así como los acontecimientos que ocurren entre ellos.

Estas personas están conceptualizadas como poseedoras de atributos que legitiman su ocupación en el papel que desempeñan, así Orem señala que, los pacientes legítimos tienen: 1) una demanda de autocuidado que satisfacer, 2) una agencia de autocuidado en algún grado de desarrollo y operatividad y 3) un déficit de relación entre los puntos 1 y 2; es decir, la agencia de autocuidado no es adecuada en cantidad u operatividad para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico existente o proyectada debido a factores de salud o relacionados con ella.

Por su parte, las enfermeras tienen el atributo de la agencia de enfermería y están dispuestas a ejercitar sus habilidades para el beneficio de otros con déficit de autocuidado derivados de la salud o relacionados con ella. Estos atributos de los pacientes y de las enfermeras se contemplan como variables de los componentes tecnológicos de los sistemas de enfermería. La relación entre las variables de las situaciones concretas son índices de la naturaleza y propósito de los sistemas de enfermería; estos existen como sistemas de acción concreta producidos por las acciones intencionadas, discretas, de las enfermeras y pacientes en situaciones de enfermería.

El diseño básico de un sistema de enfermería es el de un sistema de ayuda. Este empieza con la enfermera selecciona y usa una o varias combinaciones de métodos de ayuda basándose en la naturaleza y en la extensión del déficit (Figura 3).

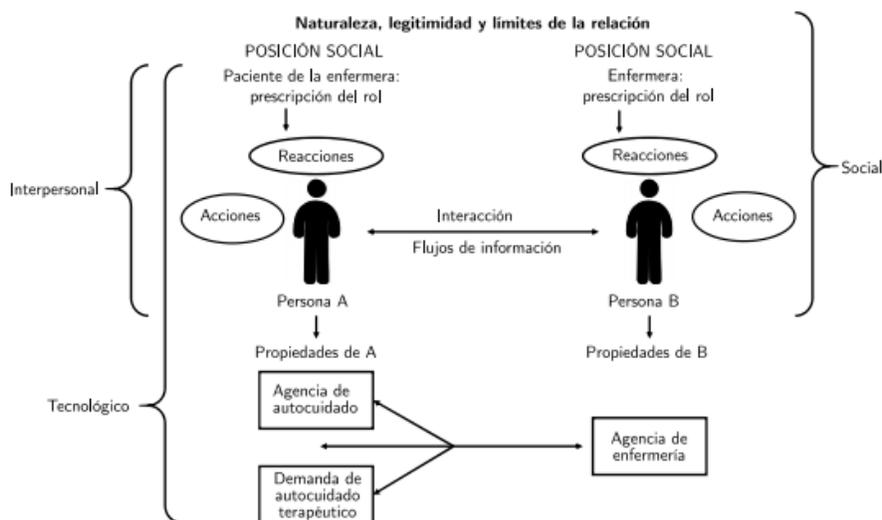


Figura 3 Sistema de enfermería
Retomado de: Conceptos de enfermería en la práctica

Los métodos de ayuda prescriben roles generales para la persona que brinda ayuda y para la que recibe; los utilizados en esta investigación fueron: guiar y dirigir al otro y enseñar. Las enfermeras hacen juicios sobre métodos de ayuda válidos, tal como ellas perciben los factores en sus pacientes y en el entorno.

Así, la teoría de los sistemas de enfermería contempla tres tipos de sistemas:

- Sistema completamente compensatorio
- Sistema parcialmente compensatorio
- Sistema de apoyo-educación

Cuando la persona es capaz de realizar, o puede y debería aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico, pero requiere de ayuda para lograrlo, estamos frente a un sistema de apoyo-educación.

Es el único sistema en el que los requerimientos de ayuda a la persona están limitados a la toma de decisiones, control de la conducta y adquisición de conocimientos y habilidades: existiendo diversas variaciones de éste:

- La persona puede realizar medidas de cuidado, pero necesita guía y soporte
- La enseñanza es requerida
- Propiciar un entorno favorecedor del desarrollo es el método de ayuda preferido
- Situaciones en las que la persona es competente para el cuidado, pero requiere una guía periódica que es capaz de buscar; así el rol de la enfermera es principalmente de consultora.

2.1.4. Nuevas perspectivas del autocuidado

Más recientemente, el autocuidado ha sido estudiado por otras autoras como Uribe⁵³ quien describe la función del autocuidado en la promoción de la salud. Ella propone una nueva forma de asumir un autocuidado con rostro humano como estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar de las personas, de acuerdo con sus características culturales, de género, etnia, clase y ciclo vital. La propuesta de promover autocuidado con rostro humano, implica caracterizarlo alrededor de dos grandes aspectos: 1) la conceptualización dentro de un enfoque integral y humano y 2) los principios y las condiciones que deben tenerse en cuenta en su promoción. Es así que la promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Por tanto, el autocuidado es una práctica que

involucra líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral relacionándose con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental de ser, a través del desarrollo de las habilidades no solo cognoscitivas sino también emocionales y sociales.

Para lo anterior, la autora propone principios para la promoción e implementación del autocuidado:

Estrategias de promoción¹⁸:

- a) Desarrollar la autoestima de las personas y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento, así como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de salud. Por otro lado, al potenciar la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.
- b) Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.
- c) Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, actitudes y prácticas, y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamientos.
- d) Los agentes de salud deben asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud viva con bienestar se estará en condiciones de promover la salud de los demás.
- e) Contextualizar el autocuidado, es decir una direccionalidad de acuerdo con las características de género, etnia y ciclo vital humano. Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.

- f) Generar procesos participativos; la promoción del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea. El autocuidado significa aprender a participar de la sociedad, de su dinámica, de sus características y condiciones específicas en un momento determinado, y a tomar posiciones frente a las demandas sociales. Los conocimientos aprendidos a través de la socialización sustentan el pensamiento cotidiano, la construcción de alternativas, las motivaciones, las acciones y decisiones de la vida diaria.
- g) El agente de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud con lo cual identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables e inocuas y promover, mediante un proceso educativo de reflexión-acción un regreso a la práctica para transformarla.

Principios para la implementación

- a) Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- b) Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente logada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentada en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.
- c) Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales.

En este sentido, es importante contar con estrategias de promoción de la salud que favorezcan de manera efectiva las prácticas de autocuidado considerando a la persona como totalidad y no como la suma de sus partes y teniendo en cuenta en todo momento su cultura y el ambiente en el que se desarrollan, respetando sus propias necesidades y deseos.

Atendiendo a esta necesidad, es importante que la enfermera cuente con las herramientas necesarias para implementar estrategias de intervención educativa y acompañamiento que permitan que las personas alcancen el mayor grado de bienestar posible mediante más y mejores capacidades y prácticas de autocuidado.

2.1.5. Papel de la enfermera en el autocuidado de la salud⁵³

Considerando que la promoción de la salud requiere de un enfoque humanista, la enfermera se dispone como el profesional de la salud idóneo para tal función; por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral y de la salud como el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás; de la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

Para conseguir tal objetivo, la enfermera requiere:

- Aprender que la salud es consecuencia de un proceso dinámico y complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea.
- Asumir que el autocuidado es una vivencia cotidiana por lo que en el fomento del autocuidado se dar especial importancia a las vivencias de la persona.
- Evitar que sus intervenciones sean “amenazantes” o “coercitivas” si no por el contrario, estimular la autoeficacia en las personas y fomentar en ellas niveles cada vez más altos de autoestima, puesto que el autocuidado es, en gran parte, un resultado del quererse. Al fortalecer la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento, autoeficacia y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.
- Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimientos, actitudes y prácticas, para así plantear propuestas de acción, y capacitación que hagan viable una armonía entre cognición y comportamientos.
- Contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital.
- Asumir que las personas realizan las prácticas de autocuidado con la certeza de que mejorarán sus niveles de salud, sin olvidar que no todas las prácticas para cuidarse redundan en mayores niveles de salud, bien porque en sí mismas no producen el efecto deseado, o porque resultan insuficiente pues no son practicadas con la frecuencia y la permanencia requeridas.
- Incrementar la investigación que incluya los aspectos antropológicos con el fin de

reconocer las motivaciones, creencias, conocimientos y experiencias que estimulan a las personas a cuidarse.

De lo anterior se desprende la necesidad de que el profesional de la salud fomente y participe del diálogo de saberes, el cual le permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica de la vida de las personas, y solo así, tener una visión más clara de la salud y la enfermedad.

- Propiciar espacios de reflexión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la salud, de esta forma se podrán identificar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo y así, promover en las personas mediante un proceso educativo de reflexión y acción, con el fin de transformar las que implican algún riesgo para la salud y reforzar aquellas protectoras que ya han sido asumidas (acciones reforzadoras).
- Incrementar la capacidad que tienen los colectivos para promocionar su salud, a través del empoderamiento, con el fin de influir sobre los determinantes de la salud.
- Trascender como profesional de la salud, de la persona formada para un trabajo de experto, mediante acciones instrumentales y normativas, a un SER social en estrecha interacción con un ambiente en permanente cambio.
- Trabajar en equipo interdisciplinario en permanente intercambio de conocimientos científico-técnicos, humanísticos, de experiencias y vivencias puesto que, en la promoción de la salud, se requiere un abordaje multidisciplinario.
- Implementar estrategias de educación fundamentadas en la pedagogía que permitan alcanzar los objetivos dispuestos por la propia persona mediante el acompañamiento continuado y respetuoso del proceso educativo.

2.2 Pedagogía Holista

La palabra holista, viene del vocablo "holismo" que significa: todo, entero, completo; en el que los organismos biológicos son sistemas que funcionan como un todo, y que la suma de las partes, es distinta al todo⁵⁴. Sin embargo, el concepto de pedagogía holista se presta a confusiones, pues cualquier modelo educativo que afirme que es integral, por contener todo aquello que se cree "*que necesitan los alumnos*" incluso haciendo referencia al aspecto espiritual; también puede decir que es holista; pero ¿qué aspectos deben incluirse? ¿cómo lograrlo? ¿acaso no, el fin de toda educación es educar integralmente al alumno?⁵⁵

La pedagogía holista, representa una familia de diversas pedagogías alternativas que han existido a lo largo de más de 200 años⁵⁵ a través de los cuales, diversos pedagogos y psicólogos la han nutrido, tales como María Montessori, Rudolf Steiner, Jedhu Krishnamurti y Carl Rogers entre otros, lo que nos permite comprender que, al ser el campo educativo holista tan complejo y multifacético, requiere la confluencia de varias disciplinas para estudiarlo⁵⁶.

Es así que hoy estamos en condiciones de entender que, la educación no solo ha de ocuparse de la adquisición de saberes y habilidades, sino que debe atender también la vida interna de los alumnos, pues éstos son seres totales, que quieren, sienten, tienen valores, y piensan. Así pues, el fin de la educación consiste en la realización completa y armónica de todas las capacidades y potencialidades del individuo y no como la educación tradicional que solo se interesa en el potencial intelectual del individuo sin atender sus otras capacidades⁵⁵.

2.2.1 Fundamentos de la pedagogía holista

Los pedagogos holistas no clasifican el conocimiento por su contenido ni con base a los procesos mentales que se requieren para conseguirlo, por lo que el aprendizaje matemático tendrá el mismo valor e importancia que el aprendizaje filológico; más bien, distinguen el conocimiento adquirido con base a *cómo* y *para qué* se adquiere, preguntas más relacionadas con *el sentido* del aprendizaje, que con *los procedimientos* para lograrlo.

Los autores ya mencionados consideran que hay dos clases de conocimiento que tienen una importancia relevante: el *conocimiento experiencial* y el *conocimiento de capacidad*.

El conocimiento experiencial es muy diferente del conocimiento adquirido mediante abstracciones o representaciones. Por ejemplo, no es lo mismo conocer cómo aprender a conducir un auto leyéndolo en un libro que, aprendiéndolo en la práctica, por la experiencia.

A este tipo de aprendizaje se le llama *aprendizaje auténtico o aprendizaje por la experiencia*⁵⁵.

Sólo mediante la experiencia se pueden adquirir muchas clases de conocimiento. Esta distinción, clara para la educación holista, le es extraña a la educación tradicional, que basa sus prácticas en hábitos basados en los libros y no en la realidad.

La pregunta de por qué se adquiere un determinado conocimiento, distingue también la adquisición del conocimiento por la experiencia, de los tipos de conocimiento que se encuentran en la educación tradicional; por ejemplo, el impulso espontáneo que surge en el alumno de conocer sobre algún tema, es diferente del conocimiento adquirido mediante una motivación secundaria, como es el deseo de un premio o el temor a un castigo, o simplemente la necesidad de pasar un examen⁵⁷.

Estos autores también afirmaban que el conocimiento originado en la propia vida, se puede después abstraer y conceptualizar y hallar de nuevo una fácil aplicación en la vida, mientras que el conocimiento adquirido por la abstracción es difícil de aplicar en la vida y tiende a permanecer en ese nivel.

Los educadores holistas contemporáneos se han apoyado en el trabajo de Montessori, Dewey, Piaget, y otros constructivistas; según ellos, a la persona se le deben dar materiales y oportunidades para aprender algo específico, pero se les deja en libertad de descubrir lo que hay que aprender, en lugar de enseñarles qué aprender. El maestro sólo puede articular el aprendizaje después de que este se ha llevado a cabo mediante la experiencia⁵⁵.

De manera particular Carl Rogers integra los conceptos de aprendizaje centrado en la persona y aprendizaje significativo, según este autor, en la mayoría de las aulas se lleva a cabo un aprendizaje sin sentido para el alumno, donde el contenido que debe aprender carece del contexto adecuado a su propia realidad. Este aprendizaje solo hace participar a la mente, sin tomar en cuenta los sentimientos o el sentido y significado personal que la materia pueda tener para el alumno, por lo que no tiene ninguna relevancia para la totalidad de la persona. Por el contrario, existe un tipo de aprendizaje por la experiencia, que está lleno de significado y sentido, es el *aprendizaje significativo* que implica⁵⁵:

- Confiar en que el ser humano posee un potencial innato para sobrevivir, desarrollarse, aprender y relacionarse.
- Incluir a toda la persona con sus pensamientos, sentimientos y acciones

- La búsqueda y la curiosidad broten naturalmente de la persona
- La comprensión y el descubrimiento son experiencias internas de la persona que aprende
- El aprendizaje implica un cambio en la percepción del individuo y una asimilación hacia sí mismo de aquello que está aprendiendo; por lo tanto, no es posible enseñar a una persona directamente, sino solo facilitar su aprendizaje
- La persona pretende hacer parte de sí misma lo aprendido, para que quede dentro como energía disponible; es decir, como un recurso del cual puede disponerse en cualquier momento
- La persona percibe como trascendente todo lo que vive
- El estudiante no debe sentirse amenazado en su dignidad humana, existiendo un clima de confianza y seguridad
- El estudiante participa activamente
- Abarca toda la dimensión del ser humano y permite la integración de ideas, sentimientos, acciones y experiencias.
- Cuando la persona se percibe como un organismo integral en la que todos sus elementos son importantes, el aprendizaje es mejor asimilado y más perdurable
- El desarrollo el juicio crítico que promueve la autoevaluación, permite al estudiante lograr independizarse, ser original, creativo y vivir libremente
- La apertura al cambio y la capacidad de aprender a aprender son elementos de gran importancia social
- La persona es la única que puede evaluar lo significativo de su aprendizaje
- No hay un momento en la vida que no sea causante de un aprendizaje
- Creer firmemente en que el amor es la palanca o motor que puede hacer el cambio en las sociedades.

