

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



**LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA Y EL AUTOCUIDADO PERCIBIDO
EN EL EMBARAZO**

POR:

ERIKA ALICIA VALDEZ RAZO

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN EDUCACIÓN, ARTES Y HUMANIDADES**

CHIHUAHUA, CHIH. MÉXICO.

26 AGOSTO 2022



La teoría de la Acción Planeada y el Autocuidado percibido en el embarazo. Tesis presentada por Erika Alicia Valdez Razo como requisito parcial para obtener el grado de Doctora en Educación, Artes y Humanidades ha sido aprobado y aceptado por:

Dr. Armando Villanueva Ledezma
Director de la Facultad de Filosofía y Letras

Dr. Jorge Alan Flores Flores
Secretario de Investigación y Posgrado

Dr. Erslem Armendáriz Núñez
Coordinador Académico

Dra. Aixchel Cordero Hidalgo
Presidenta

Fecha: 26 de agosto de 2022

Comité de grado

Director de Tesis: Dr. Pedro Barrera Valdivia

Codirector: Dr. Arturo Olivarez

Presidenta: Dra. Aixchel Cordero Hidalgo

Vocal 3: Dra. Paola Margarita Chaparro Medina

Secretario: Dr. Efraín Alfredo Barragán Perea

© Derechos Reservados

Erika Alicia Valdez Razo, Rúa de las
Humanidades s/n Circuito
Universitario Campus I

Fecha 26 de agosto de 2022

Prólogo

Durante mi trabajo en el Hospital General de la Ciudad de Chihuahua, Chih., surgió la oportunidad de cursar un diplomado sobre el “Cuidado al recién nacido en estado crítico”, cuya duración era de un año. A este diplomado acudían destacados docentes de la Ciudad de México, específicamente de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), quienes viajaban a Chihuahua para impartirnos las clases.

Aquel periodo de mi vida fue trascendente, ya que marcó de manera significativa mi situación académica, laboral y personal. Concluidos los estudios, me reasignaron de área hospitalaria a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, ya que anteriormente me encontraba en la Unidad para Pacientes Quemados. En mi estancia como enfermera operativa identifiqué diversas necesidades en los neonatos, más allá de las rutinas establecidas por la institución. Surgió entonces la necesidad de seguir capacitándome, por lo cual ingresé al programa de “Pos-técnico en Enfermería Pediátrica”, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH).

Es importante señalar que cursé dicho programa después de la Licenciatura en Enfermería, tal como ofrece la UACH hasta ahora. En ese periodo aprendí el cuidado y atención de neonatos y niños que padecían alguna enfermedad.

Posteriormente ingresé a la Maestría en Enfermería, y el tema de investigación siguió siendo el mismo: los cuidados al recién nacido. Durante la investigación de tesis encontré literatura sobre las necesidades de los neonatos, así como sobre las necesidades de los padres de familia. Fue entonces que volví la mirada hacia ellos, quienes, al igual que su hijo, el recién nacido, tenían necesidades apremiantes que requerían ser atendidas.

Comprendí que detrás de un neonato hospitalizado hay un trasfondo social, cultural y familiar; el niño es resultado de los antecedentes de sus padres; por lo cual, para poder ayudar al recién nacido, tenía que influir, atender y cuidar a los padres y sus recién nacidos.

De esta manera, al ingresar al Doctorado en Educación, Artes y Humanidades de la UACH, me planteé el objetivo de continuar con la indagación y exploración de las necesidades de los padres en el proceso de gestación, parto y puerperio.

Desde ese contexto, la intención de este trabajo es contribuir a favor de este segmento de la población que permita indagar las necesidades de educación para la salud de mujeres en gestación en el autocuidado.

ÍNDICE GENERAL

PRÓLOGO	3
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	10
Antecedentes	10
Objetivo general	32
Objetivos específicos	33
Preguntas de investigación	35
 CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LITERATURA	 37
Marco conceptual	40
Embarazo	40
Atención prenatal	41
Consulta prenatal	41
Recién nacido	41
Parto	42
Parto dificultoso	42
Cesárea	42
Puerperio	43
Muerte materna	43
Muerte neonatal	44
Profesión de enfermería	44
Cuidado	45
Autocuidado	45
Necesidades en el embarazo	47
Necesidades en el puerperio (cuarenta días posteriores al parto)	48
Fomento de hábitos saludables	48
Educación materna	49
Beneficios de la educación materna	49
Relación enfermera-mujer embarazada	51

Comportamientos deseados durante la gestación	51
Marco teórico	57
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	70
Técnicas de observación	70
Descripción	70
Cantidad	71
Criterios de inclusión	72
Criterios de exclusión	72
Criterios de separación	73
Características sociodemográficas	73
Tipo de participación en el programa	74
Variables independientes	74
Actitud	74
Norma subjetiva	75
Percepción de control	75
Variable dependiente	76
Autocuidado	76
Diseño del instrumento	76
Técnicas estadísticas	79
Confiabilidad	82
Procedimiento	107
Descripción del procedimiento para efectuar la observación	108
Prueba piloto	108
Muestreo	109
Información expuesta en el recabo de datos	110
Logística del recabo de datos	111

CAPÍTULO IV. RESULTADOS	112
Resultados	112
Actitud	132
Norma subjetiva	133
Percepción de control	133
Comportamiento	134
Análisis particular	139
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	152
Validez	152
Conclusiones	185
Recomendaciones a la institución de salud	186
Recomendaciones de investigación	186
Limitaciones del estudio	187
REFERENCIAS	188
ANEXOS	227

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tomar ácido fólico	86
Tabla 2. Dar lactancia materna durante seis meses	88
Tabla 3. Alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz	90
Tabla 4. Identificar problemas al orinar	92
Tabla 5. Acudir al centro de salud cuando hay sangrado	94
Tabla 6. Evitar fumar	96
Tabla 7. Evitar consumir alcohol	98
Tabla 8. Identificar problemas en la secreción vaginal	100
Tabla 9. Identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos	102
Tabla 10. Identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara	104
Tabla 11. Identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo	106
Tabla 12. Elección de comportamientos	109
Tabla 13. Tabla de datos estadísticos de la información sociodemográfica	112
Tabla 14. Distribución de participantes de acuerdo con el mes de embarazo	113
Tabla 15. Distribución de participantes de acuerdo con las características del embarazo	115
Tabla 16. Distribución de participantes de acuerdo a su edad	117
Tabla 17. Distribución de participantes de acuerdo a la cantidad de hijos	119
Tabla 18. Distribución de participantes de acuerdo al nivel escolar	121
Tabla 19. Distribución de participantes de acuerdo a su estado civil	123
Tabla 20. Distribución de participantes de acuerdo al tipo de hospital en el que se atendían	125
Tabla 21. Distribución de participantes de acuerdo a su ocupación	125
Tabla 22. Distribución de participantes de acuerdo al ingreso económico mensual	127
Tabla 23. Distribución de participantes de acuerdo a la planeación del embarazo	129
Tabla 24. Comportamientos de acuerdo a sus características	132

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de la Teoría de la Acción Planeada (adaptada)	82
Figura 2. Distribución de participantes considerando el mes de embarazo	114
Figura 3. Distribución de participantes considerando el tipo de embarazo	116
Figura 4. Distribución de participantes de acuerdo a su edad	118
Figura 5. Distribución de participantes de acuerdo a su número de hijos	120
Figura 6. Distribución de participantes de acuerdo a su nivel escolar	122
Figura 7. Distribución de participantes de acuerdo a su estado civil	124
Figura 8. Distribución de participantes de acuerdo a su ocupación	126
Figura 9. Distribución de participantes de acuerdo al ingreso económico mensual.....	128
Figura 10. Distribución de participantes de acuerdo a la planeación del embarazo.....	130
Figura 11. Elementos de la TAP	131
Figura 12. Modelo de ecuaciones estructurales	134
Figura 13. Actitud de las mujeres en gestación en relación a los comportamientos	136
Figura 14. Norma subjetiva de las participantes en relación a los comportamientos.....	137
Figura 15. Percepción de control percibido de las participantes en relación a los comportamientos	138
Figura 16. Grupos de comportamientos en relación a la actitud	139
Figura 17. Grupos de comportamientos en relación a la norma subjetiva	142
Figura 18. Grupos de comportamientos en relación a la percepción de control	144
Figura 19. Comportamientos en relación a su ejecución	147
Figura 20. Relación de covariables actitud y percepción de control	149
Figura 21. Relación de covariables actitud y norma subjetiva	150
Figura 22. Relación de covariables norma subjetiva y percepción de control	151

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presentarán algunos antecedentes de la mortalidad neonatal y la mortalidad materna, cuyas causas se relacionan con la carencia de educación materna y autocuidado, para posteriormente presentar el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos de investigación en torno al autocuidado en el embarazo.

Antecedentes

El personal de enfermería, en su quehacer profesional, tiene cuatro roles principales: el de cuidador, administrador, investigador y educador. El rol de cuidador es el que se ejerce directamente con el paciente en los departamentos hospitalarios; son todas aquellas actividades dirigidas a ayudar al paciente en su recuperación y rehabilitación. El rol de administrador que desempeñan regularmente los enfermeros, jefes de servicio o supervisores hospitalarios, consiste en distribuir los recursos humanos y materiales para llevar a cabo los cuidados específicos, así como también la organización interna de actividades y funciones de departamentos y turnos.

El rol de investigador es realizado sólo por algunos profesionales, ya que se requiere formación especializada, así como recursos económicos, materiales y humanos, los cuales son solventados por el propio investigador, ya que muchas instituciones de salud se enfocan en el cuidado del paciente y, en menor medida, en la labor investigativa. Por último, se encuentra el rol de educador, el cual se pretende que se ejerza dentro y fuera de la institución de salud.

Este último rol no solamente se refiere a la enseñanza que los enfermeros expertos brindan a los estudiantes de enfermería; también es posible dirigirla hacia los pacientes y sus

familiares para fomentar el autocuidado, ya que con ello se pueden reducir complicaciones y reingresos de personas enfermas (Camarelles, et al., 2013). Lo anterior, porque los pacientes reciben una capacitación básica para el autocuidado, la cual es otorgada por un profesional de la salud con un lenguaje comprensible y sencillo. A este respecto, es importante dejar de lado los tecnicismos y concentrarse en las necesidades individuales que cada paciente manifiesta (Souza, et al., 2015).

En relación a los procesos de embarazo y parto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019a) señaló que cada año fallecieron 2,8 millones de mujeres en gestación y de bebés, significa 1 cada 11 segundos, la mayoría por complicaciones que se pudieron evitar. De acuerdo con la OMS (2019b), las causas de estos decesos pudieron haberse prevenido mediante atención especializada y de calidad, tanto para las mujeres como para los recién nacidos. Así mismo refirió que la razón de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo, en el 2015, fue de 239 por 100 mil nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados fue de 12 por 100 mil. El mayor riesgo de mortalidad materna correspondió a las adolescentes menores de 15 años. La probabilidad de que una mujer de 15 años muriera por causa materna fue de 1 en 4,900 en los países desarrollados, y de 1 en 180 en los países en vías de desarrollo.

Adicionalmente, Mora, et al. (2019) señalaron que muchas pacientes adolescentes no habían recibido una educación adecuada por parte del personal de salud, ya que no consideraban las infecciones de vías urinarias como antecedentes de parto prematuro y como consecuencia del bajo peso en el bebé.

La mayoría de las causas de mortalidad materna que se manifiestan durante la gestación y el parto son prevenibles o tratables, mientras que otras pueden estar presentes desde antes

del embarazo, pero se complican con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la atención a la mujer. Las principales complicaciones causantes del 75% de las muertes maternas son las hemorragias graves (en su mayoría, posteriores al parto); las infecciones (generalmente post-parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto y abortos no atendidos en el sector salud. Las demás causas están asociadas a enfermedades como el paludismo o a la infección por VIH en el embarazo (OMS, 2019b).

Así mismo, la OMS (2019a) señaló que el primer mes de vida del bebé es el tiempo de mayor riesgo de fallecimiento, en especial para bebés que nacieron prematuros o con bajo peso al nacer, o si hubo complicaciones durante el parto, o si el bebé nació con enfermedades congénitas o si contrae alguna infección, la tercera parte de esas muertes se produjeron durante el primer día y el 75 % durante la primera semana. Las causas de muertes en los bebés recién nacidos son causadas por enfermedades infecciosas como la neumonía, la diarrea y el paludismo. En la mayoría de los casos, la mortinatalidad y la mortalidad neonatal se podrían haber evitado con una atención de salud de calidad durante el embarazo y el parto.