2.2.2 Aspectos que facilitan el aprendizaje

Todos los autores teóricos consideran que es el maestro el que facilita el aprendizaje del alumno, pero no lo causa, pues éste ya tiene un proceso de aprendizaje innato, fijado por la naturaleza, que se manifiesta en las diferentes etapas del desarrollo.

En relación a los alumnos, se discuten dos aspectos: *el proceso de aprendizaje inherente* y la *motivación inherente*. El primero hace referencia a que los seres humanos tenemos procesos

inherentes de aprendizaje, es decir que, el *querer aprender* forma parte de lo que significa ser humano; siendo este proceso una oportunidad para que el alumno se desarrolle plenamente. Así mismo, los autores afirman que las personas están esencialmente motivadas a adquirir el aprendizaje que necesitan (motivación inherente) y que esta motivación puede ser impulsada, nutrida o abandonada según se den las condiciones ideales que permitan su ejercicio; es esta la tarea del maestro⁵⁵.

Es así que los aspectos de los maestros que facilitan el aprendizaje, comprenden: *La comprensión del alumno y lo que éste necesita, la comprensión del verdadero proceso pedagógico y de la verdadera relación pedagógica con sus alumnos, así como la maduración personal.*

En relación a la comprensión del alumno y lo que este necesita, los autores insisten en que se debe educar al alumno en forma personal y no a un agrupamiento anónimo, como lo es "la clase", siendo tan relevante su labor que pueden facilitar el desarrollo de la forma inherente del alumno, de su verdadero ser, o pueden perder o impedir tal desarrollo.

Esto está relacionado directamente con la comprensión que el maestro tiene del verdadero proceso pedagógico, mismo que está determinado en función de aquello que se necesita aprender, utilizando al máximo los aspectos de los estudiantes que facilitan el aprendizaje. Los autores consideran que el proceso pedagógico correcto, sigue a la naturaleza en general y sobre todo a la naturaleza de cada alumno en particular.

De esta manera, en la relación pedagógica entre el maestro y el alumno no debe existir la coerción, sobre todo si lo que se busca es que el conocimiento se internalice, que se logren significados o se emplee la creatividad; por el contrario, debe haber más bien sentimientos positivos, empatía y afecto entre el maestro y el alumno, pues esta es la única clase de relación que puede servir de conducto al más profundo aprendizaje del alumno. En este sentido, Goethe afirmaba que "sólo se aprende de quien se quiere" ya que el afecto es un conducto para el significado, para poder comprender las cosas, pero también proporciona la seguridad necesaria para el acto de preguntar y el preguntar también hace al alumno vulnerable a nuevas comprensiones y respuestas, y esto es otra razón por la que el afecto debe estar presente en esta relación.

La relación pedagógica requiere también que se confíe en la propia bondad del alumno. Sería muy difícil sentir empatía y afecto por alguien a quien se le considera esencialmente

malo, que suele ser una percepción de algunos maestros. Sería también muy difícil dar al alumno la libertad que necesita para desenvolverse en su propio ser, si no se puede confiar en él. La confianza y la desconfianza generan los mismos sentimientos en la otra parte, y un maestro en quien no se confía es ineficaz.

En este sentido, es importante considerar que el maestro es parte de lo que alumno experimenta en su proceso educativo y lo que alumno experimenta del maestro, es lo que el maestro es, no lo que pretende o intenta ser. La experiencia del maestro es una parte muy importante del aprendizaje experiencial del alumno; por lo tanto, una forma, segura y buena, de mejorar la naturaleza del aprendizaje del alumno, es mejorar la naturaleza de lo que éste experimenta en su relación con el maestro; de aquí la importancia de su mejora profesional y personal, de su maduración.

Así mismo, el magisterio es *hacer* a partir del *ser*; una persona no se convierte en maestro en virtud de sus propios actos de enseñar, sino por el aprendizaje de sus alumnos. Una persona se convierte en maestro, sólo cuando su alumno aprende.

En conclusión, como argumenta el Dr. Ramón Gallegos, es una necesidad primordial que los sistemas educativos evolucionen en función de la preparación integral del ser humano, permitiendo una consciencia de interdependencia y cooperación armoniosa para facilitar el avance hacia una sociedad sustentable con un nuevo paradigma educativo holista en donde tienen lugar las comunidades de aprendizaje a través de las cuales todos los participantes, tanto profesores como estudiantes, padres, administradores y empleadores participan en un proceso de aprendizaje permanente y significativo, en el que todos están en situación de aprender y en el que los procesos ocurren dentro de un contexto de comunidad, en el que surge la unidad a través de la diversidad.

2.2.3 Intervención educativa como estrategia de promoción de la salud

2.2.3.1 Intervención educativa

Una intervención educativa es un programa específico para ayudar a la persona a mejorar en un área de necesidad⁵⁸ se considera “una acción sobre otra, con intención de promover mejora, optimización o perfeccionamiento”⁵⁹.

Díaz Garza⁶⁰ hace una investigación sobre cómo se configura la noción de intervención educativa, mediante el análisis de los discursos que circulan en las revistas electrónicas de corte investigación social; distinguiendo dos “tipos” de lo que según estos discursos

denominan “intervención educativa” o lo que bien podría entenderse como lo que “es” y lo que “no es” una intervención educativa:

- **Intervención educativa desde metodologías instrumentales experimentales:** en este tipo de propuestas se observan limitaciones conceptuales y aspectos metodológicos de tipo programático, distinguiéndose por presentar alguna o varias de las siguientes características:
 - Organización predeterminada de la acción, necesitan condiciones estables para su ejecución
 - No improvisan, no innovan
 - Solo puede experimentar una dosis débil y superficial de errores en su funcionamiento
 - Necesita control y vigilancia y en todo momento competencia, iniciativa, decisión y reflexión.

En este sentido, Negrete⁶¹ define este tipo de propuestas como: “...toda aquella metodología que no despliega un proceso, que se agotan en la instrumentación”

Es así como este tipo de acciones dejan fuera las demandas y necesidades de la población que fue intervenida. Lo cierto es que al poner el énfasis en su proceder instrumental como señala Edgar Morín⁶² “suelen limitar su carácter reflexivo”.

- **Intervención educativa desde una perspectiva conceptual y metodológica:** en este tipo de propuestas se enuncia un método de tipo estratégico, en los términos que señala Edgar Morín mostrando algunas o varias de las siguientes características:
 - Encuentra recursos para el abordaje de los temas y problemas, realiza inversiones y desvíos.
 - Improvisan, innovan de acuerdo a las condiciones. Se modifica adaptándose a las necesidades.
 - Saca provecho de lo que es valorado como error: las intervenciones educativas no siempre tienen que ser “exitosas”, los objetivos y los medios pueden cambiar en el transcurso de la intervención.
 - Es abierto, evolutivo afronta lo imprevisto, lo nuevo, está abierto al cambio.
 - Se despliega en las situaciones aleatorias, improvisa la diversidad, utiliza el obstáculo para alcanzar sus fines: toda intervención ha de ser una práctica de

inclusión de todos lo que ahí conviven. Articular con la diversidad de poblaciones.

- No está situado en el control y la vigilancia de la aplicación de un instrumento, si no que en todo momento atiende al registro de la experiencia, a la competencia, iniciativa, decisión y reflexión.

Es sí que Díaz Garza⁶⁰ enfatiza en la necesidad de que las intervenciones educativas pongan en situación a la población al hacer la intervención, es decir, que se desplieguen procesos, que generen experiencia y no solo a nivel instrumental si no en función de las necesidades de la persona o comunidad intervenida; al respecto Edgar Morín⁶² asevera: “El método no precede a la experiencia, el método emerge durante la experiencia y se presenta al final, tal vez para un nuevo viaje. La experiencia precede a todo método”.

Díaz Garza concluye: “el método como camino, ensayo, travesía, búsqueda y estrategia es imposible de reducir a un programa. Esta perspectiva de análisis está situada en los procesos.

2.2.3.2 Diseño de una intervención educativa

El éxito de una intervención educativa depende en gran medida de la planeación previa de la actuación docente. Aunque al implementar la intervención sea necesario realizar modificaciones e incluso improvisar, para dar respuesta a las necesidades que surjan; disponer de un buen plan básico de actuación, con actividades de aprendizaje pertinentes, así como disponer de los recursos didácticos necesarios, siempre facilitará las cosas⁵⁹.

Para el diseño de una intervención educativa han de considerarse diversos criterios generales que permitan aproximarse al objetivo o propósito de la intervención, tales como^{58,63}.

- Consideraciones previas: características del grupo a quien se dirige la intervención (número de participantes, grado, nivel educativo, edad, estilos cognitivos, habilidades y conocimientos previos, experiencias, actitudes, intereses) y del entorno o contexto educativo (características físicas y socioeconómicas de la comunidad y del lugar en que se llevará a cabo la intervención).
- Objetivos y contenidos: propósito de la intervención (adquisición de nuevos conocimientos y/o habilidades, repaso o retroalimentación, motivar y/o sensibilizar a

los estudiantes) y contenidos que se abordarán (hechos, conceptos, principios, procedimientos, actitudes)

- Recurso que se emplearán: considera los materiales e infraestructura que se empleará, así como su utilidad, por ejemplo, Motivación, información, entrenamiento, instrucción, entorno para la exploración, contraste de opiniones o experimentación, evaluación, etc.)
- Actividades y metodología: explicitar las actividades de enseñanza-aprendizaje, así como la duración del curso y número de sesiones. Además de asignar los roles a desempeñar en el desarrollo de dichas actividades (materiales, profesor, estudiantes)
- Evaluación: qué, cómo, cuándo vamos a evaluar. Describir los instrumentos que se emplearán para determinar en qué medida los estudiantes han logrado los aprendizajes previstos y para evaluar la funcionalidad de las estrategias didácticas utilizadas.
- Observaciones: indicar los posibles problemas que pueden darse al desarrollar la actividad, tales como, dificultades de comprensión o de la gestión de la actividad; problemas de espacio, etc.

2.3 Promoción de la salud

En México, la promoción de la salud representa una estrategia fundamental para cuidar y mejorar la salud de la población, es una acción política, educativa y social que busca incrementar la consciencia colectiva sobre la salud al promover estilos de vida saludables. Es también un proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de salud y en consecuencia mejorarla¹⁴.

Según la carta de Otawa (1986) la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico mental y social. En este sentido, un individuo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La promoción de la salud proporciona las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida⁹.

Desde esta perspectiva, la intervención educativa sobre autocuidado en mujeres embarazadas, no solo debe responder a las necesidades que el profesional de la salud

identifica y atribuye a los cambios anatómicos y fisiológicos o a un déficit de autocuidado; sino que también debe atender a las necesidades expresadas de la mujer y a sus propios objetivos en función de su deseo y decisión de mejorar su autocuidado; para ello es necesario atender a los aspectos psicoemocionales y sociales que rodean el proceso reproductivo.

En este sentido, la intervención educativa representa una oportunidad de trascender la visión asistencial de nuestro sistema de salud que, a pesar de los grandes avances en salud pública se sigue caracterizando por una atención no integral, orientada mayormente a los aspectos curativos y la medicalización de la vida.

Estos elementos apoyan la importancia de implementar programas de enseñanza pertinentes, basados en una pedagogía en la que la persona se constituya como el centro y fin del proceso educativo.

Es por ello que se pretende plantear una propuesta educativa fundamentada en la pedagogía holista como un recurso de promoción de la salud que implica una transformación paradigmática entorno al entendimiento del significado de salud y bienestar, así como el replanteamiento del fin último de la educación y sobre quién es el alumno.

2.4 Revisión de la literatura

Diversos estudios, han explorado el fenómeno de la educación perinatal desde diversas metodologías entre los que destacan los que se describen a continuación.

Los estudios de corte descriptivo indagan en torno a los conocimientos y capacidades de autocuidado que tienen las mujeres embarazadas; por su parte, los estudios de intervención, buscan dar solución a los déficits de autocuidado con miras a la prevención y las revisiones sistemáticas, buscan evaluar e integrar la evidencia disponible.

Los principales temas de autocuidado que se identifican en los estudios seleccionados son: dieta y ejercicio, factores psicosociales del embarazo y prevención de riesgos (importancia del control prenatal, educación, prevención).

- Dieta y ejercicio

Se realizó una revisión sistemática³⁰, incluyendo 34 estudios que abordaron el tema de los factores que influyen en la nutrición o el uso de suplementos de la dieta durante la preconcepción o el embarazo; identificando los siguientes: percepción de beneficios y

riesgos, necesidades, factores psicológicos, creencias conocimientos sobre nutrición, limitaciones financieras y percepción de presión social, profesionales de la salud y el medio ambiente. Considerando que estos factores intervienen sobre los hábitos dietéticos de la mujer y que estos a su vez, constituyen un factor protector para afecciones durante el embarazo; los autores proponen que se implementen estrategias de intervención simultáneas que incluyan campañas de comunicación, retroalimentación, cambios en el entorno y el acceso a los alimentos.

Por su parte, la revisión sistemática realizada por Ramakrishnan³⁶ y cols. acerca de la evidencia existente sobre los efectos de la nutrición materna antes y durante la gestación (antes de las 12 semanas) sobre la salud neonatal y materno infantil, incluyó 45 artículos (9 intervenciones y 32 observacionales). Los datos disponibles indican la importancia de la nutrición de las mujeres antes del embarazo y durante el primer trimestre, concluyen que existe evidencia que respalda la importancia de la nutrición materna para reducir riesgos y complicaciones como; sin embargo, refieren que existe una necesidad de estudios prospectivos y ensayos controlados en países en desarrollo que examinen las relaciones de la nutrición materna sobre el bajo peso al nacimiento, el parto prematuro, la muerte fetal y la mortalidad materna y neonatal. Así mismo, resaltan la importancia de realizar intervenciones (sobre todo las encaminadas a la modificación de la conducta) para disminuir el sobrepeso y la obesidad, factores que aumentan el riesgo de diabetes gestacional y trastornos hipertensivos, y evaluar sus beneficios confirmando de esta manera, los resultados de los estudios descriptivos.

Es este sentido, se llevó a cabo un estudio de intervención²⁹ con 46 mujeres embarazadas afroamericanas para fomentar la gestión de la salud de la familia. Se propuso aumentar los conocimientos mediante la teoría del empoderamiento, observando un cambio de comportamiento a través de estrategias de afrontamiento para la reducción del estrés; como caminar o hablar con alguien en vez de comer en exceso o fumar. Los resultados reportan un aumento de los conocimientos sobre nutrición; sin embargo, se hace referencia a la necesidad de trabajar en las políticas que garanticen el acceso a los alimentos para poder lograr un cambio en el comportamiento.

Así mismo, el estudio descriptivo realizado por Gardner y cols.²³ tuvo como objetivo evaluar los *predictores psicológicos* de las intenciones de reducir la ingesta de alimentos altos en grasa y alto contenido de azúcar, así como aumentar el consumo de frutas y verduras, entre

las mujeres embarazadas. Se observó que las mujeres que perciben mayores beneficios de la adopción de patrones de alimentación saludables, son más propensas a la intención de llevarlos a cabo. Por lo que concluyen que el embarazo puede representar “un momento oportuno” para iniciar un cambio de comportamiento.

Metaanálisis realizado por Thangaratinam⁶⁴ y cols. titulado Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence, en el que se buscó evaluar los efectos de las intervenciones dietéticas y de estilo de vida en el embarazo sobre el peso materno y fetal, así como cuantificar los efectos de estas intervenciones sobre los resultados obstétricos. Y cuyos resultados fueron: una reducción de 1.4 kg en la ganancia de peso gestación con cualquier intervención en comparación con el control. No hubo diferencias con el peso al nacer (aunque en sí misma la actividad física se asoció con una reducción del peso al nacer).

Las intervenciones se asociaron con menor riesgo de PE (hasta del 33%) y distocia de hombros. De la misma manera se observó tendencia hacia la reducción en la DG, la HG y el PP (especialmente la dieta, disminución del aumento de peso hasta 4 kg en promedio). La intervención dietética dio lugar a la mayor reducción en la ganancia de peso con la mejora de los resultados del embarazo en comparación con otras intervenciones.

Los autores concluyeron que las intervenciones sobre la dieta y estilos de vida pueden reducir el aumento de peso y mejorar los resultados tanto para la madre como para su hijo.

Respecto a la actividad física, se exploraron los beneficios y barreras de realizar actividad física reportando que el nivel de educación alto y el mayor ingreso económico fueron factores que favorecen la realización de más ejercicio (predominando las actividades caseras y caminatas), se observó que, a menor grado de escolaridad, se percibieron más barreras²⁵.

Así mismo, se realizó un estudio longitudinal, siguiendo a 235 gestantes con obesidad: 63 se integraron al grupo control y a 58 se les entregó un folleto y 76 participaron en una intervención de estilos de vida con base en el modelo transteórico; reportando una reducción de peso gestacional y niveles de ansiedad en el grupo de intervención²⁷.

Una revisión sistemática de estudios de intervención para el incremento de la actividad física en mujeres embarazadas; en la mayoría de los estudios analizados se emplearon técnicas de “modificación del comportamiento” sin hacer explícita la base teórica, y solo dos estudios

se basaron en teorías del comportamiento (teoría de la motivación a la protección y modelo transteórico más teoría social cognitiva), siendo estas las más eficaces³⁸.

Por su parte, un estudio realizado por Visintainer PF y cols³⁴ cuyo objetivo fue examinar el efecto de un programa prenatal integral administrado por enfermeras-parteras sobre el riesgo de bebés con bajo reportaron una reducción de los resultados adversos del embarazo entre las madres indigentes, obteniéndose un 44% de nacimientos a término y un peso promedio de los recién nacido de 3,365g.

Factores psicosociales del embarazo

Se realizó una revisión sistemática de la literatura que incluyó 19 artículos empíricos publicados entre 1998 y 2003, y que abordaron el tema de ansiedad materna en el periodo pre y posnatal; los resultados demostraron que altos niveles de ansiedad materna en fase prenatal fueron asociados a complicaciones obstétricas y daños al desarrollo fetal (como altas tasas de alteraciones en la frecuencia cardiaca), problemas emocionales y comportamentales en la infancia y la adolescencia. Se concluye que la evaluación de la ansiedad materna es relevante para identificar riesgos en la salud de la madre y en el desarrollo del niño³⁵.

Prevención de riesgos

Granados L y González A²⁰ realizaron un estudio titulado: “Prácticas que hacen las gestantes adolescentes consigo mismas y con el hijo por nacer” incluyendo a 150 gestantes adolescente a quienes mediante la aplicación de un instrumento que exploraba las prácticas de autocuidado, se encontró que: 63.7% de las mujeres encuestadas, tienen regular práctica de autocuidado, refiriendo que desconocen la importancia del control prenatal. Concluyen que es necesario incluir estos temas en la educación de la embarazada adolescente, así como considerar el determinante cultural en los programas de intervención.

En un estudio realizado en Tamaulipas en el 2012, se exploraron los beneficios y barreras percibidos por las adolescentes sobre la importancia del control prenatal. En relación a los beneficios, identificaron los siguientes: tener un bebé sano, prender cómo proteger la salud y aprende mejores hábitos de salud; respecto a las barreras: tiempo en la sala de espera, horario inadecuado, no conseguir cita y actitudes negativas sobre el embarazo como: no sentirse feliz con el embarazo, pensar que no es necesario, referir hacer uso del servicio de

urgencias cuando se presente un problema y creer que son suficientes los consejos de familiares y amigos²¹.

Por su parte, Spíndola T y cols.⁶⁵ en su estudio descriptivo titulado “Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário” buscaron describir la opinión de las mujeres sobre el acompañamiento de la enfermera obstetra en el prenatal de un Hospital Universitario; encontrando que las mujeres se sintieron más satisfechas con el cuidado prenatal por la enfermera debido a la continuidad de la ayuda profesional en las consultas, el cuidado atento y paciente, la posibilidad de dialogo y privacidad y la aclaración de dudas. Así mismo, una de las conclusiones más significativas a las que llegaron fue que el cumplimiento con la atención prenatal está relacionado con la calidad de los profesionales y los servicios de atención prestados. Lo que evidencia la necesidad de que las enfermeras fortalezcamos las actividades que llevamos a cabo en la atención prenatal.

Se puede observar la gran cantidad de evidencia disponible respecto a la dieta y ejercicio debido a la gran relevancia que tienen estos aspectos de autocuidado en la salud de la madre y su hijo. Por el contrario, los aspectos psicoemocionales son más desconocidos y poco explorados.

En diferentes estudios, una constante es la sugerencia final de llevar a cabo intervenciones integrales que permita la adopción de prácticas de autocuidado en las mujeres durante la gestación, en beneficio de su salud y la de su hijo por nacer. Otro aspecto importante es la necesidad de considerar los aspectos sociales al implementar dichas intervenciones.

Se concluye también que: no es suficiente brindar orientación y que es fundamental considerar en primera instancia las intervenciones conductuales sobre estilos de vida saludables, ya que estas han demostrado ser las más efectivas. De igual forma que es necesario combinar actividades de promoción de la salud con el apoyo e intervención social.

Así mismo, al analizar revisiones sistemáticas, se observa que las investigaciones se desarrollan en torno a temáticas similares (actividad física, alimentación y salud mental) y se concluye que las intervenciones que, al ser integrales, se basan en alguna teoría del comportamiento son más efectivas que aquellas que solo brindan información, consejería u orientación.

Sin embargo, en la mayoría de las investigaciones no se emplean métodos de educación integral que consideren los aspectos emocionales del proceso educativo, los cuales podrían influir de manera positiva sobre el bienestar de las mujeres embarazadas, al sentirse acompañadas por su proveedor de salud y por otras mujeres y familias gestantes.

3 MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio y diseño

Esta investigación es de tipo cuantitativo y el diseño del estudio es preexperimental, en función de que se intervendrá con una estrategia educativa mediante la pedagogía holista con el fin de manipular las variables. Es un estudio comparativo ya que se comparó el nivel de conocimientos sobre autocuidado y las capacidades de autocuidado durante el embarazo mediante la aplicación de un pre test y un post test.

3.2 Población y muestra

La población son las embarazadas que acuden a consulta prenatal a un Centro de Salud del Municipio de Ecatepec de Morelos, Estado de México; el universo se conforma de aproximadamente 150 mujeres. La muestra fue seleccionada por conveniencia ya que se pidió la participación voluntaria de las embarazadas, consiguiendo reunir un grupo de 20*.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Mujeres que acuden a consulta prenatal al Centro de Salud
- En cualquier trimestre de embarazo
- Que no hayan recibido ninguna sesión de educación para la salud en el embarazo
- Que deseen participar en el estudio

3.2.2 Criterios de exclusión

- Mujeres que hayan recibido educación para la salud durante el embarazo
- Que no deseen participar en el estudio

3.2.3 Criterios de eliminación

- Mujeres que no cumplan con el 80% de las sesiones de la intervención educativa
- Mujeres que deseen salir del estudio

* Hernández Sampieri sugiere que para estudios preexperimentales, la muestra mínima debe ser de 15 participantes por grupo

3.3 Variables de estudio*

- Sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico.
- De estudio:
 - Independiente: Intervención educativa mediante la pedagogía holista
 - Dependientes:
 - Nivel de conocimientos de la mujer embarazada sobre autocuidado durante el embarazo
 - Capacidades de autocuidado durante el embarazo

3.3.1 Nivel de conocimientos de la mujer embarazada sobre autocuidado

El nivel de conocimientos de la mujer embarazada sobre autocuidado durante el embarazo se define como el conjunto de datos e información almacenada a través de la experiencia, el aprendizaje o la introspección, que de manera interrelacionada forman un juicio, aplicado al área del autocuidado. Se consideran para su análisis los fundamentos teóricos de la teoría general de enfermería de Dorotea Orem; mediante la medición de los conocimientos de autocuidado, en función de los requisitos universales y del desarrollo (embarazo) que ella propone. Por lo que se incluyen conocimientos fundamentales sobre autocuidado en el embarazo como: dieta y ejercicio, cuidado prenatal y factores psicosociales del embarazo.

3.3.2 Capacidades de autocuidado durante el embarazo

Las capacidades de autocuidado durante el embarazo se consideran todas aquellas habilidades adquiridas que le permiten a la mujer embarazada comprometerse con el autocuidado y que se traducen en conductas efectivas y positivas que le ayudan a conservar su salud o afrontar la enfermedad.

3.4 Hipótesis

H1 El nivel de conocimientos sobre autocuidado en el embarazo será mayor después de una intervención educativa mediante la pedagogía holista.

H1 Las capacidades de autocuidado en el embarazo mejorarán después de una intervención educativa mediante la pedagogía holista.

* Ver anexo 1 Operacionalización de las variables

3.5 Procedimientos

3.5.1 Método de enseñanza

La pedagogía holista, considera a la persona como principio y fin del proceso educativo; considera sus necesidades y favorece su desarrollo humano considerando su totalidad; la experiencia juega un papel especial en busca de aprendizajes significativos⁶⁶.

Los métodos que emplea la pedagogía holista se basan en los principios de aprendizaje centrados en el alumno, por lo que, por su carácter flexible, le permite responder a los intereses del estudiante.

En la pedagogía holista, aprender es un proceso que implica muchos niveles de consciencia humana como el afectivo, físico, social y espiritual, rebasando lo puramente cognitivo y memorístico. Así, aprender se convierte en un proceso creativo y artístico; su propósito, *aprender a aprender*.

Para tal fin, se diseñó una intervención educativa cuyo eje central es la exploración de las necesidades de aprendizaje de las mujeres embarazadas y en función de ello, implementar estrategias que permitan dar respuesta a dichas demandas. Se presta especial importancia a los aspectos psicoemocionales de la mujer embarazada al incluir espacios para la escucha y el acompañamiento, para el ejercicio de la meditación y la relajación, así como para la gestión de casos*.

3.5.2 Intervención educativa

Se implementó una intervención educativa** mediante la pedagogía holista, en donde se abordaron los temas más relevantes sobre autocuidado en el embarazo; que consistió en 6 sesiones de 1.5 horas cada una, una vez a la semana los días miércoles de 11:00 a 12.30 en el salón de usos múltiples, con un grupo de 20 embarazadas que acuden a su consulta de cuidado prenatal a un Centro de Salud, en el Municipio de Ecatepec de Morelos. Las clases incluyeron: activación física, desarrollo del tema y espacio de acompañamiento y relajación.

Posterior a la intervención se compararon los resultados de las pruebas de pre y post test con el fin de identificar si existe una diferencia estadísticamente significativa en los resultados

* La gestión de casos es una estrategia de cuidado que permite a la enfermera orientar a las familias en la búsqueda de las oportunidades con las que cuenta para la satisfacción de sus necesidades y la potenciación de sus conductas saludables.

** Ver Intervención educativa en Anexos

de ambas pruebas en relación al aumento de los conocimientos y las capacidades de autocuidado en el embarazo. A continuación, se describen las fases para su desarrollo:

Fase 1: Se conforma el grupo de intervención mediante la invitación directa a las mujeres que acuden a la consulta de cuidado prenatal al Centro de Salud.

Fase 2: Las mujeres que accedieron a participar (20) asisten a 5 reuniones distribuidas de la siguiente manera:

1. Sesión introductoria y aplicación del pre test: En esta sesión se explica a las mujeres a profundidad los objetivos del curso, la metodología de trabajo y los compromisos que adquirimos al ser parte de este proyecto.

Es importante que, en este primer encuentro el grupo se conozca y cada integrante pueda expresar sus inquietudes y expectativas.

2. **4 clases de educación para la salud y acompañamiento** que incluyen los siguientes temas:

- a. Acompañamiento
- b. Convertirse en madre
- c. Cuidado de la salud en el embarazo
- d. Nutrición

3. Una sesión de cierre y aplicación de pos test: En esta sesión se llevará a cabo la evaluación del curso.

Es importante considerar que los temas fueron propuestas que se pusieron a consideración del grupo, atendiendo de manera prioritaria las necesidades de educación identificadas en el pre test y aquellas expresadas directamente por las mujeres; como los cuidados del recién nacido y trabajo de parto.

El espacio de acompañamiento, se hizo de manera grupal, en este espacio se llevó a cabo una dinámica de relajación guiada y un ejercicio para favorecer la escucha y la comunicación asertiva; se promoverá además que las mujeres expresen sus inquietudes, dudas, miedos etc. sobre su embarazo o sobre algún acontecimiento que esté siendo significativo para ella en ese momento.

Se recomendó que a las sesiones 2-6 asistieran acompañadas de su pareja o de un miembro significativo de la familia, sólo 2 mujeres llevaron a acompañante a 1 de las sesiones.

Fase 3: Sesión de evaluación y aplicación del pos test (tercera fase). Conclusión y cierre del curso.

3.5.2.1 Evaluación de la intervención educativa

La eficacia de la intervención educativa se evaluó mediante la comparación de los resultados obtenidos por las mujeres en el pre y post test.

Antes de poner en marcha la intervención educativa, se aplicó un pre test que además de medir el nivel de conocimientos y las capacidades de autocuidado de la mujer embarazada, permitió analizar la idoneidad de los temas y acciones propuestas en la intervención y con ello incluir mejoras y modificaciones que permitieran ajustarse a las necesidades de las participantes.

Posterior a la intervención educativa, se aplicó un post test que nos permitió evaluar el impacto o la eficacia de la intervención, en relación a los conocimientos y capacidades de autocuidado de las mujeres que participaron en la investigación.

3.5.3 Para la recolección de datos

Para la recolección de los datos se empleó un instrumento que evalúa el nivel de conocimientos y las capacidades de autocuidado durante el embarazo aplicándolo al grupo de mujeres embarazadas participantes en el estudio, el instrumento fue elaborado por la investigadora principal con el apoyo y asesoría de la directora de tesis, así mismo se sometió a un juicio de expertos.

3.5.3.1 Instrumento de medición

Se elaboró para la recolección de datos, un instrumento que consta de 4 apartados:

- **Datos sociodemográficos:** incluyen la edad, el estado civil, la escolaridad, la ocupación y el nivel socioeconómico mismo que se obtiene indicando el número de bienes que se poseen y a los que se les asigna un puntaje preestablecido* que clasifica en 6 niveles: A/B, C+, C, D+, D, E
- **Embarazo actual:** se solicita indicar si el embarazo fue planeado o no, y si es deseado o no; además de la fecha de última menstruación, en función de la cual se calculan las semanas de gestación y la fecha probable de parto; por último, se pide indicar el número de consultas prenatales.