La OMS (2019c) refirió que, en el 2017, 2,5 millones de bebés fallecieron en el primer mes de vida; es decir, 7000 recién nacidos cada día, 1 millón en el primer día de vida y 1 millón en los 6 días siguientes. Los fallecimientos en los primeros 28 días de vida se debieron a trastornos y enfermedades asociados a la falta de atención de calidad durante el parto, o de atención por parte de personal especializado y cuidados posteriores al parto y al nacimiento. De los partos que ocurrieron antes de tiempo, las complicaciones en los recién nacidos fueron enfermedades respiratorias por inmadurez, infecciones y malformaciones congénitas. Las mujeres que recibieron atención especializada por profesionales de la salud y personas

capacitadas (matronas), sus bebés tuvieron 16% menos de probabilidades de fallecimiento, y 24% menos de probabilidad de tener partos antes de tiempo.

La Secretaría de Salud en México (2019) señaló que la razón de mortalidad materna calculada fue de 31 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, las principales causas de defunción fueron: hemorragia relacionada con el embarazo (20.4%), alta presión, inflamación de pies y manos, proteinuria en el embarazo, el parto y los cuarenta días posteriores al parto (20.6%) y aborto (9.0%). Las entidades federativas que presentaron una mayor razón de mortalidad materna a nivel nacional fueron: Oaxaca, Veracruz, Jalisco, Ciudad de México, Tabasco, Michoacán y Chihuahua. Las defunciones para razón de mortalidad materna en Chihuahua fueron 27 en el año 2015, en el año 2019 aumentaron a 30 mujeres en gestación.

La Secretaría de Salud en Chihuahua, México (2019) reportó 22,735 mujeres con enfermedades relacionadas al embarazo y parto, las principales fueron: aborto, falso trabajo de parto, aborto y desproporciones en el trabajo de parto. Igualmente documentó que las mujeres con enfermedades relacionadas con el embarazo y parto, en la unidad de salud donde se realizó el estudio fueron 2,984. Las principales enfermedades fueron aborto, anormalidades, trabajo de parto, anormalidades maternas, preeclampsia y parto complicado por sufrimiento fetal.

Así mismo, la Secretaría de Salud en Chihuahua, México, (2019) reportó que las enfermedades que más se presentaron en los recién nacidos fueron: dificultad respiratoria, sepsis, ictericia, prematurez y asfixia. Igualmente documentó que en la unidad de salud donde se realizó el estudio las principales enfermedades que manifestaron los recién nacidos fueron: sepsis, ictericia, dificultad respiratoria, asfixia y alteraciones metabólicas.

En relación a la enfermedad materna, Vega, et al. (2015) refirieron que cuando una mujer en gestación se enferma, se vuelve vulnerable ante la posibilidad de morir tanto ella como su bebé, y se altera su vida cotidiana en cuestiones físicas y emocionales; por lo cual, le resulta complicado equilibrar sus roles y actividades como el cuidado de otros hijos, familia y trabajo.

Por su parte, Silva, et al. (2016) documentaron que las mujeres en gestación con enfermedades manifestaron temor, preocupaciones con respecto al bebé y desilusión por un embarazo no esperado diferente al vivido. En este mismo sentido, Ortiz (2020) reportó que las mujeres en gestación con enfermedad presentaron depresión, ansiedad y estrés ante la amenaza de parto antes de tiempo.

Rodríguez, et al. (2019) afirmaron que la muerte materna se define así cuando es causada por condiciones relacionadas al embarazo, y que esto daña a toda la familia al producir un impacto en la organización familiar; específicamente sufren más los niños que quedan sin madre, pues les causa un aumento de enfermedades, pérdida escolar y asimilación de nuevos roles. Del mismo modo, Lozano, et al. (2016) consideraron la muerte materna como un suceso infortunado e inesperado para toda la familia, y que los niños que quedan sin madre enfrentan más posibilidades de enfermarse y morir; deserción escolar y problemas emocionales a lo largo de su vida. Para Azevedo, et al. (2006), la mortalidad materna tuvo como consecuencia que la madre no pudiera dar lactancia materna al recién nacido, y con ello se perdiera el vínculo afectivo, así como también se vio trastocada la unidad familiar.

Debido a carencias en la atención y cuidado de la mujer en gestación, pueden ocurrir nacimientos antes de tiempo. La OMS (2015a) estableció que los bebés prematuros son aquellos que nacen antes de la semana 37 de gestación. Durante el parto prematuro se

presentan contracciones uterinas que ocurren después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas de gestación (Quirós, et al., 2016). Así mismo, la OMS (2017a) indicó que el bajo peso al nacer es cuando un bebé pesa menos de 2.500 kg, y es una de las principales causas de muerte en recién nacidos.

Algunos factores de riesgo son hipertensión (alta presión), preeclampsia (inflamación de manos, cara y pies y alta presión), eclampsia (alta presión y crisis convulsivas), alimentación deficiente de la madre y embarazo en la adolescencia. Quirós, et al. (2016) agregaron otros factores de riesgo como: hemorragia anteparto, infección del tracto urinario e hipertensión arterial (alta presión, la cual se puede manifestar por dolor de cabeza y zumbido de oídos). En tanto que, en el estudio de Zerna, et al. (2018), los partos prematuros se presentaron en mujeres menores de 19 años, y algunos factores de riesgo fueron un control prenatal incompleto (específicamente menos de cinco consultas) o ninguna consulta prenatal; por lo cual, los autores relacionaron las infecciones de vías urinarias y la vaginitis bacteriana (infección en la vagina) con los bajos niveles de instrucción.

Cornejo, et al. (2014) encontraron que algunas enfermedades en la madre como cervicovaginitis (infección en la vagina) y anemia fueron las causas principales del parto antes de tiempo, por lo cual adquiere mayor relevancia la enseñanza de la madre durante la gestación por parte del personal de salud. Vigil y Olmedo (2017) afirmaron que la diabetes durante el embarazo es una de las complicaciones más significativas por causar enfermedades durante la gestación y en el bebé.

Además, Ulloa, et al. (2016) señalaron que la frecuencia de bebés con bajo peso al nacer fue de 10% en el periodo de su estudio, y los factores de riesgo que se presentaron fueron tabaquismo, infección vaginal e infección de vías urinarias. Además, Ulloa, et al. (2016)

señalaron que la frecuencia de bebés con bajo peso al nacer fue de 10% en el periodo de su estudio, y los factores de riesgo que se presentaron fueron tabaquismo, infección vaginal e infección de vías urinarias.

Por su parte, Stecher, et al. (2015) encontraron que los niños prematuros presentan más altos índices de enfermedades y, por lo tanto, mayores requerimientos de hospitalización, en comparación con los bebés que nacieron en tiempo completo. A este respecto, la OMS (2013a) mencionó que los bebés prematuros tienen dificultad para su adaptación a la vida extrauterina (fuera de la matriz de la mamá) como mantener una temperatura adecuada; requerir la asistencia de sondas para su alimentación; presentar dificultades o cese de la respiración; alta probabilidad de adquisición de enfermedades, y hemorragias cerebrales que pueden ocasionar desde retraso en el aprendizaje hasta parálisis cerebral.

Zerna, et al. (2018) agregaron que algunas complicaciones se deben a que los órganos del recién nacido están inmaduros para vivir fuera de la matriz, y entre las principales enfermedades respiratorias se encuentran el síndrome de distrés respiratorio, broncoaspiración y neumonía.

Nascimento, et al. (2018) documentaron que las mujeres con atención prenatal inadecuada tenían una mayor prevalencia de nacimientos antes y después de tiempo, similar a lo encontrado por Allpas, et al. (2014), ya que la prevalencia del bajo peso fue relacionada con el inadecuado control prenatal. Los autores mencionaron que el bajo peso es un indicador de salud fetal, neonatal y de las condiciones de la gestación. Heredia y Munares (2016) hallaron como uno de los factores de bajo peso el haber tenido de uno a tres controles prenatales, cuando en México se le solicita a la mujer embarazada que acuda a la consulta prenatal una vez al mes.

Por su parte Matos, et al. (2014) analizaron que las dificultades a las que se enfrentaron los padres de familia al tener un bebé en cuidados intensivos fueron la dificultad para separarse de su hijo; desgaste físico y psicológico; problemas económicos y miedo de cuidar al bebé cuando lo dieran de alta. Para Astudillo, et al. (2019), los padres de niños hospitalizados sufren de la misma manera y esto no dependió de sus características sociodemográficas.

Minuesa (2019) destacó que el tener un hijo nacido antes de tiempo no solo daña al bebé, sino a los padres y familiares porque no habían planeado tener un hijo rodeado de aparatos y gente extraña en sus primeros días de vida; por el contrario, sus expectativas eran llevarlo a casa. Por lo tanto, el proceso de atención y cuidado del bebé prematuro representa un impacto emocional para los padres, quienes enfrentan temor y preocupación.

Ahora bien, después de permanecer por largo tiempo en las unidades de cuidados intensivos neonatales, los niños pueden presentar secuelas de los tratamientos administrados; una de ellas se refiere al uso del oxígeno. Cappellessio, et al. (2018) reportaron que los bebés que utilizaron mayor cantidad de oxígeno desarrollaron una enfermedad en los ojos llamada retinopatía. Martínez, Martínez y Ramírez (2015) señalaron que la retinopatía del bebé prematuro es la principal causa de ceguera prevenible en recién nacidos. A este respecto, Curbelo, et al. (2015) agregaron que uno de los factores asociados al uso de oxígeno es la menor edad del bebé, y en consecuencia, más días con oxígeno, lo cual genera enfermedades respiratorias por inmadurez.

Así mismo, cuando los bebés nacen antes de tiempo pueden enfrentar otras dificultades. Nascimento (2016) afirmó que los recién nacidos prematuros pueden manifestar problemas neurológicos, así como desigualdades en el desarrollo y crecimiento en comparación con

niños sanos. En tanto que Valenciano (2017) refirió en su estudio que los niños que nacieron prematuros presentaron la necesidad de la consulta de fisiatría.

Otra de las complicaciones que pueden presentar los recién nacidos prematuros son problemas auditivos. Jansson, et al. (2011) encontraron deficiencia en la capacidad auditiva y con ello dificultades en el lenguaje, incluso hasta la edad escolar. Pallás (2012) señaló que, entre más pequeño era el bebé, más susceptible era a las complicaciones y secuelas como parálisis cerebral, retraso del desarrollo, déficit auditivo, visual y problemas académicos.

Por su parte, Forigua y Méndez (2019) señalaron que gran parte de estos niños viven con una discapacidad; en particular, aquellas relacionadas con el aprendizaje, ya que manifiestan alteraciones en su desarrollo neurológico, que pueden incluir problemas motores, cognitivos y conductuales. Finalmente, el Programa de Seguimiento de Prematuros del Hospital Materno Infantil (2016) consideró que para lograr una debida atención y cuidado se requiere de equipos multidisciplinarios constituidos por personal de enfermería, médicos especialistas como neonatólogo, pediatra, neurólogo y oftalmólogo, y licenciados en fonoaudiología, kinesiología, psicopedagogía, psicología y trabajo social.

Por otro lado, cuando la mujer en gestación no lleva de manera adecuada su cuidado prenatal puede ocurrir un aborto espontáneo. Bautista, et al. (2017) reportaron que las mujeres que habían tenido un aborto por enfermedad manifestaron miedo, preocupación, incertidumbre, culpabilidad, sentimientos frente al tratamiento y el posible legrado (cirugía para retirar a feto y placenta), además del deseo de volverse a embarazar.

González y Solano (2015) documentaron que los sentimientos que expresaron las mujeres después de un aborto espontáneo fueron síntomas depresivos como tristeza, cansancio, llanto con facilidad, insomnio y anorexia. En este mismo sentido, Rebolo (2017)

mencionó que ante la pérdida de un bebé cada mujer expresa de manera específica sus sentimientos al respecto, pero en general manifiestan una pérdida de identidad como mujer embarazada, culpabilidad, fracaso, soledad, abandono e incertidumbre. Mendoza et al. (2016) señalaron que algunas estrategias para reducir los partos prematuros son la prevención de embarazos en la adolescencia; prevención de embarazos no deseados y atención prenatal de calidad.