* Índice AMAI

- **Nivel de conocimientos de la mujer embarazada sobre autocuidado:** consta de 24 preguntas de opción múltiple que exploran cada uno de los requisitos de cuidado universales que propone Orem en su teoría del autocuidado. Cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta que van de la “a” a la “d” en donde solo una es correcta y tres son incorrectas. Y se clasifican de acuerdo a los requisitos universales de autocuidado y de desarrollo propios de embarazo, incluyendo:
 - Mantenimiento adecuado de aire: 1 pregunta, este requisito de autocuidado se explora también de forma indirecta en el requisito de actividad.
 - Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua y alimentos: 8 preguntas; a este requisito de autocuidado se le asigna el mayor número de ítems debido a su gran relevancia en la prevención de las principales afecciones durante el embarazo; además de ser uno de los aspectos más descuidados por las mujeres embarazadas, según indica la literatura, por falta de conocimientos al respecto o por falta de acceso a los alimentos.
 - Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación: 4 preguntas que incluyen autocuidados en la eliminación vesical e intestinal.
 - Equilibrio entre actividades y descanso: 3 preguntas sobre sueño y descanso, y ejercicio.
 - Equilibrio entre soledad y la comunicación social: 3 preguntas que hacen referencia a los procesos de comunicación efectiva de la mujer hacia su hijo por nacer y en general hacia las personas que la rodean.
 - Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano: 4 preguntas que se refieren a la identificación de señales de alarma en el embarazo, higiene y vacunas
 - Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano: 1 pregunta que se refiere a la realización de actividades recreativas.
- **Capacidades de autocuidado en el embarazo:** se midieron mediante la aplicación de una escala tipo Likert integrada por 38 ítems; que va de 0-5 en donde 1 corresponde a nunca, 2 casi nunca, 3 a veces, 4 casi siempre y 5 a siempre. Esta escala busca medir las capacidades de autocuidado, cuyo puntaje máximo es de 190 y el mínimo de 30. De acuerdo al puntaje obtenido, el autocuidado se clasifica en

rangos como se explica a continuación: 0-40 muy deficiente, 41-90 inadecuado, 91-140 adecuado y de 141-190 muy adecuado. Igual que en el apartado que mide nivel de conocimientos, se clasifican los ítems de acuerdo a los requisitos universales de autocuidado y de desarrollo propios de embarazo propuestos por Orem.

Se aplicó una prueba piloto en la clínica 61 del IMSS a un grupo de mujeres que asistieron a una sesión de educación para la salud, fue posible el piloteo de 27 instrumentos estimándose un tiempo promedio de respuesta de 20 minutos.

Para la validación del contenido se realizó un jueceo de expertos, por una ronda de 4 expertos en la atención de la mujer embarazada, así como en la docencia con una experiencia de 10 a 20 años; se incluyó una escala tipo Likert* para que los evaluadores consideraran la importancia de los ítems. Los valores fueron: muy importante, importante, poco importante, nada importante, así como espacio para realizar observaciones en cada ítem.

Confiabilidad y validez

Se aplicó la prueba Alfa de Cronbach con el fin de evaluar la consistencia interna del apartado del instrumento titulado: “Capacidades de autocuidado durante el embarazo”, obteniéndose un resultado de **.793** lo que significa que si existe una consistencia interna de los ítems.

3.5.4 Para el análisis de los datos

Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 21⁶⁷.

En primer lugar, se codificaron los datos socioeconómicos: edad, estado civil, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico que corresponden a la primera parte del instrumento. Posteriormente se llevó a cabo una recodificación de estas variables atendiendo a las características de la muestra; de tal modo que las variables se transformaron a dicotómicas:

- Edad: mayor o menor de 20 años. Tomando como referencia las edades de adolescencia (hasta 19 años) y adulto o joven (después de los 20 años).
- Escolaridad: Básico (primaria y secundaria) y posterior al básico (medio superior, superior y posgrado)

* Ver en Anexos: Instrumento para validación de expertos.

- Estado civil: con y sin pareja
- Ocupación: trabaja fuera del hogar o ama de casa.
- Nivel socioeconómico: los niveles C y D+ se consideran nivel medio y los niveles D y E nivel bajo.

La segunda parte, correspondiente a los ítems de un cuestionario con preguntas de opción múltiple, se codificaron las respuestas como: 1 correcto, 0 incorrecto. El puntaje máximo es 24 y el mínimo 0. Para el análisis se considera:

- Puntaje total obtenido: por arriba o por debajo de la media.
- Nivel de conocimientos que se clasifica como sigue: 0-6 malo, de 7-12 regular, de 13-18 bueno y de 19-24 muy bueno.

Se realizó un análisis descriptivo e inferencial en el cual se realizaron las siguientes pruebas para la comprobación de hipótesis:

Para saber si existe relación entre las variables sociodemográficas: escolaridad, edad, ocupación y nivel socioeconómico con las variables dependientes “nivel de conocimientos sobre autocuidado en el embarazo” y “capacidades de autocuidado en el embarazo” se utilizaron tablas de contingencia de 2x2 aplicando la prueba exacta de Fisher de dos colas. Para tal fin, se calculó la media aritmética de acuerdo a los puntajes obtenidos.

Para saber si existieron diferencias en el nivel de conocimientos y las capacidades de autocuidado en el embarazo antes y después de la intervención educativa mediante la pedagogía holista:

1. Se utilizaron tablas de contingencia de 2x2 considerando el coeficiente Kappa de Cohen por su mayor grado de exigencia, atendiendo a las características de la muestra.
2. Se compararon medias de valores de aciertos pre y post test utilizando la prueba no paramétrica de Willcoxon.

3.6 Aspectos éticos

En esta investigación, al trabajar con personas como sujetos de estudio, se toman en cuenta sus derechos, el respeto a su dignidad y a su libertad de participar o no en la investigación.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, de aspectos éticos de la investigación en seres humanos, éste trabajo se clasifica como de riesgo mínimo.

En base al Código de Núremberg se considera la importancia del consentimiento voluntario de la persona, misma que debe tener capacidad legal para dar su consentimiento, además de poder ejercer su libertad a escoger, sin la intervención de cualquier fuerza, engaño o coacción. Además, debe poseer información suficiente y comprender el asunto en sus diferentes aspectos para poder tomar una decisión consciente. El experimento debe ser realizado con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad, y además debe ser conducido de manera que evite todo sufrimiento o daño innecesario, físico o mental.

Por su parte, la declaración de Helsinki establece que se deberá respetar el derecho de cada sujeto a salvaguardar su identidad, tomando todas las precauciones para respetar la vida privada y para minimizar el impacto del estudio en la integridad física, mental y en la personalidad del sujeto. En la publicación de los resultados, se está obligado a preservar la veracidad de los mismos.

4 RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en esta investigación desarrollada en un Centro de Salud del Municipio de Ecatepec de Morelos en el Estado de México; el cual consistió en la implementación de una intervención educativa basada en la pedagogía holista. En primer lugar, se presenta la caracterización de la muestra que incluye las variables sociodemográficas. Como ya se ha mencionado antes, se aplicó un pre test y un post test que permitió comparar las diferencias en el nivel de conocimientos y las capacidades de autocuidado de la mujer embarazada durante el embarazo, por lo que se presentan los datos obtenidos en el pre test, seguidos por el post test y finalmente los hallazgos obtenidos de las pruebas estadísticas.

4.1 Caracterización de la muestra

La muestra se conformó con 20 embarazadas, que representan el 13.3% del universo de 150 mujeres que acuden a consulta de cuidado prenatal al Centro de Salud, de las cuales el 30% (6) están cursando la primera mitad del embarazo y el 70% (14) la segunda mitad; y su promedio de consultas es de 3.8 ± 1.88 .

En primer lugar, se muestran los datos sociodemográficos en donde la edad media del grupo fue de 22.15 ± 4.1 años con un mínimo de 16 y un máximo de 31 años. Respecto al estado civil, la mayoría de la población corresponde a unión libre (14) representando el 70%; el 85% (17) de las mujeres cuentan con una pareja y solo 3 no la tienen, representando el 15%. En relación a la ocupación, el 75% (15) son amas de casa y el 25% (5) trabajan fuera del hogar. El 65% (13) cuentan con educación básica y el 35% (7) con educación posterior al básico; por otra parte, respecto al nivel socioeconómico, el 55% (11) corresponden a un nivel bajo (D y E) y el 45% (9) al nivel medio.

Sobre el embarazo actual, el 65% (13) refiere haberlo planeado, mientras que el 35% (7) no lo planeó, sin embargo, el 85% (17) dice desear el embarazo. Tabla 1.

Tabla 1. Caracterización de la muestra

Variable		Media	n	%
Edad		22.15 ± 4.1		
Estado civil	Unión libre		14	70%
	Con pareja		17	85%
	Sin pareja		3	15%
Escolaridad	Básica		13	65%
	Posterior al básico		7	35%
Ocupación	Trabaja fuera de casa		5	25%
	Ama de casa		15	75%
Nivel socioeconómico	Bajo		11	55%
	Medio		9	45%
Semanas de embarazo	Primera mitad		6	30%
	Segunda mitad		14	70%
Embarazo planeado	Si		13	65%
	No		7	35%
Embarazo deseado	Si		17	85%
	No		3	15%
Consultas de cuidado prenatal		3.8 ± 1.88		

4.2 Análisis estadístico

4.2.1 Resultados descriptivos del pre y post test por requisitos universales de autocuidado

A continuación, se describen en la tabla 2, los resultados obtenidos en cada uno de los requisitos de autocuidado; como se puede observar, en el 66.6% de los ítems más de la mitad de las mujeres respondió incorrectamente. Los requisitos de autocuidado con más errores fueron: el aporte suficiente de agua y alimentos, equilibrio entre soledad y comunicación social y prevención de peligros para la vida. En alimentación, por ejemplo, se evidencia que el 85% desconocen los alimentos que contienen calcio, más de la mitad (55%) no saben qué alimentos son fuente de hierro, el 85% desconocen las fuentes de ácido fólico en los alimentos y el 90% no saben qué alimentos les proveen de proteínas. Por otra parte, el 60% no identifica las barreras para una adecuada comunicación y más de la mitad (55%) no desconoce la importancia de hablarle a su bebé. Así mismo, el 60% de las mujeres no identificaron adecuadamente las señales de alarma durante el embarazo y el 90% no saben qué vacunas deben aplicarse durante el mismo.

Se observa que después de la intervención educativa, hay una mejora en algunos aspectos como los nutricionales ya que el 50% es capaz de identificar los alimentos fuentes de hierro y el 60% de ácido fólico, el 15% de calcio y el 20% de proteínas; respecto a la comunicación, más de la mitad identifican los beneficios de hablarle a su bebé y acerca de las señales de alarma durante el embarazo, más de la mitad las identifican de manera correcta.

Tabla 2. Requisitos universales de autocuidado pre y post test

Ítem	Requisito de autocuidado	Pre test				Post test			
		Aciertos		Errores		Aciertos		Errores	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Aporte de aire Falta de aire	4	20	16	80	4	20	16	80
2	Aporte de agua y alimentos	7	35	13	65	7	35	13	65
3	Aumento de peso Cantidad de líquidos	12	60	8	40	13	65	7	35
4	Alimentos que aportan calcio	3	15	17	85	3	15	17	85
5	Alimentos que aportan hierro	9	45	11	55	10	50	10	50
6	Alimentos que aportan proteínas	2	10	18	90	4	20	16	80
7	Alimentos que aportan Ácido fólico	9	45	17	85	12	60	8	40

Tabla 2. Requisitos universales de autocuidado pre y post test cont.

Ítem	Requisito de autocuidado	Pre test				Post test			
		Aciertos		Errores		Aciertos		Errores	
		n	%	n	%	n	%	n	%
8	Alimentos que aportan omega 3	5	25	15	75	7	35	13	65
9	Alimentos que aportan omega 6	6	30	14	70	9	45	11	55
Eliminación									
10	Frecuencia de la evacuación	13	65	7	35	12	60	8	40
11	Consecuencias de no orinar cuando se requiere	9	45	11	55	14	70	6	30
12	Señales de una infección urinaria	16	80	4	20	16	80	4	20
13	Complicaciones de las infecciones de vías urinarias	5	25	15	75	8	40	12	60
Actividad y descanso									
14	Importancia del sueño y descanso	11	55	9	45	12	60	8	40
15	Tipo de ejercicio en el embarazo	15	75	5	25	13	65	7	35
16	Beneficios del ejercicio	9	45	11	55	10	50	10	50
Soledad y comunicación									
17	Obstáculos para la comunicación	8	40	12	60	8	40	12	60
18	Persona asertiva	12	60	8	40	13	65	9	45
19	Comunicación con el bebé	9	45	11	55	12	45	8	55
Prevención de peligros									
20	Señales de alarma durante el embarazo	8	40	12	60	12	60	8	40
21	Importancia de la higiene dental	13	65	7	35	15	75	5	25
22	Cuando vacunarse	8	40	12	60	7	35	13	64
23	Vacunas indicadas en el embarazo	2	10	18	90	3	15	17	85
Desarrollo humano									
24	Actividades recreativas	16	80	4	20	16	80	4	20

4.2.2 Pruebas de asociación

Respecto a si existe relación entre las variables dependientes: “nivel de conocimientos sobre autocuidado en el embarazo” y “capacidades de autocuidado en el embarazo” con la edad, la escolaridad, la ocupación y el nivel socioeconómico de las mujeres; se observó que, según OR e IC95% no existe una asociación significativa, lo cual es confirmado al aplicar la prueba exacta de Fisher de dos colas, que con un valor de $p=.500$ indica que **no existe asociación directa** entre estas variables. Tablas 3 y 4.

Tabla 3 Pruebas de asociación:
Nivel de conocimientos sobre autocuidado durante el embarazo

Variable	Nivel de conocimientos				OR	IC 95%	p
	< Med		>Med				
	No.	%	No.	%			
Escolaridad					.643	.101- 4.097	.500
Básico	6	46.2%	7	53.8			
Posterior al básico	4	57.1	3	42.9			
Edad					.583	.075- 4.562	.500
Mayor de 20 años	7	46.7	8	53.3			
Menor de 20 años	3	60	2	40			
Ocupación					1.714	.219- 13.406	.500
Trabajo fuera del hogar	3	60	2	40			
Ama de casa	7	46.7	8	53.3			
Nivel socioeconómico					1.500	.255- 8.817	.500
Bajo	6	54.5	5	45.5			
Medio	4	44.4	5	55.6			

Prueba exacta de Fisher de dos colas

Tabla 4 Pruebas de asociación:
Capacidades autocuidado durante el embarazo

Variable	Capacidades de AC				OR	IC 95%	p
	-Med		+Med				
	No.	%	No.	%			
Escolaridad					1.556	.244-9.913	.500
Básico	7	70	6	60			
Posterior al básico	3	30	4	40			
Edad					1.714	.219-13.406	.500
Mayor de 20 años	8	80	7	70			
Menor de 20 años	2	20	3	30			
Ocupación					1.714	.219-13.406	.500
Trabajo fuera del hogar	3	30%	2	20			
Ama de casa	7	70%	8	80			
Nivel socioeconómico					3.500	.549-22.304	.185
Bajo	7	70	4	40			
Medio	3	30	6	11			

Prueba exacta de Fisher de dos colas

4.2.3 Pruebas de comparación

Se analizó si existen diferencias en el nivel de conocimientos de autocuidado en el embarazo y de las capacidades de autocuidado en el embarazo, antes y después de la intervención educativa mediante la pedagogía holista, encontrándose que los puntajes obtenidos fueron mayores en el post test, respecto a los del pre test. Considerando 24 y 190 como puntajes máximos respectivamente Tabla 5.

Tabla 5 Puntajes obtenidos en las secciones que midieron nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado de la mujer embarazada
Pre y post test

Folio participante	NIVEL DE CONOCIMIENTOS Puntaje máximo 24		CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO Puntaje máximo 190	
	PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST
	1	16	16	129
2	13	13	112	120
3	9	13	135	141
4	9	10	118	143
5	12	12	135	145
6	11	14	132	139
7	10	11	149	155
8	17	19	151	151
9	15	16	141	142
10	12	12	127	147
11	16	17	148	157
12	9	15	120	141
13	11	11	123	144
14	14	19	129	148
15	7	9	105	141
16	14	17	152	155
17	15	15	135	147
18	6	5	128	142
19	10	11	142	142
20	6	5	124	141

Como se observa en la tabla 6, el puntaje mínimo, el máximo y la media fueron mayores en el post test, respecto a los puntajes obtenidos en el pre test. Esta comparación de medias de valores de acierto pre y post nos permite ver que hubo una mejora en ambas variables después de la intervención educativa. Para corroborar esta interpretación se empleó la prueba no paramétrica de Willcoxon, obteniendo un valor de $p=.000$, por lo que se considera que hubo diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado, antes y después de la intervención educativa (Tabla 7) Se observan mejores valores en las capacidades de autocuidado, que en conocimientos.

Tabla 6 Promedio obtenido en las secciones que midieron nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado de la mujer embarazada
Pre y post test

	NIVEL DE CONOCIMIENTOS		CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test
Mínimo	6	5	105	120
Máximo	17	19	152	157
Media	11.6	13	152	157

Tabla 7 Diferencias en el nivel de conocimientos de autocuidado en el embarazo y de las capacidades de autocuidado en el embarazo, antes y después de la intervención educativa mediante la pedagogía holista

	Nivel de conocimientos pre y post test	Capacidades de autocuidado pre y post test
Z	-2.834	-3.724
p	.005	.000

Prueba de los rangos con signo de Willcoxon

Así mismo, se consideró también el coeficiente de Kappa de Cohen por su mayor grado de exigencia; obteniendo diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado en el embarazo después de la intervención educativa ($p=.000$ y $p=.020$ respectivamente) Tabla 8.

Tabla 8 Nivel de conocimientos de autocuidado en el embarazo y de las capacidades de autocuidado en el embarazo

Variable	Kappa	p
Nivel de conocimientos	.245	.000
Capacidades de Autocuidado	.077	.020

Prueba: Kappa de Cohen

La clasificación del nivel de conocimientos y las capacidades de autocuidado durante embarazo, según el puntaje obtenido, se puede observar en las tablas 9 y 10.

En el pre test:

- Nivel de conocimientos: El grupo de estudio obtuvo una media de 11.6 ± 3.36 con un mínimo de 6 y un máximo de 17; siendo 24 el puntaje máximo posible. Así, el 50% (10) de las participantes, obtuvieron entre 7 y 12 aciertos, lo que significa un nivel “regular” de conocimientos, seguido de un 35% (7) que obtuvieron entre 13-18 puntos, correspondiendo a un nivel de conocimientos “bueno” y el 15% (3) obtuvieron una puntuación entre 0 y 6, es decir, que mostraron tener un nivel de conocimientos “malo”. Ninguna participante tuvo un nivel de conocimientos “muy bueno”.
- Capacidades de autocuidado: el grupo de estudio obtuvo una media de 152, con un mínimo de 105 y un máximo de 152; siendo 190 el puntaje máximo posible; el 65% (13) de las participantes obtuvieron un puntaje entre 141-190 que corresponde a un autocuidado “muy adecuado” y el 35% (7) obtuvieron un puntaje entre 91-140 que hace referencia a un autocuidado “adecuado”. Ninguna mujer tuvo un autocuidado “inadecuado” ni “muy deficiente”

Tabla 9
Nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado de la mujer embarazada
Pre test.

Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje	Capacidades de autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
0-06 malo	3	15	91-140 adecuado	7	35
7-12 regular	10	50	141-190 muy adecuado	13	65
13-18 bueno	7	35			

En el post test:

- Nivel de conocimientos: se obtuvo una media de 13 con un mínimo de 5 y un máximo de 19, siendo 24 el puntaje máximo. Así, el 45% (9) de las participantes, obtuvieron entre 13-18 aciertos, lo que significa un nivel “bueno” de conocimientos, seguido de un 35% (7) que obtuvieron entre 7-12 puntos, correspondiendo a un nivel de conocimientos “regular”, el 10% (2) obtuvieron una puntuación entre 0 y 6, es decir,

que mostraron tener un nivel de conocimientos “malo” y el 10% (2) restante obtuvieron un nivel de conocimientos “muy bueno” con una puntuación de 19-24.

- Capacidades de autocuidado: el 70% (14) de las participantes obtuvieron un puntaje entre 91-140 que corresponde a un autocuidado adecuado” y el 30% (6) obtuvieron un puntaje entre 141-190 que hace referencia a un autocuidado “muy adecuado”. Ninguna mujer tuvo un autocuidado “inadecuado” ni “muy deficiente”

Tabla 10
Nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado de la mujer embarazada
Post test.

Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje	Capacidades de autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
0-06 malo	2	10	91-140 adecuado	14	70
7-12 regular	7	35	141-190 muy adecuado	6	30
13-18 bueno	9	45			
19-24 muy bueno	2	10			

5 DISCUSIÓN

El autocuidado de la mujer embarazada involucra todas aquellas acciones que ella realiza en la cotidianidad con la finalidad de preservar o mejorar la salud y prevenir la enfermedad; además de asistir a las consultas de cuidado prenatal puede realizar una serie de acciones para mejorar su estilo de vida. Para que la embarazada lleve a cabo acciones de autocuidado como mejorar la alimentación o realizar actividad física, es importante que se perciba comprometida, motivada, informada y capaz de llevarlo a cabo.

Se realizó una intervención educativa basada en la pedagogía holista con el fin de favorecer el autocuidado en las mujeres embarazadas, es importante destacar que no existen reportes en la literatura acerca de intervenciones educativas en el ámbito de la salud que haga referencia al uso de una pedagogía específica para favorecer el autocuidado en mujeres embarazadas.

Antecedentes.

La investigación fue planeada inicialmente como un estudio comparativo entre un grupo control y uno de intervención; sin embargo, por las dificultades para reunir ambos grupos, se optó por realizar la intervención en uno solo. Se observó durante el desarrollo de la primera fase (planeación) que las mujeres buscaban obtener algo tangible de las sesiones, como una firma de asistencia o regalos; por lo que un taller que no lo ofrece resulta poco atractivo y/o útil.

Esta dificultad para congregarse a las mujeres en la unidad de salud refleja el problema que experimenta el sistema para captar a las mujeres embarazadas en etapas tempranas de embarazo y brindarles elementos educativos durante el mismo con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad; estrategia primordial en la atención de la mujer embarazada, tal como señala la NOM 007⁵¹, por lo que la estrategia que han optado las instituciones es la de “obligar” la asistencia mediante amenazas o regaños.

Acerca de los hallazgos.

Se observó una confusión de parte de las mujeres respecto a los meses y semanas de gestación, al respecto, la NOM 007⁵¹ recomienda que el profesional de la salud haga referencia a las semanas y no a los meses de embarazo, esta confusión puede generar en las embarazadas, la toma de decisiones inadecuadas.

Los datos sociodemográficos de la muestra coinciden con los reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición⁶⁸, al encontrar que el nivel de escolaridad predominante es la primaria y la mayoría de las mujeres son amas de casa, tienen un nivel básico de escolaridad y un nivel socioeconómico bajo.

Respecto a la edad, el 25% de la muestra fueron mujeres adolescentes (menores de 20 años) quienes mostraron poco interés en las primeras sesiones, además de referir múltiples dificultades para asistir; esto quizá tenga relación con lo que reporta Granados²⁰ acerca de la falta de interés sobre los temas a tratar o falta de conocimiento de las adolescentes sobre el cuidado prenatal debido a los factores psicosociales que las rodean. Cabe mencionar que en el transcurso de las sesiones fueron mostrándose más interesadas y participativas.

En este estudio no se encontró relación directa entre la edad y las prácticas de autocuidado, lo que contrasta con los hallazgos obtenidos en otras investigaciones^{20,69} en las que se encontró que las embarazadas adolescentes tienen mayor déficit de autocuidado.

En relación a los puntajes obtenidos en las pruebas que midieron niveles de conocimientos y capacidades de autocuidado durante el embarazo, se observó que en el pre test se obtuvieron en general resultados que hablan de buenas prácticas de autocuidado; sin embargo, se observan deficiencias importantes en ciertos temas como: alimentación, aspectos psicosociales del embarazo y prevención de riesgo, hallazgo que coincide con los identificado por Arévalo²⁴ quien afirma que el contexto social, económico y cultural influye de manera significativa en las prácticas de cuidado de las gestantes para consigo mismas y sus hijos por nacer.

Acerca de los requisitos universales de autocuidado

- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua y alimentos

La evidencia demuestra que la nutrición de la madre puede estar relacionada con diferentes complicaciones durante el embarazo, como la anemia a la que las gestantes son más propensas debido al agotamiento de los depósitos orgánicos de hierro por las demandas del feto; así como, alteración de la curva de peso del feto, ganancia insuficiente de peso, diabetes gestacional, enfermedades hipertensivas, parto pretérmino, alteraciones de la onda contráctil del miometrio, ruptura prematura de membranas, predisposición a infecciones y hemorragias, entre otros⁶⁹.

El grupo de estudio demostró tener importantes carencias en cuanto a la identificación de alimentos que aportan los principales elementos nutricionales, tales como el hierro, calcio, ácido fólico y proteínas; haciendo que estas mujeres sean más propensas a dichas complicaciones.

Coinciden los autores^{70, 71} en destacar que existe una tendencia a la mejoría de conocimientos nutricionales tras una intervención educativa, lo que posibilita la oportunidad de prevenir dichas afecciones, especialmente si las acciones de prevención se llevan a cabo desde el inicio de la gestación, incluyendo a las familias para que sean capaces de identificar los factores de riesgo y actuar sobre ellos, por ejemplo, la suplementación con multivitamínicos, la elaboración correcta de la dieta respecto a la disponibilidad y combinación de los alimentos, horarios y frecuencia.

- Equilibrio entre soledad y la comunicación social

El embarazo es una etapa en la que se producen cambios psicológicos en la mujer, que se manifiestan en cambios en su autoestima, preocupaciones y ansiedad respecto a su estado, aspectos que deben ser considerados por el facilitador a la hora de planificar y desarrollar las actividades individuales y grupales⁷².

En este grupo de estudio se identificó un déficit de autocuidado en comunicación, aspecto al que se dio especial énfasis en la intervención educativa ya que según afirma la evidencia^{26,35}, los aspectos psicosociales que rodean el embarazo, pueden tener una influencia negativa sobre la salud del mismo cuando éstos no son adecuadamente gestionados por la embarazada y su familia pueden manifestarse síntomas como la ansiedad o enfermedades como la depresión.

- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano

En la intervención se abordó el tema de signos y síntomas de alarma de manera recurrente durante todas las sesiones ya que se identificó en el pre-test que el 60% de las mujeres no identificaban de manera correcta estos signos y síntomas, por lo que en cada sesión se les solicitó describirlos con sus propias palabras; mejorando en los resultados del pre test al conseguir que el 60% los identificara de manera correcta. Este resultado es muy relevante ya que este conocimiento permitirá que la mujer se presente de manera oportuna en el servicio médico y de esta forma, prevenir complicaciones mayores o resolver oportunamente las presentes.

Al respecto, estudios realizados en varios países han señalado la asociación significativa del bajo peso al nacer con la presencia de sepsis urinaria durante el embarazo; a la hipertensión arterial como la causa más importante de morbilidad materno fetal y enfatizan la importancia del diagnóstico precoz de los síntomas de alerta, la orientación nutricional, la higiene del embarazo mediante la educación de la embarazada y su participación de forma activa en el resultado de la salud⁷³.

Acerca de la intervención educativa mediante la pedagogía holista

No existe referencia en la literatura sobre intervenciones educativas en salud basadas en la pedagogía holista, pero sí se menciona que las intervenciones que tienen una metodología bien fundamentada en la teoría, son más efectivas al igual que las mixtas; es decir que cuando se combinan programas de educación, realización de actividad física, consejos nutricionales y que además vinculan a la familia se obtienen mejores resultados [Menor]. En este estudio se buscó integrar estos aspectos, teniendo en cuenta las necesidades expresadas por el grupo.

Los resultados de este trabajo demuestran la eficacia de la intervención realizada con las embarazadas, al demostrarse el aumento en el nivel de conocimientos y las capacidades de autocuidado durante el embarazo.

6 APORTES DEL ESTUDIO A LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA

La enfermera desempeña una función sustancial en la atención primaria ya que centra sus actividades en el fomento a la salud y la prevención de enfermedades utilizando como principal herramienta la educación.

Para tal fin, es necesario que la enfermera cuente con una sólida base de conocimientos que le permitan, en primer lugar, identificar las necesidades de salud prioritarias de la comunidad para posteriormente implementar estrategias que le permitan darle solución.

Como hemos analizado en este trabajo, los altos índices de morbi-mortalidad materna en México, demandan que los programas de salud materno-infantil sean una prioridad y exigen que los profesionales de la salud, contemos con herramientas innovadoras que permita incidir de manera significativa en esta problemática.

Considerando que la educación para la salud es parte inherente de todas las acciones de salud, es necesario que la enfermera amplíe con mayor certidumbre su contribución en la salud materna, transformando el modelo de cuidado tradicionalmente enfocado a la enfermedad, al implementar estrategias que potencien las capacidades de autocuidado de la persona, en este caso, de la mujer embarazada.

La enfermería como campo de conocimiento, se encuentra en desarrollo constante, integrando los elementos conceptuales que le dan sustento, así como elementos teóricos de otras disciplinas que fortalecen al *ser* y *qué hacer* de la enfermera; tal es el caso de la pedagogía.

Desde esta perspectiva, la educación mediante la pedagogía holista busca generar un entorno educativo encaminado a la reflexión, que permita a las personas mantener o mejorar las prácticas de autocuidado de la salud durante el embarazo a la vez que el docente acompaña desde el reconocimiento de su potencial innato para aprender.

En este sentido, los aportes de esta investigación al conocimiento disciplinar, podemos plantearlos en cuatro dimensiones:

1. En el campo de la educación, abriendo espacios para realizar más estudios de intervención encaminados a la transformación de la realidad mediante el enfoque holista; en una población con un perfil tan particular, como son las embarazadas sanas.

2. Contribuye a fortalecer los enfoques de la educación para el autocuidado ya que, si bien es cierto, Orem es una epistemóloga cuya teoría se utiliza ampliamente, en general no ha sido tan utilizada en población sana, para quienes originalmente está dirigida, con fines preventivos.

En este sentido, el estudio sienta precedente para el diseño de un modelo de intervención de enfermería que integre la pedagogía holista en la educación de la mujer embarazada.

3. Abordar un grupo de embarazadas clínicamente sanas en las que se observaron cambios estadísticamente significativos en los conocimientos y en las capacidades de autocuidado y cuya trascendencia se verá reflejada en las nuevas prácticas de ella misma y su descendencia.
4. El cuarto y quizá más importante aporte de este trabajo es la implementación de la pedagogía holista como herramienta educativa en el área de la salud, haciendo una ruptura con el paradigma tradicional; ya que como se establece en los fundamentos teóricos, los pedagogos holistas prestan especial atención en el *para qué* se adquiere tal habilidad o competencia, el propósito es encontrar *sentido* al aprendizaje requerido y no tanto a los procedimientos para lograrlo; es por ello que este estilo pedagógico, en el que se identifican dos variables de peso: el conocimiento experiencial y la capacidad de logro; **se adapta a las necesidades** de cualquier persona, en este caso a las de una mujer embarazada que requiere especial atención en su autocuidado y que transita una etapa en la que los cambios que experimenta, las experiencias y los aprendizajes auténticos, trascienden para toda la vida.

Cabe acotar que justamente por tratarse de un enfoque holista en donde lo que cuenta es el sentido (para qué) del aprendizaje, en lo metodológico se hizo un abordaje de evaluación mixto, aportando un ejemplo de uso de metodología combinada; donde la variable conocimiento de autocuidado en el embarazo se evaluó de manera objetiva mediante un instrumento de opción múltiple y la de capacidades de autocuidado mediante una escala Likert que permitió cumplir con las exigencias de la pedagogía holista, es decir, estamos identificando perceptos más que conceptos.