Hasta aquí se ha tratado la información sugerida a la población en general; sin embargo, existen grupos vulnerables que requieren atención especial como el de las madres adolescentes. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), consideró la etapa de la adolescencia entre los 10 y 19 años de edad, en la cual ocurren cambios de tipo fisiológico y psicológico de manera rápida (Gómez, et al., 2015). Las adolescentes embarazadas se consideran un grupo susceptible a enfermedades durante el embarazo y nacimientos antes de tiempo, además de que representan la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años a nivel mundial (OMS, 2020).

El INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2019) refirió que 9 % de las mujeres adolescentes de 15 a 17 años, estuvieron embarazadas al menos una vez. Por su parte, la UNICEF (2019) afirmó que 77 de cada mil adolescentes son madres; en 48% de los casos, el embarazo no fue planeado, por lo que se convierte en un evento difícil de aceptar (Quintero y Rojas, 2015; Loredó, et al., 2017).

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública a nivel mundial, en el cual se ve afectada no solamente la salud física de la mujer adolescente, sino psicológica, y desafortunadamente se presume que irá en aumento (Carpio y Vargas, 2014; Castro, Perilla y Rocha, 2017; Favier, et al., 2018; Gómez, et al., 2015; Loredó, et al., 2017).

Por ello, la OMS (2016) recomendó la enseñanza materna grupal basada en las necesidades específicas de la mujer embarazada, en donde ellas mismas puedan externar sus comentarios, además de hacerlo en la consulta prenatal para que reciban una retroalimentación y no solo indicaciones por parte del personal de salud.

El ser humano puede vivir en situaciones de vulnerabilidad como lo es el embarazo. Si bien es cierto que se trata de una condición humana fisiológica, la mujer embarazada enfrenta sentimientos encontrados en una dualidad de felicidad y temor. Muchas de estas emociones son consecuencia de la carga hormonal, y en otras, se debe a la situación económica, social y familiar. Es entonces cuando el profesional de enfermería debe brindar un “cuidado humanizado”, en el que se vea a la persona como un ser en su totalidad, no como órganos, aparatos o sistemas, sino como una persona que requiere ser cuidada en sus tres elementos, espíritu, alma y cuerpo (Martínez, et al., 2014).

Por lo antes mencionado, la mujer embarazada enfrenta diversos retos físicos y emocionales durante el proceso del embarazo, parto y puerperio; por lo tanto, se recomienda cuidarla desde una perspectiva holística, física, emocional y espiritual, con el propósito de promover el autocuidado para la detección oportuna de signos y síntomas que puedan poner en riesgo su vida y la de su hijo (Vega, et al., 2015). Así mismo, las personas poseen un almacenamiento de vivencias para entender los fenómenos que se están presentando, y a partir de ahí construir nuevas experiencias de vida (Vega, et al., 2015).

Martínez, et al. (2014) destacaron la importancia de la capacidad emocional de la mujer embarazada para los aspectos psicológicos y no solamente físicos de la gestación, otorgándole a los cuidados un enfoque holístico. Sin embargo, los actuales servicios de salud no brindan el

suficiente cuidado a las mujeres embarazadas, por lo que se sugirieron una reorientación de dichos cuidados de manera individual y grupal (López y López, 2013).

Los programas de autocuidado se enfocan en que la persona adquiera información sobre su propia situación de salud, y de esta forma se deja de lado el modelo paternalista en el que solamente el personal de salud es quien tiene el conocimiento del estado fisiológico en el que se encuentra la mujer embarazada (Nuño, et al., 2013).

La educación materna ayuda a la disminución de la ansiedad en el embarazo y parto, tanto de las mujeres embarazadas como de sus parejas; además, promueve hábitos saludables, aminora la ansiedad, miedo y dolor al proporcionar conocimientos y habilidades para el autocuidado. Del mismo modo, con la educación materna se promueve la lactancia materna, y esto a su vez trae como resultado el nacimiento de neonatos (recién nacidos) sanos (Aragón, et al., 2016; Mata, et al., 2015; Martínez y Delgado, 2014; Oneto, et al., 2016; Rivas, et al., 2015).

La educación materna contribuye a que la mujer embarazada adquiera hábitos saludables que le ayuden en los procesos de embarazo, parto y puerperio, así como también beneficien a su hijo, en particular en relación a la lactancia materna (Calle, et al., 2016; Martínez, et al., 2017).

Además, con la educación para el autocuidado se pueden disminuir complicaciones en el embarazo, y de esta manera se disminuye la morbilidad y mortalidad (enfermedad y muerte) materno neonatal; esta enseñanza se puede impartir sin invertir grandes cantidades de recursos económicos (León, et al., 2013; Amorim, et al., 2017; Fernández, et al., 2014).

La educación materna orienta a la mujer en gestación a la adopción del nuevo rol y fortalece la unión entre ella y su hijo (Hernández y Vásquez, 2015; Espinoza, et al., 2015;

Sánchez, et al., 2016). Así mismo, por medio de la educación materna se fomenta el conocimiento, prevención y autonomía de la mujer embarazada (Tierra, et al., 2015; Arjona, 2013), por lo que los programas de autocuidado se emplean con el propósito de cambiar del modo paternalista a un esquema en el que las personas estén enteradas de sus condiciones de salud para actuar por sí mismas en la medida de lo posible (Nuño, et al., 2013; Meleis, 2012).

También es importante que, a la mujer embarazada, al momento de ser educada, se le vea en su totalidad, es decir, que se otorgue un cuidado integral. La diferencia respecto a otros modelos de salud es que se enfocan en el proceso de enfermedad, en comparación con los modelos de enfermería que buscan un acercamiento integral, y dan la misma importancia tanto a los componentes físicos como a los emocionales; es decir, que se ve al ser humano más que como un conjunto de elementos, de órganos o sistemas, como un ser humano con sus propias necesidades (Cutcliffe, et al., 2012; Sánchez, 2017).

De acuerdo con Querol (2016), “las gestantes demandan para sus sesiones de control de embarazo mayor cantidad y calidad de información, más tiempo dedicado y apoyo emocional” (p. 55). Por ello, es preciso que el educador en salud otorgue a la persona que está instruyendo, conocimientos e información para ayudarla a mantener su salud (Islas, et al., 2015).

Para Heredia y Munares (2016), en dichas consultas prenatales se le provee a la mujer embarazada un medio propicio para la enseñanza de conductas saludables durante la gestación. En este sentido, Ledea, et al. (2018) realizaron una intervención de salud, en la cual la participación del equipo de salud fue la enseñanza de hábitos saludables a mujeres embarazadas con factores de riesgo. Los resultados fueron nacimientos de bebés a término y peso adecuado.

La OMS (2019b) refirió que es deseable dar solución a las desigualdades en el tipo de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal, así como también en el acceso a ellos, analizando las causas de muerte materna, enfermedad materna reproductiva y posibles complicaciones de la misma. En este sentido, la OMS (2016) aseguró que, al estar en interacción con la mujer embarazada, se establece comunicación con ella y también un vínculo para la aclaración de dudas y comentarios, así como una retroalimentación sobre la educación que está recibiendo por parte del personal de salud.

La OMS (2019b) refirió que es deseable dar solución a las desigualdades en el tipo de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal, así como también en el acceso a ellos, analizando las causas de muerte materna, enfermedad materna reproductiva y posibles complicaciones de la misma.

Por ello, la OMS (2017b) estableció que la atención de la salud de la mujer embarazada debe ser accesible, adecuada y óptima, a fin de prevenir y atender el bajo peso del bebé al nacer; por lo cual, las medidas que recomienda son la promoción del abandono del tabaquismo durante el embarazo, la alimentación apropiada y la ingesta de ácido fólico en el periodo previo y posterior a la concepción para reducir el riesgo de malformaciones congénitas (enfermedades del bebé desarrolladas en el embarazo).

Dado que la profesión de enfermería es el arte de cuidar, y su propósito es apoyar a las personas cuando no pueden darse a sí mismas los cuidados necesarios, siempre que sea posible la enfermera debe promover la autonomía del paciente y la educación en salud tanto para el paciente como para su familia (Prado, 2014; Waldow, 2008).

Es deseable que el profesional de enfermería se empodere de su quehacer en la consulta prenatal, ofreciendo un cuidado holístico desde la perspectiva teórica y práctica, y no

asumiendo un rol pasivo. Como lo aseguraron Hernández y Vásquez (2015): “El profesional en enfermería como miembro del equipo de salud, necesita desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas de mejora continua con una actitud positiva” (párr.1).

A su vez, Sánchez, et al. (2016) refirieron que la educación materna es un proceso dinámico, por lo cual debemos conocer las necesidades de las mujeres y sus familias. Del mismo modo, es relevante enfocarse en el autocuidado durante la enseñanza a la mujer embarazada. Nuño, et al. (2013) indicaron que “los programas de apoyo al autocuidado se presentan como una de las vías para llevar a cabo el cambio de modelo paternalista a otro en el cual reciban más información sobre su salud” (p. 333).

A pesar de existir la Guía de Práctica Clínica de Enfermería del Sistema Nacional de Salud de México (2017), el cual aborda comportamientos que se aconsejan durante el embarazo, en la revisión de bibliografía se encontraron numerosos estudios sobre la lactancia materna; sin embargo, fue difícil encontrar estudios en México que englobaran los comportamientos más relevantes y necesarios durante la gestación. Ejemplo de ello, son las siguientes investigaciones consultadas: Arizmendi, et al. (2019) realizaron el estudio denominado “Comportamiento de prácticas y conocimientos de lactancia materna en mujeres, estado de Morelos, México”; Osorio, et al. (2018) investigaron sobre el “Conocimiento y factores de finalización de la lactancia materna en mujeres de una comunidad en Veracruz, México”; Mota, et al. (2019) analizaron las “Experiencias y creencias de madres sobre la lactancia materna exclusiva en una región de México”. En la búsqueda de información también se encontró el artículo de Centeno, et al. (2018) titulado “Modelo de autocuidado de enfermería perinatal”, el cual aborda de manera general la educación a la mujer embarazada con temas específicos y no solo sobre la lactancia materna.

De la misma manera, llama la atención encontrar artículos en México que versan sobre enfermedades que ya se encuentran manifestadas en las mujeres en gestación, y pocos artículos sobre la prevención de estas enfermedades durante el embarazo; ejemplo de ello, son los siguientes artículos: Becerril, et al. (2019) señalaron la importancia de enfermedades graves durante la gestación como la alta presión y las hemorragias; Gutiérrez, et al. (2016) estudiaron los riesgos de las mujeres en gestación de presentar preeclampsia. En relación a las enfermedades en el embarazo, Páramo, et al. (2015) estudiaron a mujeres en gestación con infecciones en vías urinarias, y López, et al. (2018) analizaron las infecciones vaginales durante el embarazo.

Por su parte, Moreno, et al. (2018) refirieron que tres de los principales problemas de las instituciones de salud en relación a la atención a la mujer embarazada en México, fueron: la inadecuada valoración de la mujer embarazada por el personal de salud; la inapropiada identificación de signos de riesgo en el embarazo por parte de la mujer, y la calidad insuficiente en la atención del embarazo, el parto y la etapa posterior al parto (cuarenta días).

Sin embargo, en otros países existe una gran diferencia en la atención y cuidado de la mujer embarazada, ya que se le atiende de manera holística, enfocada a sus necesidades. A continuación, se mencionará el ejemplo de tres países que otorgan educación para la salud a mujeres en gestación.

El primero, es España, donde existe la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FEMAFE), que se encarga de la asistencia obstétrica (embarazada) y enfermería obstétrico-ginecológica (matrona). En España existen múltiples estudios referentes a las mujeres embarazadas y ya se encuentran evaluando sus programas educativos. Ejemplo de ello son las siguientes investigaciones: “Características de los programas de educación

maternal de atención primaria de la comunidad de Madrid, España, y de sus asistentes”, de Fernández, et al. (2014); “Impacto de la educación maternal en la salud de la mujer y el recién nacido”, de Calle, et al. (2016); “Análisis comparativo de las principales escuelas de educación maternal”, de Fernández (2013); “Matronas Profesión: características de los programas de educación maternal de atención primaria de la comunidad de Madrid, España, y de sus asistentes”, de Fernández, et al. (2014), y el estudio denominado “Determinantes asociadas a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal”, de Martínez y Delgado (2014).