7 CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que la intervención educativa mediante la pedagogía holista influyó significativamente en la mejora de los conocimientos y capacidades de autocuidado de la mujer embarazada; rechazando la hipótesis nula.

La intervención educativa permitió identificar deficiencias sustantivas en las prácticas de autocuidado del embarazo como son la alimentación y la prevención de riesgos, así como aspectos psicosociales.

Es entonces que la intervención adquiere especial relevancia, ya que la evidencia afirma que la nutrición es uno de los principales elementos del autocuidado de la salud durante el embarazo ya que sienta la base de la salud no solo de la madre, si no también la de su hijo por nacer.

En este sentido el compromiso, la motivación y la información aportadas en la intervención educativa jugaron un papel importante en la mejora del autocuidado de las embarazadas en su alimentación y en la actividad física.

Es importante señalar que, aunque la pedagogía holista es un innovadora al permitir al investigador realizar intervenciones educativas en el ámbito de la salud con el fin de generar cambios actitudinales; no pretende transformar el paradigma de los grupos investigados, si no el enfoque del propio investigador quien trasciende como profesional de la salud de la persona formada para un trabajo de experto, mediante acciones instrumentales y normativas, a un ser social en estrecha interacción con un ambiente en permanente cambio.

Este nuevo profesional de la salud, evita que sus intervenciones sean amenazantes o coercitivas si no por el contrario, estimula la autoeficacia y fomenta en las personas niveles más altos de autoestima puesto que el autocuidado es, en gran parte, un resultado del quererse.

En este sentido, nunca mejor justificado el enfoque holista que cuando estamos frente a una muestra en la que predomina el nivel educativo básico y la ocupación ama de casa mismos que constituyen dos de los determinantes sociales que más se relacionan con las inequidades en salud; ya que esta pedagogía reconoce el potencial innato de la persona para aprender y brinda especial importancia al conocimiento experiencial sobre aquel adquirido mediante abstracciones o representaciones que no se sitúan en la realidad de la persona.

Por otra parte, la intervención educativa permitió trabajar la prevención de riesgos a partir de la identificación de síntomas, lo cual es importante porque modifica el criterio de búsqueda de servicio médico oportuno.

Considerando que el autocuidado en salud es la base de la pirámide de la atención primaria, es importante que la implementación de estrategias para la promoción de la salud durante el embarazo, favorezcan el desarrollo de aptitudes personales para el autocuidado, creen ambientes favorables y se sustenten en una política pública sana con el fin de conseguir mejores resultados mediante la reducción o eliminación de factores de riesgo.

En este sentido, la prioridad que los gobiernos otorguen al progreso social, determina que la salud materna sea o no un problema social. Y aunque en México se prioriza el programa de atención materno-infantil, es claro que los esfuerzos deben dirigirse hacia todos los actores que intervienen en este fenómeno mediante programas educativos fundamentados en una teoría pedagógica.

Por último, cabe mencionar que algunas de las limitaciones que se encontraron en esta investigación, fueron el tiempo de seguimiento y la falta de evaluación a largo plazo después del período de intervención; así como la dificultad para conseguir una muestra más grande debido a los intereses de las mujeres que fueron invitadas a participar.

Sería deseable llevar a cabo un seguimiento que nos permita medir los efectos de la intervención en la resolución del embarazo y la salud del recién nacido de madres educadas bajo este enfoque.

La información obtenida en el presente estudio orienta hacia la necesidad de realizar estrategias educativas con muestras más grandes, captadas en diferentes instituciones de salud, que permitan diseñar un modelo de intervención de enfermería que integre la pedagogía holista en la educación de la mujer embarazada considerando períodos educativos más largos y con evaluaciones periódicas ya que de poco sirve evaluar la práctica educativa por los logros observables a corto plazo, dado que el resultado de este proceso es complejo, impredecible y solo detectable en su profundidad a largo plazo ya que en cada individuo éstos pueden estar significando realidades diferentes al no evidenciar los procesos más profundos que están formando los modos más permanentes de pensar, sentir y actuar.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. OPS-OMS; 2018 [28 de marzo del 2017/acceso: 20 de abril del 2018]. Salud materna, mortalidad materna y objetivos de desarrollo sostenible [múltiples pantallas]. <https://goo.gl/G1FFuu>
2. Freyermuth M, Luna M. Muertes maternas y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política en salud. Revista Internacional de estadística y geografía. 2014; 5(3):44-61
3. Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad Materna: 1999.2015. Sinopsis. OMS. [consultado mayo 2017] Disponible en: <https://goo.gl/yjDLHj>
4. Statista [sede web]. México; 2018 [29 de mayo del 2018/acceso: 20 de Abril del 2018]. Evolución del número de mujeres que murieron debido a complicaciones relacionadas con el embarazo entre 1990 y 2016 [1 pantalla] <https://goo.gl/ofboZU>
5. Observatorio de mortalidad materna en México [sede web]. México: OMM; 2018 [29 de mayo del 2018/acceso: 20 de Abril del 2018]. Boletines de mortalidad materna 2017 [1 pantalla]. <http://bit.ly/2kjQLg1>
6. Secretaría de Salud. Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México 2015. Centro Nacional de equidad de Género. [consultado 11 de mayo 2017] Disponible en: <https://goo.gl/kdagUs>
7. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. OPS-OMS; 2016/acceso: 20 de abril del 2018]. Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud [múltiples pantallas] <https://goo.gl/q1WZxy>
8. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. OPS-OMS; 2016/acceso: 20 de abril del 2018]. Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud [múltiples pantallas] <https://goo.gl/q1WZxy>
9. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá. 1986. 2015
10. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá. 1986. 2015

11. Secretaría de Gobernación. Programa sectorial de Salud 2013-2018. Diario Oficial de la Federación. 2013 [consultado el 15 de junio del 2015] Disponible en: <https://goo.gl/9tDA2R>
12. Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Diario Oficial de la Federación. 2013 [consultado el 15 de junio del 2015] Disponible en: <http://bit.ly/1fEznf3>
13. Secretaría de salud [cede web]. Programa de acción específico Salud materna y perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género 2013-2018. [1 pantalla] [citado en marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/Ah2B6m>
14. Secretaría de salud [cede web]. La promoción de la salud. Dirección General de Promoción de la Salud. 2014. [1 pantalla] [citado en marzo 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/yM7kq9>
15. De la Herrán A. Educación prenatal y pedagogía prenatal. Educación Infantil. 2015; 69 (1): 9-38
16. Hurtado M, Cuadrado S, Dela Herrán A. ¿Hacia una pedagogía prenatal? Una propuesta educativa. Revista Iberoamericana de educación. 2015; 67(1):151-168
17. Orem DE. Nursing: Concept of practice 5ed. St. Loui: Mosby; 1995
18. Pastor MA, Herrera L, Vázquez I, Zavala CA, Ramírez T. Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio. Rev. Fac. Cienc. Med. 2006.
19. Mavel B, Ruiz M, Grau R Álvarez L. Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. Rev Cubana Salud Pública. 2007; 33(2)
20. Granados L, González A. Prácticas de cuidado que hacen las gestantes adolescentes consigo misma y con el hijo por nacer. Med UNAB. 2011; 14(1): 9-14.
21. Jiménez A, Peralta E, Hinojosa L, García P, Castillo Y, Miranda C. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. Ciencia UANL 2012; 15 (57): 81-92.
22. Serrano E, Meneses T. Autocuidado en mujeres embarazadas en el Subcentro de Salud "Los Vergeles" Milagro Agosto. Informe de investigación para grado de Licenciatura. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro; 2009.
23. Gardner B, Croker H, Barr A, Briley A, Poston L, Wardle J. Psychological predictors of dietary intentions in pregnancy. Public health nutrition and epidemiology. 2012; 25(4).

24. Arévalo E. Gestación y prácticas de autocuidado. *Avances de enfermería*. 2007. XXV (2): 50-57
25. Martínez A. Actividad física, beneficios y barreras percibidas en mujeres embarazadas. Tesis de Maestría en Ciencias de Enfermería. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2004.
26. González M. Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo biopsicosociales de embarazo en las mujeres que acuden al centro de salud de Xoxocotla, del municipio Puente de Ixtla, en el estado de Morelos: una intervención educativa de enfermería. Tesis de Maestría en Enseñanza Superior. México: UNAM; 2012
27. Bogaerts A, Devlieger R, Nuyts E, Witters I, Gyselaers W and Vann de Bergh B. Effect of lifestyle intervention in obese pregnant women on gestational weight gain and mental health: a randomized controlled trial. *International Journal of Obesity*. 2013; 37: 814-821.
28. Busse P, Curioso W. Diseño de mensajes de texto (SMS) para motivar a madres gestantes a que acudan a su centro de salud en una zona urbano-marginal del Perú. Perú, Lima: Diálogo regional sobre Sociedad de la Información, 2011:1-38.
29. Baffour T, Chonody J. Do empowerment strategies facilitate knowledge and behavioral change? The impact of family health advocacy on health outcomes. *Social work. Public Health*, Taylor and Francis Ltd 2012. 27: 507-519
30. Kieffer E, Caldwell C, Welmerink D, Welch K, Sinco B, Guzman R. Effect of the Healthy MOMs Lifestyle Intervention on Reducing Depressive Symptoms Among Pregnant Latinas. *Am J Community Psychol* (2013) 51:76–89.
31. Althuisen E, Van der Wijden C, Van Mechelen W, Seidell J, Van Poppela M. The effect of a counselling intervention on weight changes during and after pregnancy: a randomised trial. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2013; 120:92–99.
32. Phelan S, Phipps M, Abrams B, et al. Does behavioral intervention in pregnancy reduce postpartum weight retention? Twelve-month outcomes of the Fit for Delivery randomized trial. *Am J Clin Nutr* 2014; 99:302–11.
33. Kieffer E, Welmerink D, Sinco B, Welch K, Rees Clayton E, Schumann C, Uhley V, Dietary Outcomes in a Spanish-Language Randomized Controlled Diabetes Prevention Trial With Pregnant Latinas. *American Journal of Public Health*, 2014, 104(3).

34. Vissintainer P, Uman J, Horgan K, Ibaldo A, Verma U, Tenaji N. Reduced risk of low weight births among indigent women receiving care from nurse-midwives. Public health policy and practice. 2000; 54:233-238.
35. Leonetti L, Martins M. Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal: Revisión de la literatura. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2007 Jul-Ag [citado Jun 01 2018]; 15(4): Disponible en: <https://goo.gl/X4qwSJ>
36. Ramakrishnan U, Granf F, Goldenberg T, Zongrone A, Martorella R. Effect of Women's Nutrition before and during Early Pregnancy on Maternal and Infant outcomes: A Systematic Review. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 2012, 26 (Suppl 1): 285-301.
37. Malek L, Umberger W, Zhou J, Makrides M. Understanding drivers of dietary behavior before and during pregnancy in industrialized countries [internet]. Nestle Nutrition Institute. 2013 80:177-140. [consultado 12 de febrero 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/msmKmk>
38. Currie S, Sinclair M, Murphy MH, Madden E, Dunwoody L, et al. Reducing the decline in physical activity during pregnancy: a systematic review of Behaviour Change Interventions 2013, 8 (6): 1-2
39. De la Herrán A. Educación prenatal y pedagogía prenatal. Educación Infantil. 2015; 69 (1): 9-38
40. Varney H, Kriebs J, Gegor C. Partería profesional de Varney. México D.F.: Mc Graw-Hill Editores S. A. de C. V.; 2006
41. Camacho GE, Vega MC. Autocuidado de la salud. Guadalajara: ITESO, 2014. Disponible en: <http://bit.ly/1TMv81p>
42. Caldwell K, Gray J, Wolever R. The Process of Patient Empowerment in Integrative Health Coaching: How Does it Happen?. Glob Adv Health Med. 2013 May; 2 (3): 48-57
43. Poder Legislativo Federal. Cámara de Diputados [sede web]. México: Cámara de Diputados LXIII Legislatura; 2015 [mayo 2017/ acceso: 20 mayo del 2017]. Mortalidad materna en México Marco Conceptual, Derecho Comparado, Políticas Públicas, Tratados Internacionales, Estadísticas y Opiniones Especializadas. [1 pantalla]. www.diputados.gob.mx/
44. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. OPS-OMS; 2017 [28 de marzo del 2017/acceso: 20 de abril del 2017]. Acceso

de las mujeres a la protección social en salud” en un mundo laboral en transformación [1 pantalla]. <https://goo.gl/bFJxqn>

45. Observatorio de mortalidad materna en México [sede web]. México: OMM; 2018 [29 de mayo del 2018/acceso: 20 de Abril del 2018]. Boletines de mortalidad materna 2017 [1 pantalla]. <http://bit.ly/2kjQLg1>
46. Naciones Unidas [sede web]. Mortalidad Materna. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe [2017/acceso: mayo 2017]
47. Marshall M, Thompson J. Partería y la maternidad sin riesgos en el mundo. En: Varney H, Kriebs J, Gegor C editores. Partería profesional de Varney. 4ª ed. México D.F.: McGraw-Hill Editores S. A. De C. V.; 2006. p. 63-90
48. Ramos L, Morillo R, Rodríguez J, Utrilla A, et. al. Matronas del servicio de Navarro de Salud. Temario. España: Ed MAD; 2005: 102-108
49. Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. Obstetricia y medicina Materno-Fetal. Madrid España: Editorial Médica Panamericana; 2010
50. Kessel M, Wardlaw G. Perspectives in Nutrition. New York: McGraw-Hill; 2002.
51. Secretaría de Gobernación. NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio, y de la persona recién nacido. Diario Oficial de la Federación. 2016 [consultado el 15 de junio del 2015] <http://bit.ly/1SCy9ht>
52. Ortiguin Melendez R, Velásquez Hernández, SM, Teoría general de déficit de autocuidado: guía básica ilustrada. México. El Manual Moderno; 2001.
53. Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Investigación y Educación en Enfermería. 1999; XVIII (2).
54. Valbuena R. Marilyn Ferguson: El paradigma holístico en educación. Omnia. 1995; 1(1): 1-9
55. Compton C. Programa de orientación educativa para estudiantes de secundaria miembros de una familia alcohólica: propuesta aplicación y evaluación. Estudio de caso [tesis doctoral] Universidad Nacional Autónoma de México. 2005.
56. Forbes S. Holistic Education. An Analysis of its Ideas and Nature. Brandon,VT: Foundation for Education Renewal.
57. Espino de Lara R. Educación holista. Revista Iberoamericana de Educación. [consultado 30 marzo 2017] Disponible en: <http://bit.ly/2r9fC95>

58. Touriñán JM. Intervención educativa, intervención pedagógica y Educación: La mirada pedagógica. Revista Portuguesa de Pedagogía. 2011; [extra serie]: 283-307
59. Fernández FS. Pautas metodológicas de intervención educativa especializada. España: Universidad de Oviedo; 1999.p 9.
60. Díaz M. El concepto de intervención educativa. En: Diplomado en Intervención educativa. México: Universidad Pedagógica Nacional; 2016.
61. Negrete T. Voces de fundadores. Lo académico en los orígenes de la Universidad Pedagógica Nacional. México. Ed Pomares.
62. Morín E. Educar en la era planetaria. Gedisa. Barcelona, España. 2003.
63. Jordán M, Pachon L. Blanco ME, Achiong M. Elementos a tener ne cuenta para realizar undiseño de intervención educativa: Universidad de Ciencias Médicas Matanzas. Matanzas revista Médica Electrónica. 2011; 33(4) [consulta mayo 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/2nsrAaq>
64. Thangaratnam S, Rogozinka E, Glinkowski S, Roseboom T, Tomlinson JW, Kunz R, Mol B, Coomarasamy U, Khan K. Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta.analysis of randomised evidence. BMJ. 2012; 344: E 2088
65. Spíndola T, Progianti J, García H. Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospitaluniversitário. Cienc. enferm. 2012; 18 (2): 2012.
66. Espino de Lara R. Educación holista. Revista Iberoamericana de Educación. [consultado 30 marzo 2017] Disponible en: <http://bit.ly/2r9fC95>
67. Pérez López C. Técnicos estadísticos SPSS. Madrid: Pearson Educación, Prentice Hall; 2001
68. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. 2016.Instituto Nacional de Salud Pública. [consultado 16 mayo 2017] Disponible en: <https://goo.gl/3UAVfA>
69. Puig Vega Ángel, Hernández Cabrera Jesús, Sierra Velázquez Mercedes, Crespo Hernández Teresa, Suárez Ojeda Roberto. Desnutrición materna y su relación con algunos resultados perinatales. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2003 Abr [citado mayo 2018]; 29(1): . Disponible en: <https://goo.gl/J36Ru2>
70. Rodríguez O, Fernández SA, Gazapo R, Fernández E, Rodríguez T, Sánchez R, et.al. Factores que inciden en la anemia ferropénica en la embarazada. Rev Cubana Farm

[Internet]. 2002 Dic [citado 20 Jun 2017]; 36 (3): 176-181. Disponible en: <https://goo.gl/ZmXuok>

71. Menor M, Aguilar M, Mur N, Santana C. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. Medisur [Internet]. 2017 Feb [citado Jun 2018]; 15(1): 71-84. Disponible en: <https://goo.gl/nTnR5t>
72. Beltrán B, Ruiz M, Grau R, Álvarez I. Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Jun [citado Jun 2018]; 33(2): . Disponible en: <https://goo.gl/wNqdoi>
73. Vázquez A. Embarazo en la adolescencia: factores biológicos, maternos y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(2):158-64.

ANEXO 1. Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y nivel de medición	Valor final
Sociodemográficas						
Edad	-	-	Tiempo de vida en años	Años cumplidos indicados por la mujer	Cuantitativa Intervalar	Edad en años
					Recodificación: dicotómica	> de 20 años < de 20 años
Estado civil	-	-	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto.	Condición civil que indique la mujer en relación a si tiene o no pareja	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión libre
					Recodificación: dicotómica	Con pareja Sin pareja
Escolaridad	-	-	Distinción dada por alguna institución educativa, después de la terminación exitosa de un programa de estudios.	Grado académico máximo completado en una institución educativa.	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Medio superior Superior Posgrado
					Recodificación: dicotómica	Básico (primaria y secundaria) y posterior al básico (medio superior, superior, posgrado)
Ocupación	-	-	Actividad o trabajo que se desempeña en la cotidianidad	Actividad o actividades desempeñada (s) por la mujer	Cualitativa Nominal	Ama de casa Empleada Profesionista Obrera, Otro

				embarazada en la cotidianidad	Recodificación: dicotómica	Trabaja fuera del hogar Ama de casa
Nivel socioeconómico	Económica	Representa el patrimonio de bienes materiales. En el índice AMAI ² es operacionalizada por la posesión de 12 bienes.	Estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social. Representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilos de vida	Puntaje obtenido en la escala AMAI según la mujer haya señalado el número o características de los indicadores económicos y sociales	Cuantitativa Intervalar	13 indicadores con un valor preestablecido, cuya suma total clasifica el nivel socioeconómico en: Hasta 51 puntos: E Entre 52 y 76 puntos: D Entre 77 y 133 D+ Entre 134 y 170 C 171 y 222 C+ Más de 223 A/B
	Social	Representa el acervo de conocimientos, contactos y redes sociales, que es operacionalizado por el nivel de estudios del jefe de familia			Recodificación: dicotómica	Nivel bajo (D y E) Nivel medio (C y D+)

² Índice de nivel socioeconómico de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI). Fuente: INEGI

Variable	Dimensiones	Indicadores	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y nivel de medición	Valor final
Variables de estudio						
Nivel de conocimientos de la mujer embarazada sobre autocuidado	<p>Mantenimiento aire, agua y alimentos suficiente.</p> <p>Provisión de cuidados para la eliminación.</p> <p>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.</p> <p>Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.</p> <p>Prevención de peligros.</p> <p>Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales.</p>	<p>Escala de calificación antes y después de la intervención educativa, que va del 0 al 24</p> <p>Incorrecto: 0 Correcto: 1</p>	<p>Conjunto de datos e información almacenada a través de la experiencia, el aprendizaje o la introspección, que de manera interrelacionada forman un juicio, aplicado al área del autocuidado.</p>	<p>Información respecto al autocuidado con la que cuentan las mujeres embarazadas antes y después de la intervención educativa.</p> <p>Identifica aspectos conceptuales de los cuidados durante el embarazo.</p>	<p>Cuantitativa Intervalar</p>	<p>19-24 puntos: muy bueno: 14-18 puntos: bueno: 7-12 puntos: regular: 0-6 puntos: malo</p>

Variable	Dimensiones	Indicadores	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y nivel de medición	Valor final
Variables de estudio						
Capacidades de autocuidado durante el embarazo	<p>Mantenimiento de aire, agua y alimentos suficiente.</p> <p>Provisión de cuidados para la eliminación.</p> <p>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.</p> <p>Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.</p> <p>Prevención de peligros.</p> <p>Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales.</p>	<p>Escala de respuesta tipo Lickert con 5 opciones</p> <p>1 nunca</p> <p>2 casi nunca</p> <p>3 a veces</p> <p>4 casi siempre</p> <p>5 siempre</p>	<p>Conjunto de habilidades adquiridas que le permiten a la persona comprometerse con el autocuidado y que se traducen en conductas efectivas y positivas que le ayudan a conservar su salud o afrontar la enfermedad. Están influenciados por la motivación, el empoderamiento, las creencias, los hábitos y prácticas que caracterizan las formas de vida y cultura del individuo.</p>	<p>La mujer embarazada señala que posee un conjunto de habilidades que le permiten ejercer el autocuidado mediante conductas efectivas y positivas que le permiten conservar su salud y la de su hijo por nacer.</p>	Cualitativa	<p>0-40 autocuidado muy deficiente</p> <p>41-90 autocuidado inadecuado</p> <p>91-140 autocuidado adecuado</p> <p>141-190 autocuidado muy adecuado</p>

ANEXO 2

“INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER EL AUTOCUIDADO DURANTE EL EMBARAZO MEDIANTE LA PEDAGOGÍA HOLISTA”

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

OBJETIVO: Probar la eficacia de una intervención educativa para favorecer el autocuidado mediante la pedagogía holista, en un grupo de mujeres embarazadas del Municipio de Ecatepec de Morelos en el Estado de México.

INTRODUCCIÓN: El siguiente cuestionario, corresponde a un proyecto de investigación en el que se llevará a cabo una intervención educativa mediante la pedagogía holista para favorecer la salud el autocuidado de la mujer durante el embarazo. Este cuestionario será aplicado antes y después de la intervención, manteniendo el anonimato de las participantes. Para que esta investigación obtenga resultados confiables, se le suplica contestar de la manera más sincera.

I. Datos sociodemográficos

Por favor, conteste los datos que se le solicitan

Nombre:

Teléfono:

Edad: _____

Estado civil: casada ____ unión libre ____ soltera ____

Escolaridad: primaria ____ secundaria ____ medio superior ____ superior ____ posgrado ____
ninguna ____

Ocupación: empleada ____ ama de casa ____ obrera ____ profesionalista ____ otro ____

Nivel socioeconómico (marque con una x la casilla que corresponda)

Bienes	Cantidad				
	0-5	6-10	11-15	16-20	21+
Focos	0	1	2	3	4
TV a color	0	1	2	3	4
Escolaridad del jefe de familia	ninguna	Primaria/ secundaria	Técnico/ preparatoria	licenciatura	posgrado
Automóvil	0	1	2	3	4
Tipo de piso	Tierra/cemento	otro	-	-	-
DVD	0	1	2	3	4
Microondas	0	1	2	3	4
Baños	0	1	2	3	4
Computadora	0	1	2	3	4
Regadera	0	1	2	3	4
Estufa	0	1	2	3	4
Servicio domestico	0	1	2	3	4
Cuartos	0	1-2	3-4	5-6	7+

II. Embarazo actual

Embarazo planeado: si _____ no _____

Embarazo deseado: si _____ no _____

Número de embarazos: _____

Fecha de última menstruación: _____

Semanas de embarazo (SDG): _____

Número de consultas prenatales: _____

III. Nivel de conocimientos de la mujer embarazada sobre autocuidado

Favor de subrayar la respuesta que considere correcta

1. La falta de aire al realizar pequeños esfuerzos es normal durante el embarazo
 - a. Sí, porque el bebé consume el oxígeno de la madre
 - b. Sí, porque el peso del bebé comprime los pulmones
 - c. No, porque ello indicaría un problema en el hígado
 - d. No, porque ello indicaría un problema cardiorespiratorio
2. Cuánto cree que aumenta de peso una mujer durante el embarazo
 - a. 9-12 kg
 - b. 5-15 kg
 - c. 2-6 kg
 - d. 3-7 kg
3. Qué cantidad de líquidos debe ingerir una mujer embarazada en un día
 - a. 6-7 litros
 - b. 2-3 litros
 - c. 4-5 litros
 - d. 1-2 litros
4. De los siguientes alimentos cuáles cree usted que nos aportan calcio
 - a. Leche, mariscos y fruta
 - b. Leche, queso y verduras
 - c. Leche, queso y arroz
 - d. Leche, azúcar y carne
5. Son alimentos que nos proporcionan hierro
 - a. Frijol, jamón y papa
 - b. Frijol, queso y plátano
 - c. Frijol, lenteja y coliflor
 - d. Frijol, verduras y huevo
6. Son alimentos que nos aportan proteínas
 - a. Carnes, cereales y frutas
 - b. Carnes, leche y huevo
 - c. Carnes, oleaginosas y embutidos
 - d. Carnes, aceites y frutas
7. Son alimentos que nos proveen ácido fólico
 - a. Hígado, huevo y arroz
 - b. Carne, pescado, mariscos
 - c. Leche, papas, pescado
 - d. Coco, almendras, salvado

8. Son alimentos que contienen omega 3
 - a. Salmón, yema de huevo, nueces
 - b. Res, zanahorias, mariscos
 - c. Atún, frutas y verduras
 - d. Nueces, almendras, tortillas
9. Son alimentos que proporcionan omega 6
 - a. Galletas, tortilla, cereales
 - b. Aceite de oliva, fruta seca, nueces
 - c. Frutas, verduras y margarina
 - d. Dulces, aceite de coco, mariscos
10. ¿Con qué frecuencia debe evacuar una mujer embarazada?
 - a. 1 vez cada tercer día
 - b. 1 o más veces diarias
 - c. 3 veces a la semana
 - d. Después de cada comida
11. ¿Cuáles son las consecuencias de no orinar tan pronto como se tiene el deseo de hacerlo?
 - a. Retención de orina
 - b. Infecciones
 - c. Agrandamiento de la vejiga
 - d. Vejiga “caída”
12. ¿Cuáles son las señales de una posible infección de vías urinarias?
 - a. Dolor en la cintura y piernas, fiebre y escalofríos
 - b. Dolor al orinar, dolor en la cintura, orinar con frecuencia y en muy poca cantidad
 - c. Escalofríos, malestar general, dolor de cintura, dolor de cabeza
 - d. Orina amarilla, escalofríos, mareos, debilidad general
13. ¿Cuáles son las complicaciones que puede generar una infección de vías urinarias?
 - a. Aumento de las necesidades de consumo de líquidos
 - b. Ruptura de la bolsa amniótica
 - c. Amenaza de aborto o de parto pre término
 - d. b y c son correctas
14. ¿Por qué es importante el sueño y descanso durante el embarazo?
 - a. Disminuye la ansiedad, lo que mejora el flujo sanguíneo hacia el bebé proporcionándole el oxígeno y nutrientes necesarios
 - b. Porque tiene funciones de restauración y protección y sirve para reajustar o conservar las funciones y sistemas de nuestro cuerpo
 - c. Ninguna de las anteriores
 - d. a y b son correctas
15. ¿Qué tipo de ejercicio debe realizar una mujer embarazada?
 - a. Aeróbico de alto impacto
 - b. Anaeróbico de bajo impacto
 - c. Aeróbico de bajo impacto
 - d. Anaeróbico de alto impacto

16. Beneficios del ejercicio durante el embarazo
- Ayuda a que el bebé no se pegue en el útero y tengamos un trabajo de parto más rápido
 - Nos da energía y mejora la circulación, mantiene el peso adecuado y nos prepara para el trabajo de parto
 - El ejercicio no este recomendado durante el embarazo porque puede desencadenar un trabajo de parto prematuro
 - Favorece la producción de líquido amniótico y fortalece los músculos y corazón del bebé.
17. Cuáles considera que son obstáculos para comunicarnos adecuadamente con las demás personas
- Cansancio, no saber escuchar, miedo
 - Falta de respeto, falta de tiempo, preocupaciones
 - Ninguna de las anteriores
 - a y b son correctas
18. Una persona asertiva:
- Sabe ocultar sus sentimientos para no hacer daño u ofender a los otros
 - Tiene siempre la razón ya que es muy inteligente
 - Es honesta sobre las cosas que piensa y siente
 - Sabe cómo convencer a otros sobre lo que es mejor para ellos
19. Comunicarse con el bebé durante el embarazo
- Es inadecuado ya que se pone muy nervioso y se mueve demasiado
 - No tiene sentido ya que los bebés no escuchan mientras están dentro del útero
 - Benefician su desarrollo emocional y su personalidad
 - Es bueno ya que le ayuda a acostumbrarse al ruido y a la voz de mamá y papá
20. Son señales de alarma durante el embarazo:
- Dolor de cabeza, dolor de espalda y piernas, sangrado abundante
 - Contracciones antes del término del embarazo, dolor de cabeza, sangrado
 - Disminución de los movimientos del bebé, náuseas, sangrado escaso
 - zumbido de oídos, ver lucécitas, antecedentes familiares de diabetes
21. ¿Porque es importante mantener una buena higiene dental durante el embarazo?
- Porque en el embarazo hay más propensión a caries que pueden desencadenar un trabajo de parto pre termino
 - Porque en el embarazo hay más propensión a caries que pueden dañar incluso los futuros dientes del bebé
 - Porque las bacterias que ocasionan las caries pueden ocasionar enfermedades cardíacas
 - a y c son correctas
22. Durante el embarazo es recomendable vacunarse:
- En el segundo y tercer trimestre
 - Es el primer y segundo trimestre
 - En el primer y tercer trimestre
 - En el embarazo no se debe aplicar ninguna vacuna
23. Las vacunas indicadas durante el embarazo son
- Rubeola, antineumococica, influenza
 - Tétanos, influenza y hepatitis B
 - Sarampión y rubeola, hepatitis B e Influenza

d. Las mujeres embarazadas no deben vacunarse

24. Realizar actividades recreativas durante el embarazo como ir al cine o al parque:

- a. No se recomienda ya que generalmente hay muchas personas y ruido
- b. Nos ayuda a sacar lo mejor de nosotras mismas, y generar bienestar
- c. No son accesibles para todas las personas ya que suelen ser muy costosas
- d. Se deben evitar porque se puede generar estrés en el bebé por exceso de estímulos

IV. Capacidades de autocuidado

Favor de marcar con una x en la columna que mejor refleje lo que en realidad hace.