El segundo país donde se brinda educación a la mujer embarazada de forma especializada es Estados Unidos, donde existe el American College of Nurse-Midwives (ACNM), una asociación que representa a las enfermeras parteras certificadas y a las parteras certificadas. Ellas se encargan, en conjunto con otros profesionales de la salud, de atender y cuidar a la mujer embarazada en todo su proceso, desde el embarazo hasta el parto. En este sentido, la investigación de Joellen, et al. (2010), “Women's reported self-care behaviors during pregnancy”, trata del autocuidado que enseñan a la mujer embarazada; el estudio de Serçekuş y Başkale (2015), “Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment”, que se refirió a los resultados de la educación materna, y el artículo de Lomax (2019), “Visual identities: Choreographies of gaze and speech in mother-midwife interaction”, que hace referencia a la relación enfermera partera y mujer embarazada.

El tercer país que brinda atención especializada a la mujer embarazada es Brasil, donde el cuidado a la mujer embarazada ha tenido un gran avance, en comparación con México, ya que no se discute la planeación o sugerencias para el cuidado de la mujer embarazada, sino su realización y evaluación, como se sustenta con las siguientes investigaciones consultadas:

“Perception of pregnant women about self-care and maternal care”, de Monteiro, et al. (2016); “Educación para la salud para mujeres embarazadas: la búsqueda de habilitación materna en el ciclo gravídico-puerperal”, de Da Silva, et al. (2019), y el estudio denominado “Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido”, de Martínez (2012).

Valongo y Colli (2016) señalaron que la identificación temprana de signos de riesgo que sugieran la necesidad de atención de la mujer embarazada, puede disminuir los resultados desfavorables y prevenibles tanto para la madre como para el bebé. En el mismo sentido, Gomes, et al. (2011) sugieren que los profesionales de la salud lleven a cabo acciones preventivas de una manera sencilla, a fin de que las mujeres embarazadas puedan entender adecuadamente los síntomas, consecuencias y formas de prevenir enfermedades durante el embarazo.

Entre otras ventajas de la identificación temprana de signos de riesgo están la reducción de los costos de hospitalización. El Diario Oficial de la Federación de México (2019) señaló que el costo de un bebé internado con necesidad de incubadora era de 8,732 pesos, mientras que el de una persona en hospitalización, como el de una mujer embarazada que necesite hospitalización, tenía exactamente el mismo el costo diario. Estos gastos se podrían haber evitado con la debida atención, cuidado y enseñanza a la mujer en la etapa del embarazo. Las familias también se podrían ver beneficiadas al evitar gastos innecesarios en medicamentos, consultas, transporte, alimentación, materiales de curación, entre otros.

Es importante señalar que el hospital en el cual se realizó la investigación era público y gratuito; sin embargo, esto no resta importancia al hecho de que mediante la prevención de complicaciones en el embarazo y, en consecuencia, nacimientos de bebés prematuros, las

instituciones de salud podrían reducir gastos para invertir en otras necesidades como la prevención.

En este mismo sentido, Moreno, et al. (2018), refirieron que tres de los principales problemas de las instituciones de salud, en relación a la atención a la mujer embarazada en México, fueron: la inadecuada valoración de la mujer embarazada por el personal de salud; la inapropiada identificación de signos de riesgo en el embarazo por parte de la mujer, y la calidad insuficiente en la atención del embarazo, el parto y la etapa posterior al parto (cuarenta días).

En torno a la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 refirió en la sección 4.11, que una de sus actividades es la función docente, la cual define como: “las actividades que realiza el personal profesional de enfermería relacionadas a la educación para la salud, la educación continua y para la formación de recursos humanos para la salud” (NOM, 2013, p. 10).

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, en las disposiciones generales para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, mencionó que las actividades que realiza el personal de salud en la consulta prenatal van dirigidas a la búsqueda de patologías en toma de exámenes de laboratorio y sonografía; sin embargo, se hace notar la carencia de educación con respecto al embarazo, parto y puerperio (NOM, 2016).

En el Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo”, de la Ciudad de Chihuahua, Chihuahua, México, se otorga consulta prenatal a las mujeres embarazadas, y el profesional de enfermería está presente; sin embargo, las funciones que realiza dicho personal están direccionadas al apoyo colaborativo con otro profesional de salud; esto es, que se centra en

actividades auxiliares administrativas. Además, el profesional de enfermería otorga la enseñanza a la mujer mientras la pesa o mide, pero no existe un tiempo específico, ni un lugar determinado para dar la educación materna.

Una práctica común en este centro de salud es que las enfermeras se alternan por mes en cada uno de los consultorios del hospital. Debido a esta rotación, no hay una sistematización de la información proporcionada a mujeres embarazadas en el consultorio de ginecología. También a las mujeres embarazadas se les otorgan pláticas afuera del consultorio, las cuales se van ofreciendo de manera general, y algunas mujeres embarazadas escuchan de un tema y otras de otro. En ocasiones, las pláticas las otorga una pasante de enfermería (estudiantes de enfermería que concluyeron las asignaturas escolares y se encuentran realizando el año de servicio social). En relación al tema de la lactancia materna, se les ofrece a las mujeres embarazadas charlas de pie o sentadas en la sala de espera, de manera informal; además, se les pide que firmen una bitácora para registrar que recibieron las pláticas. Sin embargo, no hay espacios de retroalimentación para que las mujeres expresen sus comentarios o dudas.

A las mujeres embarazadas se les obsequia un tríptico con información relativa a los signos de alarma (síntomas de urgencia), alimentación y lactancia materna, a la cual se le da mayor énfasis, ya que en el hospital se lleva a cabo el programa “Hospital Amigo de la Madre y del Niño”. En dicho programa se les informa sobre la importancia de la lactancia materna, mencionando los beneficios para la madre y el niño. Desde este punto de vista, las mujeres embarazadas reciben información que pudiera considerarse incompleta, referente a las necesidades que manifiestan, ya que durante los procesos de embarazo, parto y puerperio pasarán por diferentes procedimientos, en los cuales tendrán que asumir roles y adaptarse a ellos. Por lo cual, es necesario que la mujer embarazada reciba un cuidado personalizado,

redireccionado a sus necesidades específicas para enfrentar dichos procesos desde una perspectiva holística.

La atención que se le ha otorgado a las mujeres embarazadas se ha caracterizado por tener un enfoque biologicista, es decir, enfocado en la búsqueda de patologías, centrado en los padecimientos de salud y no en la educación materna enfocada en las necesidades de la mujer embarazada, las cuales han sido poco estudiadas desde el contexto de Chihuahua.

Por lo antes mencionado, se realizó una búsqueda bibliográfica y se eligieron once comportamientos, los cuales, después de la revisión, se consideraron como signos y síntomas de mayor riesgo que podían presentar las mujeres embarazadas durante la gestación. A continuación, se mencionan los comportamientos esperados, no deseados e identificación de signos de alarma en la mujer embarazada, que fueron obtenidos de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nursing Interventions Classification, NIC) de Howard, et al. (2018) y la Guía de Práctica Clínica de Enfermería del Sistema Nacional de Salud de México (2017).

Comportamientos deseados durante la gestación:

1. Tomar ácido fólico
2. Dar lactancia materna
3. Alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz
4. Identificar problemas al orinar
5. Acudir al centro de salud cuando hay sangrado
6. Evitar fumar
7. Evitar consumir alcohol
8. Identificar problemas en la secreción vaginal

9. Identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos
10. Identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara
11. Identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo.

Entonces se busca que mediante la capacitación de las madres en las conductas deseadas durante la gestación se promueva y establezca el autocuidado, con el objetivo de que las mujeres en gestación sean capaces de identificar y conocer los comportamientos que beneficien su salud y la de sus bebés.

Además, se pretende que adquieran conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma durante la etapa del embarazo. Lo anterior, en concordancia con lo señalado por la OMS (2016), en relación a la importancia no solo de identificar y diagnosticar enfermedades, sino de prevenirlas, ya que con estas medidas se pueden salvar vidas de bebés y de mujeres embarazadas.

Para lograr este propósito, se tomó como fundamento la Teoría de la Acción Planeada (TAP), de Icek Ajzen (1977), a fin de conocer cuál es la fuente que está motivando a realizar o a no realizar los comportamientos deseados durante el embarazo. De manera general, se comentarán los tres fundamentos de dicha teoría, los cuales se analizan con más precisión en el Capítulo II del presente estudio.

La TAP señaló tres motivadores principales, que son: la *actitud*, que corresponde a la estimación que se tiene del comportamiento, al que se le asignan atributos y características de manera positiva o negativa, los cuales se asocian a consecuencias deseables y no deseables (Ajzen, 1991). El segundo principio es la *norma subjetiva*, que es un predictor de característica social. Dicha norma se ejerce con el objetivo de satisfacer a otras personas en relación a lo que se esperaba de la persona que realiza el comportamiento; pueden ser

familiares, amigos y personas con cierta autoridad (Ajzen y Fishbein, 1973). Por último, la *percepción de control* se refiere a la autoeficacia o habilidad de hacer del comportamiento, denominado *percepción de control del comportamiento* (Ajzen, 2005).

En relación a los datos obtenidos sobre el origen de la motivación del comportamiento de las mujeres en gestación, se pretende hacer propuestas educativas, con el fin de incidir de manera positiva en el desarrollo adecuado del embarazo y mejorar el autocuidado en esta etapa, para que se vea reflejado en la adquisición de comportamientos deseados en la etapa de gestación.

El presente estudio es factible, ya que la investigadora es trabajadora de la institución de salud y esto permite hacer las gestiones correspondientes. Además, la autora de este trabajo tiene la especialidad en Enfermería pediátrica y neonatal, y cursa un Doctorado de calidad. Al mismo tiempo, se cuenta con la asesoría de un comité tutorial para la realización del estudio. En relación a los costos económicos y materiales de la investigación, se planea realizarla con recursos propios, ya que no resultan onerosos. Como lo afirmaron León, et al. (2013), la educación puede incidir en una situación específica para la disminución de un problema sin la necesidad de grandes sumas de dinero. Por lo antes mencionado, se plantean los siguientes objetivos de investigación.

Objetivo general

Conocer en qué medida una muestra de mujeres embarazadas en la Ciudad de Chihuahua, Chih., realizan indicadores de autocuidado, de acuerdo a la Clasificación de

Intervenciones de Enfermería de Butcher, et al. (2018) y la Guía de Práctica Clínica de Enfermería del Sistema Nacional de Salud de México (2017).

Objetivos específicos

Los objetivos específicos se establecieron en base a conceptos de la Teoría de la Acción Planeada, de Ajzen (1985), la cual establece que el comportamiento surge de tres constructos predictores que son: la *actitud*, la *norma subjetiva* y la *percepción de control*. Cada indicador de autocuidado fue analizado conforme a los citados constructos, derivando en los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer en qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para tomar ácido fólico.
2. Conocer en qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para dar lactancia materna al bebé.
3. Conocer en qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz.
4. Conocer en qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para identificar problemas al orinar.
5. Conocer en qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para acudir al centro de salud cuando hay sangrado.

6. Conocer en qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para evitar fumar.

7. Conocer en qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para evitar consumir alcohol.

8. Conocer en qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para identificar problemas en la secreción vaginal.

9. Conocer en qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos.

10. Conocer en qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara.

11. Conocer en qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo.

Preguntas de investigación

Pregunta general

¿En qué medida se observa en las mujeres en gestación los cuidados esperados en el embarazo?

Preguntas específicas

1. ¿En qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para tomar ácido fólico?
2. ¿En qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para dar lactancia materna al bebé?
3. ¿En qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz?
4. ¿En qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para identificar problemas al orinar?
5. ¿En qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para acudir al centro de salud cuando hay sangrado?
6. ¿En qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para evitar fumar?
7. ¿En qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para evitar consumir alcohol?

8. ¿En qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para identificar problemas en la secreción vaginal?

9. ¿En qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos?

10. ¿En qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara?

11. ¿En qué medida la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control anticipan el comportamiento de mujeres embarazadas para identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo?

En este primer capítulo se mostró el panorama estadístico de morbi-mortalidad de la mujer en estado de gestación, así como también los datos neonatales, de manera mundial, nacional, estatal y finalmente local. Igualmente se realizó el planteamiento del problema y la justificación del mismo. Asimismo, se determinaron los objetivos generales y específicos, de la misma forma se establecieron las preguntas de investigación.

CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LITERATURA

En este capítulo se presenta una revisión de literatura sobre la educación para la salud, así como un marco conceptual con definiciones básicas que incluyen los comportamientos deseados durante la gestación, y el marco teórico establecido para el abordaje del objeto de estudio desde la perspectiva de la Teoría de la Acción Planeada.