Indicador		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
25	Mi consumo de líquidos es de 2 y medio a tres litros al día					
26	En mi alimentación diaria, incluyo sopa de pasta					
27	En mi alimentación diaria incluyo verduras de hoja verde obscuro					
28	En mi alimentación diaria incluyo alimentos que contengan omega 3 y 6					
29	Incluyo carne, pescado o huevo en alguno de mis alimentos diarios					
30	Consumo frutas por lo menos tres veces al día					
31	Consumo leguminosas una o dos veces por semana (arroz, lentejas, frijoles)					
32	Cuando tengo deseos de orinar aguanto lo más que puedo antes de ir al baño					
33	Durante el embarazo orino con mucha frecuencia y en poca cantidad					
34	Duermo de noche de 6 a o 8 horas diarias					
35	Procuro dormir o descansar por lo menos una hora durante el día					
36	Camino diariamente al menos 20-30 minutos					
37	Generalmente duermo suficiente para sentirme descansada					
38	Tomo tiempo para hacer ejercicio durante el día					
39	Busco apoyo de familiares, amigos o conocidos cuando así lo requiero					
40	Evito tener contacto social por temor a hacer o decir algo inadecuado					
41	Tengo dificultad para expresar mi desacuerdo o enojo					
42	Expreso mis opiniones con facilidad					
43	Soy capaz de decir no, cuando me piden cosas poco razonables					
44	Me esfuerzo en evitar herir los sentimientos de otras personas aún cuando me hayan molestado					
45	He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonta					

46	Realizo actividades recreativas por lo menos una vez a la semana					
47	Me gusta compartir experiencia con otras mujeres embarazadas					
48	Consulto con mi proveedor de salud cuando presento alguna señal de alarma					
49	Tomo las medidas necesarias para mantener higiénico mi medio ambiente					
50	Lavo mis dientes después de cada comida					
51	Me baño y cambio mi ropa interior diariamente					
52	He cambiado algunos de mis viejos hábitos para mejorar mi salud					
53	Asisto a todas mis consultas de cuidado prenatal					
54	Realizo limpieza de los genitales de atrás hacia adelante					
55	Utilizo ropa que me perite libertad de movimiento					
56	Cumplo con las recomendaciones dadas por mi proveedor de salud					
57	Evito consumir alcohol, tabaco u otras drogas durante el embarazo					
58	Conforme cambia mi vida, hago cambios para mantenerme sana					
59	Siento que el embarazo ha generado dificultades en el desarrollo de mi sexualidad					
60	Evalúo si las medidas que he tomado para cuidarme durante el embarazo permiten garantizar mi bienestar y el de mi hijo					
61	Hablo con mi bebé y lo acaricio a través del abdomen					
62	Busco información y orientación sobre el cuidado de mi embarazo					

¡Muchas gracias!

ANEXO 3

“INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER EL AUTOCUIDADO DURANTE EL EMBARAZO MEDIANTE LA PEDAGOGÍA HOLISTA”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: _____

Por este medio, doy mi autorización para participar en la investigación titulada: **“Intervención educativa para favorecer el autocuidado durante el embarazo mediante la pedagogía holista”**, cuyo objetivo es: Demostrar que existen diferencias en el nivel de conocimientos y capacidades de autocuidado así como en la salud durante el embarazo, entre el grupo de intervención y el grupo control, que se atribuyen a la intervención educativa mediante el acompañamiento, en un grupo de mujeres embarazadas del Municipio de Ecatepec de Morelos en el Estado de México.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que soy libre de negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que eso afecte la asistencia médica que recibo en el centro de salud; en caso de aceptar, mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas en dos momentos, antes y después de una intervención educativa. Y en asistir a 8 sesiones grupales de educación para salud durante el embarazo.

Me han explicado que no existen riesgos ni molestias asociados a mi participación; así mismo, el beneficio que recibo al participar, es la contribución al estudio; mismo que ayudará a brindar un mejor cuidado de enfermería a las mujeres embarazadas, con énfasis en la prevención y con ello coadyuvar a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna.

Me han dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de éste estudio y que los datos que proporcione serán manejados con privacidad y confidencialidad; de igual forma, los resultados de ésta investigación, me serán informados de manera verbal en caso de ser solicitados.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme con la Lic. Laura Rocha Mercado al teléfono 04455 2922 0706 y/o al correo electrónico: laura_rome04@hotmail.com

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

ANEXO 4

“INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER EL AUTOCUIDADO DURANTE EL EMBARAZO MEDIANTE LA PEDAGOGÍA HOLISTA”

Propuesta de intervención educativa mediante la pedagogía holista

Planes de sesión

Sesión 1		
Tema	Introducción y encuadre	Fecha
Objetivo	Que los participantes tengan claro qué se va a hacer, cómo se va a hacer y con base a ello, se construya un compromiso que norme las actividades que se realicen durante el curso y la investigación.	Clase 1 de 6
Objetivos específicos		Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer a los miembros del grupo • Que las participantes conozcan los objetivos y la metodología del curso • Establecer los compromisos individuales y colectivos • Identificar las expectativas e inquietudes respecto al curso • Aplicación del pre test 		<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos del curso • Metodología • Expectativas e inquietudes • Pre test
Secuencia didáctica		Recursos
<p>1. Bienvenida</p> <p>2. Presentación de los integrantes del grupo mediante la técnica de “presentación por parejas” [...]</p> <p>Objetivo: permitir a los miembros del grupo conocerse desde diferentes perspectivas.</p> <p>Desarrollo: se reparten tarjetas con fragmentos de refranes populares (cada refrán se escribe en dos tarjetas), cada uno debe buscar a la persona que tiene la otra parte del refrán. Durante unos minutos, las parejas intercambian la siguiente información:</p> <p>a) Nombre</p> <p>b) Ocupación</p> <p>c) Número de embarazo y semanas de gestación</p> <p>d) Motivo por el que decidieron participar en la investigación.</p> <p>Posteriormente, en plenaria cada quien presenta a su pareja. Se dispone de un máximo de tres minutos por pareja.</p> <p>3. Se explicará la metodología a seguir en el curso y se darán a conocer los objetivos del mismo, dando espacio para</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Marcadores • Post it • Lápices/plumas • Proyector • Computadora • Papel bond

preguntas e inquietudes.	
4. En plenaria se establecen las reglas y compromisos del grupo.	
Espacio de acompañamiento	Relajación guiada Comunicación con el bebé Ejercicio de escucha

Sesión 2		
Tema	Acompañamiento	Fecha
Objetivo	Brindar un espacio para el autoconocimiento, la escucha y el acompañamiento mediante técnicas de logoterapia que nos permitan implementar estrategias de comunicación efectiva hacia los otros y hacia mí misma, destacando la expresión de los sentimientos y necesidades.	Clase 2 de 6
Objetivos específicos		Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar herramientas para la comunicación asertiva • Reconocer la importancia de una buena comunicación con quienes nos rodean • Identificar los sentimientos y las formas de expresarlos 		<ul style="list-style-type: none"> • El amor hacia mi • Mi relación con los otros • Comunicación asertiva • Logoterapia
Secuencia didáctica/Actividades de aprendizaje		Recursos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción sobre la Logoterapia 2. Espacio para compartir sus sentimientos en relación a su etapa de embarazo. 3. Actividad para describirse como ser humano en las cuatro dimensiones: Biológica, psicológica, social y espiritual. 4. Asumo que por medio de la comunicación asertiva logro expresar lo que siento, pienso y necesito. 5. Encuentro sentido de vida en la etapa de embarazo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Proyector • Papel bond • Marcadores • Post it
Evaluación	Práctica de escucha activa	
Espacio de acompañamiento	Relajación guiada Comunicación con el bebé Ejercicio de escucha	

Sesión 3		
Tema	Convertirse en madre	Fecha
Objetivo	<p>Reflexionar mediante el trabajo individual y colectivo sobre la maternidad y los procesos que lleva a ella.</p> <p>Ofrecer la oportunidad de establecer una conexión con su maternidad desde una perspectiva amorosa y no desde una exigencia social.</p>	Clase 3 de 6
Objetivos específicos		Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> • Descubrir que nos convertimos en madres mediante un proceso de aprendizaje, conocimiento y transformación. • Identificar mis propias expectativas respecto a la maternidad y descubrir mis fortalezas y limitaciones. 		<ul style="list-style-type: none"> • Saberme madre • Lo que la gente dice • Expectativas y realidades de la maternidad • La maternidad y el encuentro con la propia sombra
Actividades de enseñanza aprendizaje/secuencia didáctica		Recursos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida 2. Compartir las experiencias de cómo supimos que seríamos madres 3. Lo que la gente dice: se solicitan dos participantes y se les coloca un mandil a cada una. El resto del grupo escribirá en post it lo que la gente le dice a una mujer cuando sabe que está embarazada y pasara a pegarlo sobre el mandil de las embarazadas. Se reflexionará sobre los comentarios positivos y negativos, así como de las expectativas que la sociedad impone sobre la maternidad. 4. Collage sobre mi embarazo y mi maternidad. Con recortes de revistas se hará un collage sobre cómo me visualizo en mi embarazo y luego como mamá. En plenaria comentaremos. 5. Circulo de lectura Se entregará a los participantes un fragmento de un libro de la autora Laura Gutman³ “La maternidad y el encuentro con la propia sombra” se procederá a leerlo y conjunto, posteriormente se les solicita que elijan un fragmento que les haya sido significativo y que lo compartan de forma voluntaria. El grupo hace comentarios enriqueciendo cada participación. 6. Cierre y conclusiones 		<ul style="list-style-type: none"> • Proyector • Papel bond • Marcadores • Revistas • Pegamento • Mandil • Post it • Copias del libro

³ Psicopedagoga Argentina, especialista en familia, crianza y psicología femenina.

Evaluación	Recordatorio: Se entregará a cada participante un imán con la leyenda: “lo que no debo olvidar sobre la maternidad”. En donde ellas podrán escribir lo que deseen y pegarlo en un lugar visible en su casa. Lo que aprendimos hoy. Participación voluntaria.
Espacio de acompañamiento	
Espacio de acompañamiento	Relajación guiada Comunicación con el bebé Ejercicio de escucha

Sesión 4		
Tema	Cuidado de la salud en el embarazo	Fecha
Objetivo	<p>Crear un plan de cuidados individualizado en base a las necesidades de autocuidado identificadas</p> <p>Establecer metas específicas y propuestas de acción en función de los requisitos de autocuidado identificados.</p>	Clase 4 de 6
Objetivos específicos		Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los cambios físicos que experimenta la mujer durante el embarazo. • Reconocer los cambios emocionales. • Conocer los cuidados de la salud durante el embarazo • Identificar las señales de alarma 		<ul style="list-style-type: none"> • Los cambios en mi cuerpo • Los cambios en mis emociones y sentimientos • Cuidado de la salud en el embarazo: nutrición, higiene, descanso, actividad física, vacunas, comunicación asertiva • Señales de alarma durante el embarazo
Actividades de enseñanza aprendizaje/secuencia didáctica		Recursos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida 2. Con técnica expositiva, se hablará de los cambios físicos que el cuerpo experimenta en el embarazo. 3. Se proyectará un fragmento de la película “qué esperar cuando se está esperando” posteriormente, se comentará sobre la misma y se preguntará a las mujeres sobre los cambios emocionales que ellas han experimentado durante el embarazo. 4. Se organizará en pequeños grupos, a cada uno se le entregará una tarjeta que contenga una señal de alarma con su descripción (posible causa) se irán rotando los integrantes de equipo mediante la técnica de las rejillas una vez que todas hayan recibido el total de la información, se repartirá las tarjetas al azar y cada persona explicará la señal de alarma que corresponda. 5. Cuidados en el embarazo: exposición 6. Identificar de manera individual las necesidades de autocuidado durante e embarazo y establecer metas 		<ul style="list-style-type: none"> • Proyector • Papel bond • Marcadores • Revistas • Esquemas • Video

específicas y propuestas de acción.	
Evaluación	Esquema: cambios en el embarazo Mi plan de cuidados
Espacio de acompañamiento	
Espacio de acompañamiento	Relajación guiada Comunicación con el bebé Ejercicio de escucha

Sesión 5		
Tema	Nutrición	Fecha
Objetivo	<p>Comprender la importancia de la nutrición para favorecer la salud en todas las etapas de nuestra vida.</p> <p>Crear en base a las recomendaciones de calidad, cantidad y variedad, menús saludables en base a los gustos individuales y disposición de los alimentos.</p>	Clase 5 de 6
Objetivos específicos	Contenidos	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las implicaciones de una buena alimentación e hidratación en nuestro estado de salud. • Identificar los grupos de alimentos, así como los elementos esenciales en el embarazo y en donde encontrarlos. • Reconocer los tipos de grasas, su usos y beneficios. • Identificar las porciones de acuerdo a las características individuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de una nutrición adecuada (mamá y bebé) • Grupos de alimentos • Elementos esenciales durante el embarazo y en dónde encontrarlos • Acerca de las grasas • Hablando de porciones • La hidratación 	
Actividades de enseñanza aprendizaje/secuencia didáctica		Recursos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida 2. Exposición: indicadores de una nutrición adecuada durante el embarazo 3. Se dispondrá de imágenes de alimentos sobre una mesa, de manera colectiva se deberán agrupar en tres categorías: alimentos para crecer, alimentos para correr y alimentos para resplandecer. 4. En cada grupo de alimentos se identificarán aquellos alimentos que contienen los elementos esenciales durante el embarazo: hierro, ácido fólico, zinc, etc. 5. Se proyectará un video sobre los tipos de grasa y cómo actúan en el organismo. Se explicará la importancia de los omegas 3 y 6 y cómo se deben emplear para obtener beneficios y evitar el daño a la salud. 6. Calcular en base a las características individuales los tamaños de la porción que se deben consumir de cada 		<ul style="list-style-type: none"> • Proyector • Papel bond • Marcadores • Revistas • Dibujos de alimentos • Video

grupo de alimentos. 7. Explicar la importancia de la hidratación sobre todo en el embarazo	
Evaluación	Crear el menú de una semana en base a las recomendaciones dadas; en plenaria compartir de forma voluntaria el menú de un día y explicar de qué manera incluyeron todos los grupos de elementos y qué elementos esenciales están presentes.
Espacio de acompañamiento	
Espacio de acompañamiento	Relajación guiada Comunicación con el bebé Ejercicio de escucha

Sesión 6		
Tema	Cierre	Fecha
Objetivo	Evaluación cualitativa del curso.	Clase 6 de 6
Objetivos específicos		Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> • Analizar el logro de los objetivos • Identificar el cumplimiento de las expectativas • Aplicación del post test 		Evaluación
Actividades de enseñanza aprendizaje/secuencia didáctica		Recursos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida 2. Se llevará a cabo la evaluación del curso mediante preguntas abiertas sobre el logro de los objetivos y expectativas. 3. Aplicación del post test 4. Cierre 		<ul style="list-style-type: none"> • Proyector • Papel bond • Marcadores
Evaluación	La experiencia del curso y acompañamiento	
Espacio de acompañamiento		
Espacio de acompañamiento	Relajación guiada Comunicación con el bebé Ejercicio de escucha	

ANEXO 5

“INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA FAVORECER EL AUTOCUIDADO DURANTE EL EMBARAZO MEDIANTE LA PEDAGOGÍA HOLISTA”

Instrumento para jueceo de expertos

Respetable Maestro _____ anexo a este documento copia del instrumento de recolección de datos que busca medir el nivel de conocimientos sobre autocuidado y las capacidades de autocuidado de la mujer embarazada.

Le solicito de la manera más atenta, utilizar la siguiente escala Likert para valorar cada uno de los ítems, agradeciendo de antemano sus amables observaciones.

Ítem	Muy importante	Importante	Poco importante	Nada importante	Observaciones
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Gracias por su valioso apoyo