La educación para la salud es llevada a cabo en un espacio en donde los grupos de personas se relacionan para la modificación de comportamientos, con el objetivo de la prevención (Rojas, 2010); es decir, la enfermera toma el papel de agente educativo, y la mujer embarazada el de estudiante, para recibir la enseñanza referente al cuidado que se busca que tenga durante la gestación.

La educación para la salud es una interacción entre la enfermera(o) y la paciente, quien conoce la manera de reaccionar ante su salud, así como también la de su familia, lo cual es muy importante, ya que sus parientes más cercanos influyen en sus decisiones. Además, en dicha interacción se comparte información y datos en una relación participativa y no pasiva o dominante (Castro, Pérez y Salcedo, 2017; Islas, et al., 2015).

De la misma manera, en la educación terapéutica el proceso interactivo va evolucionando y se mantiene en permanencia, con el propósito de dotar a la persona de destrezas necesarias para el cuidado de su salud (Grupo de Trabajo Guías Clínicas y Consensos de la Sociedad Española de Diabetes, 2012; Pueyo, et al., 2016).

La educación para la salud es otorgada por el profesional de enfermería, por medio de pláticas, orientaciones y recomendaciones (Castro, Pérez y Salcedo, 2017). Así mismo, es una de las funciones que se requiere que el profesional desempeñe (Martos, et al., 2016; Paz, et al.,

2018; Vieira, et al., 2017). Sin embargo, esta educación no ha sido colocada en un sitio de importancia, sino que ha predominado el cuidado de enfermería en las áreas hospitalarias (Paz, et al., 2018).

Por otra parte, la educación para la salud ayuda a promover estilos de vida saludables (López, et al. 2013; Souza, et al., 2015) que se pueden especificar en tres áreas diferentes, que son: los saberes sobre temas de salud; la asesoría por parte de la enfermera al paciente para que éste se responsabilice de su salud y disminuyan los efectos psicológicos adversos (Paz, et al., 2018; Pueyo, et al., 2016). De la misma manera, las enfermeras sanitarias contribuyen en la promoción de estilos de vida saludables a través de la educación a las madres mediante su supervisión, ya que las personas logran mejorar sus condiciones de salud e higiene (Núñez y Jana, 2017).

Para llevar a cabo la educación para la salud, Islas, et al. (2015) sugirieron valorar las aptitudes que el paciente posee, así como sus estados emocionales y la edad (Martos, et al., 2016; Paz, et al., 2018; Vieira, et al., 2017), en un acompañamiento continuo a través de conocimientos que contribuyan a mejorar su estado de salud, ya que dentro de las funciones de la enfermera se encuentra el adiestramiento para que el paciente adquiera las competencias necesarias para el autocuidado (Hevia, 2016; Vieira, et al., 2017).

Es deseable que los programas educativos sean diseñados de acuerdo a las necesidades de los pacientes (Castro, Pérez y Salcedo, 2017; Sánchez, et al., 2015., Hevia, 2016); es decir, cuando la enfermera ejerce su rol como educadora promueve en los pacientes y sus familias hábitos saludables que les permitan tomar el control de su propia salud (Grupo de Trabajo Guías Clínicas y Consensos de la Sociedad Española de Diabetes, 2012; Islas, et al., 2015). De la misma manera, se debe considerar el contexto en el que se está desarrollando este proceso,

ya que las personas manifiestan diferentes necesidades de acuerdo a su experiencia de vida (Castro, Pérez y Salcedo, 2017; Hevia, 2016; Núñez y Jana, 2017).

También la educación para la salud permite a las personas tener el conocimiento sobre los cambios que ocurren en su cuerpo, y contribuye a que el paciente adquiera la capacidad de llevar a cabo procedimientos y actividades para mejorar y conservar la salud, con el objetivo de aumentar su calidad de vida (Islas, et al., 2015; Macías, et al., 2017; Pueyo, et al., 2016; Paz, et al., 2018).

En relación a las características que se buscan que tenga el medio en el que se está desarrollando la educación a los pacientes, son lugares adecuados, sin distractores externos, y la utilización materiales didácticos que favorezcan el aprendizaje (Hevia, 2016).

A largo plazo, la educación para la salud trae consigo grandes beneficios en la prevención de enfermedades y complicaciones, así como en condiciones de salud favorables (Paz, et al., 2018). Con esta educación se presenta una reducción de enfermedades y, además un descenso en muertes, y ello a la vez trae como resultado la reducción de costos económicos para las instituciones de salud, y la disminución de horas-hombre (Pueyo, et al., 2016). Mediante la educación a la población en referencia a la salud, las enfermeras contribuyen de manera significativa a la reducción de la morbimortalidad de su país (Núñez y Jana, 2017).

Las mujeres embarazadas asisten periódicamente al control prenatal en su institución de salud, el cual se refiere a las consultas en las que la mujer embarazada es atendida por la enfermera y por el equipo multidisciplinario hospitalario (Ceccaldi, et al., 2015; Hernández y Vásquez, 2015).

Así mismo, la educación prenatal subyace en los cuidados a la mujer y su familia, con el objetivo de aumentar la salud materno-infantil durante el proceso del embarazo, parto y

puerperio (Fernández, 2013; Rojas, 2010). Sin embargo, como afirmó Rodríguez (2018), “la reproducción se considera un proceso fisiológico y natural, y durante su desarrollo pueden surgir complicaciones que afecten la salud de la madre y el feto” (p. 497), ya que es lábil porque existen cambios en su cuerpo y en su mente.

Marco conceptual

A continuación, se mencionan los conceptos utilizados en este estudio:

Embarazo

La Organización Mundial de la Salud indicó que el embarazo es “los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer” (OMS, 2016, p. 1). La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en su apartado 3.15, definió al embarazo como “la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio y termina con el nacimiento” (NOM, 2016, p. 15).

Atención prenatal

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en su apartado 3.15, definió la atención prenatal como:

La serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida (NOM, 2016, p. 13).

Consulta prenatal

La OMS (2016) refirió que la atención prenatal “es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades” (p. 3).

Recién nacido

La OMS (2016) definió al recién nacido como “un niño que tiene menos de 28 días” (p. 1), mientras que la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en su apartado

3.44, definió al recién nacido como: “al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad” (NOM, 2016, p. 18).

Parto

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en su apartado 3.31, definió al parto como: “al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos” (NOM, 2016, p. 16).

Parto dificultoso

La OMS (2015) definió que el trabajo de parto dificultoso (distocia) se caracteriza “por la progresión anormalmente lenta del período dilatante, debido a contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de partes blandas de la pelvis materna” (p. 1).

Cesárea

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en su apartado 3.8, definió a la cesárea como “la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el feto, vivo o muerto,

de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina” (NOM, 2016, p. 14).

La OMS (2016) definió a las operaciones cesáreas como las “intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo” y añade que “puede ser necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el niño” (pp. 1-2).

Puerperio

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en su apartado 3.40, conceptualizó al puerperio normal como el “periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días” (NOM, 2016, p. 17).

Muerte materna

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en su apartado 3.21, definió la muerte materna como:

...la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (NOM, 2016, p. 15).

Muerte neonatal

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en su apartado 3.23, definió la muerte neonatal o nacido muerto a: “la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta” (NOM, 2016, p. 16).

Profesión de enfermería

Marriner y Raile (2007) relataron que la enfermera Florencia Nightingale creía que toda mujer, en algún momento de su vida, “ejercería de enfermera de algún modo, ya que la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otra persona” (p. 54). También Marriner y Raile (2007) refieren que la doctora Orem definió a la enfermería como:

...la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras, y dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado (p. 203).

Para el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2015), la enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades,

familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.

Las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud, la gestión de los pacientes, los sistemas de salud, y la formación (CIE, 2015, párr.1).

Por su parte, el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE, 2017) conceptualizó la enfermería como el humanismo, arte y ciencia para el bienestar y la vida.

Cuidado

El proceso de cuidar, según Waldow (2008), es “la forma en que se da el cuidado. Es un proceso interactivo entre cuidadora y ser cuidado” (p. 119). Cutcliffe, et al. (2012), mencionaron que para la doctora Hildegard Elizabeth Peplau, el cuidado de enfermería es “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal”, por lo que la enfermería “es un instrumento educativo” y la enfermera “busca el avance de las personas y de las comunidades a través de la educación” (p. 41).

Autocuidado

La esencia del autocuidado es que las personas tengan la aptitud para hacerse responsables de su salud o manejo de su enfermedad; el objetivo primordial es el cambio de conducta (Camarelles, et al., 2013); es decir, la adquisición de hábitos beneficiosos que sean

estables (Cantilio y Blanco, 2017; Centeno, et al., 2018), para cuidar y conservar una salud óptima (Gómez, 2017; Martínez, Olivos, Gómez y Cruz, 2016; Rodríguez, 2018), y para que sean capaces de tomar sus propias decisiones (Cantilio y Blanco, 2017). Marriner y Raile (2007) refirieron que el autocuidado consiste en:

La práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (p. 269).

En tanto que para la doctora Orem, como citó Cutcliffe, et al. (2012), el autocuidado es “la colaboración de las personas por decisión propia, y el objetivo es sustentar su vida, salud y bienestar” (p. 158).

La intención de que las personas ejerzan el autocuidado es volverlos protagonistas de su salud, con el fin de que comprendan que uno de los elementos más importantes de su salud es ellos mismos, dotados de instrucciones y cuidados con el propósito de proporcionar autonomía (Souza, et al., 2015).

De esta forma, las personas tienen que ser las encargadas de indagar la forma de prevenir enfermedades y complicaciones (Camarelles, et al., 2013; Centeno, et al., 2018), ya que el autocuidado es una capacidad de los seres humanos (Camarelles, et al., 2013). En este mismo sentido, Loredó, et al. (2016) refirieron que cuando se presenta menor dependencia y un elevado autocuidado, se incrementa la calidad de vida de las personas.

Algunas actividades del autocuidado son: la identificación de síntomas en su cuerpo; conocer su cuerpo para saber cuándo tomar descanso; reconocimiento de inflamación en pies

y manos; horas de sueño y descanso; cantidades de líquido necesarias para ingerir; características de la dieta alimenticia; medicamentos indicados; actividad física permitida; sustancias que se requiere se mantengan en abstinencia (alcohol y drogas); asistencia a consultas de salud; auto-observación en busca de posibles alteraciones; cuidados higiénicos del cuerpo; reconocimiento de los cambios en su cuerpo y estados emocionales, así como la enseñanza relacionada con la lactancia materna (Camarelles, et al., 2013; Cantilio y Blanco, 2017; Centeno, et al., 2018; Dávila, et al., 2017; Gómez, 2017).

Necesidades en el embarazo

El embarazo es un estado fisiológico en el que la mujer requiere de atención y cuidado, aunque no esté cursando por una patología (Aguilera y Soothill, 2014; Ceccaldi, et al., 2015; Espinoza, et al., 2015). Las mujeres embarazadas manifiestan angustia, temor, retos físicos y emocionales (Arjona, 2013; Gómez, 2014; López, et al., 2015; Paz, et al., 2016); por lo tanto, la educación materna es una necesidad en la mujer embarazada (Gómez, 2014; Márquez y Ocón, 2015; Vega, et al., 2016).

Así mismo, es fundamental la identificación de signos de riesgo que pueden poner en peligro la vida de la mujer embarazada y de su hijo, entre los cuales se encuentran la disminución de movimientos activos, contracciones uterinas anormales, expulsión de líquido, signos de hipertensión arterial, problemas o dificultades al orinar y fiebre (Ceccaldi, et al., 2015; Weitzman, 2017).

Necesidades en el puerperio (cuarenta días posteriores al parto)

La mujer embarazada tiene la necesidad de conocimiento referente al puerperio (Aguilera y Soothill, 2014; Arjona, 2013; Barimani, et al., 2018). Una de las necesidades de conocimiento es sobre las hemorragias, ya que son causa de muerte en la mujer embarazada, por lo que se necesita educación y seguimiento para evitarlas (Ceccaldi, et al., 2015; Gómez, 2014; Weitzman, 2017). Del mismo modo, las mujeres gestantes requieren capacitación para el cuidado de sus hijos recién nacidos y lactancia materna (Gómez, 2014; Paz, et al., 2016). Así mismo, se busca que la mujer embarazada sea enseñada en conjunto con su pareja (Calle, et al., 2016; Paz, et al., 2016). Estos conocimientos pueden contribuir a disminuir la mortalidad materna y del recién nacido (Amorim, et al., 2017; Fernández, et al., 2014; Osorno, 2013; Sánchez, et al., 2016; vasco, 2012; Weitzman, 2017).

Fomento de hábitos saludables

El fomento de hábitos y estilos de vida saludables forman parte de los conocimientos que se sugiere fomentar y enseñar a la mujer gestante (Aguilera y Soothill, 2014; Calle, et al., 2016; Ceccaldi, et al., 2015; Espinoza, et al., 2015; León, et al., 2013; Salazar, et al., 2013). Por un lado, la alimentación durante el embarazo debe ser variada, fraccionada y equilibrada (Aguilera y Soothill, 2014; Ceccaldi, et al., 2015), ya que contribuye al control de peso y prevención de enfermedades; así mismo, ayuda en el crecimiento y desarrollo del bebé (Espinoza, et al., 2015; Ho, et al., 2016; León, et al., 2013).

En el mismo sentido, es relevante para la mujer en gestación tomar ácido fólico (Ceccaldi, et al., 2015), y se requiere enseñar acerca de la prevención de adicciones como el alcohol y tabaco (Aguilera y Soothill, 2014; Ceccaldi, et al., 2015; Rivas, et al., 2015).

Educación materna

La educación materna es un proceso cambiante, interactivo, flexible y continuo en el que se puedan expresar dudas (Barimani, et al., 2018; Sánchez, et al., 2016). Esta educación requiere ser adaptada a las necesidades sentidas y reales de las gestantes (López, et al., 2015; Sánchez, et al., 2016), y se busca que se utilice como un instrumento para la adquisición de conocimientos y destrezas (Arjona, 2013; Calle, et al., 2016; Fernández, 2013; Gómez, 2014; López, et al., 2015; Paz, et al., 2016), todo ello con el objetivo de mejorar la salud durante el embarazo, parto y puerperio (Martínez, 2012; Sánchez, et al., 2016).

Beneficios de la educación materna

Algunos beneficios de la educación materna son la disminución de temores y ansiedad (Hernández y Vásquez, 2015; Martínez y Delgado, 2014; Mata, et al., 2015; Rivas, et al., 2015; Serçekuş y Başkale, 2015). La educación materna promueve la participación activa y segura durante el proceso de parto (Aguilera y Soothill, 2014; Arjona, 2013; Calle, et al., 2016; Gottfredsdottir, et al., 2016; Martínez, 2012; Querol, 2016; Tierra, et al., 2015; Vila, et al., 2015). Al mismo tiempo, la educación materna fortalece la unión entre la mujer y su hijo (Ceccaldi, et al., 2015; Fernández, 2013; Hernández y Vásquez, 2015); se promueve la

lactancia materna y se prolonga su duración (Aguilera y Soothill, 2014; Álvarez, et al., 2015; Calle, et al., 2016; Martínez, 2012; Rivas, et al., 2015; Vila, et al., 2015).

Durante la educación materna se enseña a la mujer el cuidado del recién nacido y se le ayuda a la prevención de enfermedades (Aguilera y Soothill, 2014; Amorim, et al., 2017; Arjona, 2013; Barimani, et al., 2018; Fernández, 2013; Martínez, 2012; Sánchez, et al., 2016). Otro de los beneficios que se obtiene de la educación materna es la enseñanza del contacto piel con piel de la madre y su hijo (Calle, et al., 2016; Martínez, 2012; Vila, et al., 2015).

Por medio de la educación materna se pueden prevenir posibles complicaciones en el embarazo, parto y puerperio que pueden poner en riesgo la vida de la mujer embarazada o del bebé (Aguilera y Soothill, 2014; Arjona, 2013; Ceccaldi, et al., 2015; Gómez, 2014; Salazar, et al., 2013). También se puede incidir en una disminución de enfermedades en la mujer embarazada y su bebé, las cuales aminoran con la atención, cuidado y educación materna (Amorim, et al., 2017; Calle, et al., 2016; Osorno, 2013; Sánchez, et al., 2016; Vasco, 2012; Weitzman, 2017).

Finalmente, la educación materna colabora para el empoderamiento de la mujer embarazada en su cuidado (Álvarez, et al., 2015; Rivas, et al., 2015), y fomenta la autonomía y la autoconfianza (Arjona, 2013).

Relación enfermera-mujer embarazada

La relación que emprende la enfermera con la mujer embarazada requiere de interacción y empatía como apoyo en todo el proceso que rodea a la mujer gestante (Hernández y Vásquez, 2015; Osorno, 2013). Es necesario cuidar a la mujer embarazada desde una perspectiva holística, tomando en cuenta sus necesidades fisiológicas y emocionales (Aragón, et al., 2016; Cutcliffe, et al., 2012; Gottfredsdottir, et al., 2016; Hernández y Vásquez, 2015; Osorio, et al., 2017; Osorno, 2013; Paz, et al., 2016; Vega, et al., 2015).

Así mismo, se desea que el profesional de enfermería promueva el autocuidado, ya que ayuda en la detección oportuna de signos y síntomas que ponen en riesgo la salud y vida de la mujer embarazada y del bebé (Gómez, 2014; Joellen, et al., 2010; Nuño, et al., 2013; Vega, et al., 2015).

Comportamientos deseados durante la gestación

A continuación, se hará una reseña de la importancia de los once comportamientos deseados durante la gestación, los cuales fueron obtenidos de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, por sus siglas en inglés), de Howard, et al. (2018) y la Guía de Práctica Clínica de Enfermería del Sistema Nacional de Salud de México (2017).

En el embarazo se incrementan las necesidades nutricionales; uno de los micronutrientes es el ácido fólico, ya que si existe una ingesta inferior a la requerida puede causar alteraciones en la mujer y en su hijo.

El ácido fólico contribuye a que el sistema nervioso se desarrolle de manera adecuada, y ayuda en la eritropoyesis, que es la producción de glóbulos rojos (Cabello, et al., 2018., Martínez, Jiménez y Navia, 2016; Saliba, et al., 2018). Por ello, se recomienda tomarlo antes de que se presente el embarazo, como mínimo con un mes de anterioridad (Oneto, et al., 2016; Ordoñez y Suarez, 2015; Rodríguez, et al., 2015), ya que el tubo neural se cierra antes del día 28 de la gestación, por lo que si se administra después de ese tiempo será imposible evitar enfermedades del tubo neural (Ceccaldi, et al., 2015; Martínez, Jiménez y Navia, 2016; Oneto, et al., 2016; Ordoñez y Suarez, 2015).

La dosis indicada de ácido fólico es de 400 µg/día y como casos especiales se recomienda su ingesta de 5 mg/día en pacientes de riesgo, como mujeres embarazadas que sean fumadoras; que consuman bebidas alcohólicas; que tengan antecedentes de hijos con espina bífida; deficiencias en la nutrición; carencias alimentarias y embarazos múltiples (Ceccaldi, et al., 2015; Centeno, et al., 2018., Martínez, Jiménez y Navia, 2016).

Algunas enfermedades que se pueden manifestar por la carencia de ácido fólico, son: desprendimiento de la placenta, abortos, bajo peso al nacer, enfermedades en el corazón, anencefalia (cuando nace el bebé sin partes del encéfalo), labio y paladar hendido (defectos del nacimiento cuando no se cierra bien la boca o paladar) e incremento de la mortalidad de bebés (Ceccaldi, et al., 2015; Martínez, Jiménez y Navia, 2016; Ordoñez y Suarez, 2015; Rodríguez, et al., 2015).

Durante la gestación, la cantidad de nutrientes necesarios se ve incrementado por los eventos fisiológicos que ocurren en la mujer, así como también por las necesidades nutricionales del feto (Cabello, et al., 2018); igualmente, existen nuevos requerimientos al iniciar la lactancia materna (Bermúdez, et al., 2016; Lazo, et al., 2018; Martínez, 2016;

Martínez, Dalmau y Moreno, 2015; Saliba, et al., 2018). Por ello, las mujeres embarazadas deben consumirlo, de preferencia en alimentos que contengan este nutriente. Como señaló Martínez (2016):

El calcio (Ca) es el elemento mineral más abundante en nuestro organismo, ya que forma parte importante del esqueleto y los dientes. Supone alrededor del 2% del peso corporal. Las funciones del calcio son: a) funciones esqueléticas y b) funciones reguladoras (p. 26).

Las necesidades de calcio aumentan con la gestación (Lazo, et al., 2018); es por ello que las mujeres embarazadas deben consumir de manera indispensable alimentos ricos en este nutriente. Los beneficios de una adecuada aportación de calcio son la prevención de enfermedades como la osteoporosis, hipertensión, cáncer, cálculos renales y diabetes (Ortega, et al., 2015). Los alimentos que se aconseja consumir son leche y derivados, frutos secos, vegetales de hoja verde y leguminosas (Cabello, et al., 2018; Farré, 2015; Martínez, 2016).

También durante el embarazo se debe incrementar la ingesta de hierro por las necesidades maternas y fetales, y es necesario tomar suplementos para que la futura madre tenga los niveles de hierro adecuados para llevar su embarazo y puerperio (después del parto) de manera óptima (Cabello, et al., 2018; Clapés, 2012; Urquizu, et al., 2016), ya que la anemia es una enfermedad que se puede presentar (Castilla, et al., 2015). Las principales fuentes de hierro son el hígado, la carne de ternera, lentejas, garbanzos, frijoles, espinacas, acelgas, pollo, nueces y almendras (Centeno, et al., 2018; Clapés, 2012).

Uno de los cuidados vitales que un ser humano otorga a otro es la lactancia materna, por ello la importancia de este tema (Sola, et al., 2016). Hasta hace unos años, la lactancia materna era la única forma de alimentar a los bebés hasta los seis meses de edad; sin embargo, con la

incorporación de la mujer al campo laboral se vio afectado este proceso (Sánchez, et al., 2016).

Los beneficios de la leche materna para el hijo son: abastecimiento de nutrientes, disminución de enfermedades, reducción de infecciones digestivas, respiratorias y urinarias (Cabello, et al., 2018; Ramos, et al., 2016; Rivas, et al., 2017; Sola, et al., 2016). Así mismo, los beneficios de la lactancia para la madre son: disminución en la incidencia del cáncer de mama y de ovario (Sola, et al., 2016). El beneficio para ambos es el fortalecimiento del acercamiento físico y emocional (Rivas, et al., 2017).

La lactancia materna disminuyó cuando las mujeres empezaron a tener trabajos fuera de casa, y con ello tuvieron horarios de trabajo, sobrecarga de actividades, agotamiento, disminución de producción de leche, falta de protocolos en las unidades de salud, publicidad de leche industrializada, operación cesárea y falta de profesionales de salud calificados para enseñar a la mujer sobre este tema (Craveiro et al., 2017., Sánchez, et al., 2016). Por lo antes mencionado, las mujeres que han tenido un hijo necesitan soporte físico y emocional de su pareja, familia y profesionales de la salud (Rivas, et al., 2017).

Por su parte, la preeclampsia es una enfermedad que puede afectar la vida de la mujer embarazada y de su bebé; se caracteriza por un aumento de la presión arterial (dolor de cabeza y zumbido de oídos) e inflamación de los pies. La preeclampsia es una de las principales causas de muerte materna; afecta de manera física y psicológica, y de este modo perjudica su vida diaria (Feulner, 2015; Pereira, et al., 2017; Sananes, et al., 2016; Vega, et al., 2016).

Las complicaciones que se pueden presentar por presión arterial alta son: eclampsia (presión alta y crisis convulsivas), síndrome HELLP, crisis hipertensiva, muerte fetal (muerte

del bebé) intrauterina, muerte neonatal (recién nacido) y prematuridad (Gonçalves, et al., 2015).

La incorporación de la mujer a la educación y al campo laboral contribuyeron a que se presentara tabaquismo en este grupo de personas (Nahabedian, et al., 2015), el cual tiene más repercusiones en el bebé que el tabaquismo del padre (Labbé y Labbé, 2014); por ello, se le indica a la futura madre abstenerse de fumar (Centeno, et al., 2018). El hecho de que la mujer fume cuando está embarazada puede provocar que el niño nazca con problemas de salud, como muerte inexplicable, problemas cognitivos, asma, bronquitis, malformaciones de nacimiento (labio y paladar hendidos), riesgos quirúrgicos, retraso en el crecimiento, bajo peso al nacer, desprendimiento prematuro de la placenta, bebés prematuros, y también puede ser considerado como una forma de maltrato al bebé (Abellán, et al., 2015; Cabello, et al., 2018; Cisneros y Bosch, 2014; Fernández, et al., 2017; Labbé y Labbé, 2014; Pérez y Raffo, 2015), así como también en el cuerpo de la mamá puede causar desprendimiento de placenta (Heavey y Maher, 2016).

Cuando la mujer en gestación consume alcohol existen consecuencias para el bebé, a estas afectaciones se les han catalogado como “Trastornos del espectro alcohólico fetal” (Lichtenberger, et al., 2015), así como también aumenta el riesgo de malformaciones del labio y paladar (labio y paladar hendido) durante la etapa fetal (Cisneros y Bosch, 2014). Por ello se le indica a la mujer embarazada que inhiba el consumo de alcohol (Centeno, et al., 2018).

Cuando la mujer embarazada consume alguna sustancia tóxica puede causar problemas de salud en ella misma y en el bebé (enfermedades como hepatitis C y HIV); de ello dependerá la cantidad y tipo de drogas que la mujer está consumiendo (Reche, et al., 2018). En España han acuñado el término de “maltrato prenatal” a cualquier actividad dañina para el

bebé que se encuentra en gestación (García, et al., 2018). Las complicaciones de los niños expuestos a sustancias tóxicas pueden ser: daño en la retina, pérdida neuronal, daño en el sistema nervioso central y enfermedades del corazón (Castillo, et al., 2018; Duque, et al., 2018), y a las madres les puede ocasionar desprendimiento prematuro de placenta (Heavey y Maher, 2016).

Una de las enfermedades que se busca que la mujer identifique durante el embarazo es la infección de vías urinarias, que consiste en la presencia de bacterias en el tracto urinario, la cual puede presentarse durante el embarazo y causar nacimientos antes de tiempo (Baldeyrou y Tattevin, 2018; Nicolle, 2015; Tomás y Salas, 2016). De la misma manera, la mujer requiere identificar enfermedades vaginales, aun cuando la secreción de la vagina se considera normal durante el embarazo mientras no esté presente ardor, dolor y olor (Ceccaldi, et al., 2015). Cuando ya presenta estos síntomas, existe una infección, y esto a su vez está relacionado con los nacimientos antes de tiempo, bebés con peso disminuido al nacer e inflamación del endometrio (mucosa que recubre a la matriz) (Brot, et al., 2019).

Otro de los comportamientos deseados durante la gestación es la identificación de los movimientos del bebé en la matriz de su mamá; estos se presentan en el segundo trimestre del embarazo como resultado del funcionamiento del sistema nervioso (Reynoso, et al., 2015). Cuando estos están disminuidos (menos de diez movimientos en cinco horas) o desaparecen, se sugiere acudir al centro de salud porque se considera una urgencia perinatal (Ceccaldi, et al., 2015).

Otro de los comportamientos importantes durante la gestación es la identificación de inflamación en cara, manos y pies, ya que es considerada un riesgo para el embarazo (Ceccaldi, et al., 2015). Dicha inflamación es parte de la triada: hipertensión (alta presión),

proteinuria (proteínas en la orina) y edema (inflamación), que son signos que la mujer embarazada puede manifestar, y representan un riesgo de salud para ella y su bebé (enfermedad preeclamsia) (Acosta, et al., 2017; Camacho y Berzaín, 2015).

Otro de los comportamientos esperados durante la gestación es acudir al centro de salud cuando hay sangrado. Las metorragias son sangrados anormales que se consideran factores de riesgo durante el embarazo (Ceccaldi, et al., 2015). Las hemorragias anteparto (antes del parto) pueden ser causa de enfermedad y muerte materna y de bebé; se manifiestan en enfermedades como placenta previa y desprendimiento de placenta (Guasch y Gilsanz, 2016; Heavey y Maher, 2016; Ossé, et al., 2017). Los abortos, amenazas de aborto y ruptura prematura de membrana son causas de enfermedad materna en embarazos adolescentes (Velasategui, et al., 2018).

Los comportamientos de salud deseados durante la gestación que se mencionaron con anterioridad, deben ser promovidos de una manera sólida para que las mujeres los realicen durante su período de embarazo. Para esto se recurrió a los estudios de Bandura (1977) y de Ajzen y Fishbein (1973), los cuales ofrecieron herramientas metodológicas para estudiar y promover comportamientos deseables.

Marco teórico

La Teoría de la Acción Planeada tiene parte de sus antecedentes en la Teoría cognitiva social, específicamente en la percepción de control percibida, señalada por Bandura (1977) como *autoeficacia*. A continuación, se hace una revisión de ella.

La Teoría del aprendizaje social está fundamentada por medio de un sistema interno del individuo, el cual está constituido por estructuras cognitivas para comprender, determinar, promover y normar el comportamiento. Los factores individuales y el impacto del ambiente actúan de manera interactiva entre los conocimientos congénitos y los patrones aprendidos de manera dicotómica. También en la teoría se habla del control del comportamiento, en el que los individuos evitan estrés en el ambiente y, a su vez, en el control cognitivo, los individuos actúan creyendo que son capaces de manipular los factores estresantes (Bandura, 1977, 1981, 1987, 1989 y 1996).

De la misma forma, la Teoría de la autoeficacia aborda los orígenes de la eficacia personal en los procesos cognitivos, motivacionales y afectivos, y cómo las creencias de eficacia intervienen en las acciones y de qué forma estas acciones pueden alterarse o lograr el éxito (Bandura, 1981, 1988 y 1996). La autoeficacia ayuda a comprender modificaciones en los comportamientos de afrontamiento, obtenidos por modos de influencia, personales y ambientales que se desarrollan de manera simultánea. Cuando las personas se sienten incapaces de controlar demandas cognitivas viven un alto nivel de estrés, a diferencia de las personas que tienen desarrollado un alto sentido de autoeficacia, las cuales no tienen alteración cognitiva (Bandura, 1982, 1988 y 1996), ya que las personas reaccionan de acuerdo a sus creencias de eficacia, las cuales controlan sus acciones (Bandura, 1988 y 1996).

Existen cuatro fuentes de autoeficacia, las cuales son las siguientes: las experiencias previas, las cuales se refieren a las situaciones anteriores que la persona haya vivido, sus aprendizajes sociales y el entorno en el que se ha desarrollado, ya que son importantes detonadores para la autoeficacia, desde la manera en que la persona afrontó situaciones

estresantes en el pasado, hasta qué tipo de resultados obtuvo; si fueron positivos o negativos, ello le afectará en el logro de la autoeficacia (Bandura, 1977, 1982 y 1996).

La segunda fuente de autoeficacia es el aprendizaje vicario. La experiencia vicaria consiste en la experiencia de ver a otra persona realizar ciertas actividades o procesos a través del modelado, lo cual ayuda a las personas que lo observan a fomentar el sentido de autoeficacia. La persona que modela dicha actividad, le sirve al espectador como ejemplo para realizar las funciones él mismo. De cierta manera, se puede decir que el modelador es un intermediario entre la información y el receptor de la misma porque le ayuda a interpretar los contenidos de manera entendible. También el hecho de observar a “otros iguales” realizando ciertas funciones, motivará a la persona a llevar a cabo lo que está observando, al ver que se puede lograr con éxito y que no ocurre ningún peligro (Bandura, 1977, 1981 y 1996).

La tercera fuente de autoeficacia es la persuasión verbal, que son comentarios respecto a la realización de alguna actividad; es necesario que se expresen de manera objetiva, dándole valor a los resultados positivos, ya que la motivación es relevante, pero sin llegar a la exageración, y, por otra parte, mencionando las áreas de oportunidad que surgieron, con el objetivo de mejorar en los temas que la persona requiere (Bandura, 1977 y 1982).

Por último, se presenta el cuarto factor, que es el estado emocional. Este factor influye en el procesamiento cognitivo de la de eficacia, ya que la situación psicológica en la que se encuentra la persona, representa importancia en el sentido de realizar ciertas labores porque, aunque la persona estuviera capacitada y poseyera las habilidades necesarias para realizar cierta función, si su condición anímica no está en óptimas condiciones, no le permitirá dar el rendimiento máximo de su capacidad (Bandura, 1977 y 1982).

La teoría ha sido utilizada para el entrenamiento del personal de enfermería, específicamente en simulación, y se observó que mejoró la autoeficacia de los participantes, en las habilidades técnicas, conductuales y cognitivas, por lo que se recomienda para ser utilizada para mejorar el cuidado (Christian y Krumwiede, 2013; Cohen, et al., 2012; Kim y Shin, 2016).

En el presente estudio se utilizó la Teoría de la Acción Planeada (TAP), propuesta por Icek Ajzen (1977), a la cual antecede la Teoría de la Acción Razonada (TAR), la cual fue propuesta por Ajzen y Fishbein (1972). Posteriormente, en el año 2003, Ajzen y Fishbein señalaron que los comportamientos que las personas llevan a cabo en su vida diaria pueden tener efectos sobre su salud y bienestar, y sobre la salud y el bienestar de otras personas, grupos y organizaciones a las que pertenecen y en la sociedad en general. Así mismo, señalaron que el comportamiento humano puede originar problemas sociales y, en consecuencia, afectar en la salud de la comunidad. En este mismo sentido, refirieron que no es adecuado diseñar intervenciones educativas efectivas para abordar problemas sociales, sin una comprensión de las causas que definen el comportamiento humano.

En la Teoría de la Acción Razonada, las características personales del ser humano se ven reflejadas en el comportamiento, en situaciones específicas (Ajzen, 1991, 2001 y 2002), entonces la TAR explica los elementos necesarios que coadyuvan a la predicción del comportamiento; por lo tanto, se determinó que la intención es el mayor predictor de la conducta del individuo, tomando como base dos componentes que son la actitud hacia el comportamiento y las creencias normativas, en relación a la motivación que la persona posee (Ajzen y Fishbein, 1973).

El primer componente de la TAR es la *actitud* y tiene su antecedente en la Teoría del control preposicional, de Dulany (1968). Esta teoría explicó que la actitud se utiliza para hacer un análisis de manera positiva o negativa sobre un objeto, en una situación específica; así mismo, está representada de manera individual (la naturaleza personal) (Ajzen, et al., 2018). Ajzen (2005) señaló que se forman creencias sobre un objeto al asociarlo con ciertas propiedades; es decir, con otros objetos, características o eventos, y la forma en que estos se interpretan. Las creencias surgen de la observación directa; pueden ser autogeneradas mediante procesos de inferencia o pueden formarse indirectamente, aceptando información de fuentes externas, como amigos, televisión, periódicos, libros, etcétera. De la misma forma, algunas creencias se mantienen en el tiempo; otras se debilitan o desaparecen, y surgen nuevas creencias. Además, Ajzen (2005) agregó que las personas tienen el deseo de mostrar una imagen personal favorable.

De acuerdo con Ajzen (2005), las actitudes están compuestas de elementos cognitivos, afectivos e impulsos para realizar una actividad. El autor señaló que las personas que forman sus actitudes luego de analizarlas cuidadosamente tienen correlaciones más fuertes de actitud-comportamiento que los individuos que hacen poco “procesamiento central”, ya que basan sus actitudes en señales externas relativamente superficiales.

Ajzen y Fishbein (1977), igualmente indicaron que las entidades actitudinales y de comportamiento están compuestas por cuatro elementos diferentes: la acción, el objetivo en el que se dirige la acción, el contexto en el que se realiza la acción, y el momento en que es interpretado. Fishbein y Ajzen (1974) refirieron que solo los comportamientos que cumplen con los criterios de la escala Likert se espera que estén linealmente relacionados con la actitud, y que podrían predecirse a partir de varias medidas.

Además, señalaron que existen diferentes tipos de criterios de comportamiento que han sido utilizados en estudios donde se relaciona actitud y comportamiento. Un criterio de uso frecuente es la observación única de un solo acto, y existen también observaciones repetidas del mismo acto individual. A este respecto, se sugiere que sean utilizadas las primeras, por obtenerse mayor fidelidad.

Adicionalmente, Ajzen y Fishbein (1976) refirieron que las consideraciones de actitud eran más importantes de las intenciones bajo una competencia, es decir, de manera individual. Igualmente, Ajzen y Fishbein (1977) afirmaron que la actitud de una persona en referencia a un comportamiento específico es realizada de acuerdo a las consecuencias del mismo y los valores personales.

En este mismo sentido, Ajzen y Fishbein (2010) refirieron que las creencias que las personas tengan, van a influir de manera directa en la actitud. Las creencias tienen su origen en experiencias personales como la educación, medios de comunicación, familia y amigos; así como también tienen su procedencia en características individuales como la personalidad, edad, género, etnia, nivel socioeconómico, nacionalidad, afiliación religiosa, estado de ánimo, emoción, actitudes generales y valores, inteligencia, pertenencia a grupos, experiencias pasadas, exposición a información, apoyo social y habilidades de afrontamiento. Igualmente, estas fuentes de creencias les dan a las personas la información para que interpreten y recuerden según su criterio. Por lo tanto, estas posibilidades de resultado determinan la actitud de las personas hacia el ejecutar el comportamiento; es decir, su evaluación válida o negativa.

Ajzen y Fishbein (1977) mencionaron que existe una estrecha relación entre la actitud y el comportamiento; dichos conceptos son definidos por los elementos objetivo, acción, contexto y tiempo. Para la realización de este análisis se deben definir primero los

comportamientos que se están estudiando y los objetivos a los que se dirigen. Igualmente se sugiere revisar los medios que se van a utilizar para el cambio de actitud, el comportamiento que se va a modificar y la actitud ante la cual se busca influir.

Del mismo modo, Ajzen y Fishbein (1977) agregaron que la elevada correlación entre los predictores y los criterios asegurará relaciones sólidas de actitud-comportamiento, solo en la medida que los procedimientos de medición apropiados sean empleados. Fishbein y Ajzen (1974) mencionaron la importancia de diferenciar un acto único y varios actos, ya que los múltiples actos se definen como una actitud conductual, mientras que un solo acto no es válido para este criterio.

La actitud corresponde a la estimación que se tiene del comportamiento, al que se le asignan atributos y características de manera positiva o negativa, los cuales se asocian a consecuencias deseables y no deseables (Ajzen, 1991, 2002). Las actitudes son una parte que afecta al comportamiento dentro de diferentes características, incluyendo el pensamiento y las emociones; además, la actitud es valorada según las consecuencias que podrían presentarse y también de acuerdo a los valores de la persona (Ajzen y Fishbein, 1973).

Bowman y Fishbein (1978) utilizaron el modelo de actitud, y encontraron que era adecuado para predecir intenciones y motivaciones para realizar determinada acción. En el año 2003, Ajzen consideró que en el predictor de actitud era relevante el tipo de personalidad de un individuo para que influyera en la conducta, tomando como referencia lo señalado por Allport (1935), quien consideró que la actitud era un estado mental y neuronal que influye en la respuesta de la persona a los objetos y situaciones con que está relacionado.

Igualmente, Allport (1935) definió los rasgos del individuo como extraversión, que se refiere a la medida en que una persona es extrovertida o sociable, y el neuroticismo, que

consideró como la tendencia a ser excesivamente emocional y responder con ansiedad a situaciones estresantes, y que de esta forma se aprende a darle valor a los objetos que se cree que tienen características deseables, y se forman actitudes desfavorables hacia objetos que se asocian con características indeseables. Ajzen (2005) argumentó que tanto las respuestas verbales como las no verbales son comportamientos observables; igualmente les da el mismo valor metodológico y sugiere que se sometan a procedimientos de escala estándar.

El segundo determinante de la TAP es la *norma subjetiva*, la cual es un predictor de característica social que en ocasiones afecta las decisiones que las personas toman, influenciadas por el entorno; es decir, se ejerce con el objetivo de satisfacer a otras personas en relación a lo que esperaban de la persona que realiza el comportamiento, ya sean familiares, amigos o personas con cierta autoridad (Ajzen y Fishbein, 1973). Esta norma subjetiva se manifiesta con sentimientos de obligación moral para realizar o no realizar el comportamiento, según estas personas aprueben o desapruében la conducta (Ajzen, 1991 y 2002; Ajzen y Fishbein, 2010).

Igualmente, Ajzen y Fishbein (1973) señalaron que los comportamientos podían ser predecibles en referencia a las normas subjetivas y su relación con la motivación de las personas. También Ajzen y Fishbein (1977) refirieron que las expectativas normativas percibidas de referencia se multiplican por la motivación de la persona para cumplir con las expectativas. Además, Ajzen y Fishbein (1976) indicaron que las consideraciones normativas eran más relevantes bajo una orientación cooperativa; es decir, en conjunto con otras personas.

En el año 1972, Ajzen y Fishbein demostraron que las manipulaciones a la norma subjetiva produjeron cambios en esta percepción en relación a los efectos de realizar un comportamiento planteado.

En este sentido, la TAP ayudó a predecir que en situaciones donde la norma subjetiva es de importancia primordial, los cambios en este componente afectarían al comportamiento.

Lo anteriormente mencionado es con respecto a la TAR, mientras que el siguiente determinante corresponde a la TAP. La diferencia entre una teoría a otra es este último elemento, que es “la percepción de control”, la cual se refiere a la autoeficacia o a la habilidad de hacer el comportamiento denominado “percepción de control del comportamiento” (Ajzen, 2005). Éste depende de la disponibilidad de los bienes y talentos que la persona posea, y se refiere a la capacidad de realizar un comportamiento específico (de acuerdo con la teoría de Albert Bandura), concretamente la “autoeficacia”, que es la capacidad de ejecutar un comportamiento (Ajzen, 1991, 2002) y la capacidad de control (la productividad depende de la persona).

Se toman en cuenta las experiencias pasadas en el logro de superar impedimentos; cuanto mayor sea el control conductual percibido, más fuerte es la intención de una persona de ejecutar el comportamiento, el cual va a depender del tipo de comportamiento, las condiciones que se presenten y los factores que influyan de manera positiva o negativa en el proceso. Sin embargo, una persona puede no ser capaz de realizar un comportamiento dado, a pesar de su intención de hacerlo, si carece de la aptitud necesaria o si se le obstaculiza de hacerlo por circunstancias o por otras personas (Ajzen y Fishbein, 1973).

En relación al comportamiento existen dos tipos de factores que se clasifican como intrínsecos (inherentes a la persona) y extrínsecos (contexto). Estos factores se ven influenciados por las penalizaciones o retribuciones que reciban por su comportamiento (Ajzen, 1985, 1991); también se toma en cuenta si es poca la información que se posee en relación al comportamiento, o cuando se agregan nuevos datos, ya que puede haber poca

exactitud para llevar a cabo el comportamiento. Sin embargo, es posible predecir la intención de comportamiento adecuado; es decir, que entre mayor sea la percepción de control, mayor será la intención de realizar un comportamiento e igualmente se verá aumentada la perseverancia. Por su parte, el control conductual afecta a las intenciones, y este a su vez interfiere para realizar un comportamiento (Ajzen, 1991, 2002).

Ajzen (2005) señaló que si uno de los componentes de la TAP (actitud, norma subjetiva y percepción de control percibida) era de limitada importancia en la predicción del comportamiento, cualquier propósito de cambiarlo no tendría efecto sólido en el comportamiento. Uno de los propósitos de la TAP es predecir la intención de las personas de realizar un comportamiento determinado, el cual depende conjuntamente de la motivación (Ajzen, 1991). La intención tiene que ser medida en un tiempo no muy largo para que determine de manera significativa el posible comportamiento. Sin embargo, Ajzen (2001) señaló que investigaciones recientes revelaban las complejidades involucradas en traducir las intenciones en comportamiento real. Al respecto se analizaron las siguientes investigaciones, las cuales utilizaron solo algunos de los componentes de la TAP:

Boyd y Wandersman (1991) utilizaron la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen para medir las relaciones actitud-comportamiento, para investigar el uso del condón por parte de estudiantes universitarios. Igualmente, Richard y Van (1991) estudiaron el uso previo de condones relacionado con actitudes, normas subjetivas, autoeficacia, reacciones y hábitos afectivos anticipados, en el que la autoeficacia tuvo un fuerte efecto en la toma de medidas de precaución.

Por su parte White, et al (2002) llevaron a cabo dos experimentos para probar la coherencia entre actitud-conducta, la certeza de la actitud y la expresión repetida de la actitud

fortalecieron la consistencia actitud-conducta. De la misma forma Casey, et al (2009) realizaron un metáalisis en el que se hicieron estimaciones de la relación entre la autoeficacia y la respuesta para reducir el riesgo de infección por VIH.

Continuando con la TAP, en la que se incluye el componente motivación, está por su parte regulada por recursos materiales y físicos (Ajzen, 1985); si la intención y la motivación se encuentran presentes, se espera una victoria sobre lo planeado (Ajzen, 1991); sin embargo, pueden existir eventos en medio de estos dos conceptos, los cuales pueden provocar cambios en las intenciones y en la percepción de control. Se espera que la predicción del comportamiento mejore en la magnitud que la percepción de control sea evaluada de manera apropiada (Ajzen, 1991 y 2002).

Igualmente, Ajzen (2005) refirió que la realización del comportamiento se ve afectada por diferencias en estados de ánimo y por factores contextuales como el medio ambiente. Igualmente añadió que también los rasgos de personalidad influyen en la conducta, como: responsabilidad, sensibilidad interpersonal, necesidad de poder y autoestima. Así como también la conducta se ve afectada por la autoconciencia.

Por su parte Ajzen y Fishbein (2010) refirieron que si la persona percibe más presión social (norma subjetiva) para realizar el comportamiento que, para no realizarlo, se sentirá más comprometida a ejecutarlo. Así mismo, si la persona siente que el desarrollo del comportamiento es adecuado para su imagen personal, y que los sentimientos hacia dicho comportamiento son positivos, se sentirá motivada para realizarlos, y por último influye si la persona se siente capaz de realizar el comportamiento.

La TAP ha sido utilizada en diferentes estudios:

Para estudiar las variables del modelo de la conducta planeada en referencia a los indicadores del comportamiento lector (Mújica, et al., 2011); en la psicología del deporte y ejercicio (Crocker, 1993); para analizar la adecuación de la teoría del comportamiento planificado en personas alcohólicas (Cortes, 2001); para conocer el efecto predictivo de la actitud, norma subjetiva y control conductual sobre la intención y el consumo de drogas (Guzmán, et al., 2014); para el diseño de una tesis doctoral, en la cual se estableció la acción planificada en la seguridad vial en función de la velocidad, el alcohol y las drogas, desde una perspectiva empírica (Pintado, 2017).

De la misma forma, la TAP ha sido usada con el objetivo de diseñar adecuadamente las intervenciones en un programa comunitario de salud del corazón (Nguyen, Béland, Otis y Potvin, 1996) y para evitar el consumo de *cannabis* en adolescentes (Morell, et al., 2016).

Ajzen y Fishbein (2010) refirieron que en la salud se toman decisiones para participar en comportamientos relacionados con el bienestar físico, y se toman en consideración la probabilidad o peligro percibido de contraer una enfermedad, percepciones de complicaciones en el organismo, suposición sobre los gastos económicos y expectativas positivas de realizar el comportamiento de salud indicado, así como la autoeficacia percibida en relación con el comportamiento.

Por lo antes mencionado, la mujer en gestación se confronta con diversas situaciones esperadas y no esperadas durante el embarazo. Por ello se pretendió clasificarlas e identificarlas a partir de la revisión de literatura, para posteriormente conocer la realización de las mismas.

En el presente capítulo dos se estableció el marco conceptual, destacando los términos relevantes de la mujer en estado de gestación y del recién nacido. Asimismo, se realizó una

revisión bibliográfica y análisis de los temas: Necesidades en el embarazo, necesidades en el puerperio (cuarenta días posteriores al parto), importancia de fomento de hábitos saludables, educación materna, beneficios de la educación materna y relación enfermera (o)-mujer embarazada. Igualmente se establecieron los once comportamientos deseados durante la gestación que posteriormente se iban a estudiar. De la misma forma se tomó como fundamento científico la Teoría de Acción planeada del Dr. Icek Ajzen desarrollada en 1985.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

En el presente capítulo se detallan las características de las mujeres participantes, que incluyeron: técnicas de observación utilizadas, cantidad, criterios de inclusión y exclusión, características sociodemográficas y tipo de participación en el programa.

Igualmente se describen las técnicas utilizadas en relación a la descripción, confianza y validez. Por último, se describe el procedimiento para efectuar la observación; la gestión para el acceso a la observación, y la información expuesta en el recabo de datos, la logística en el recabo de datos y los criterios de separación.

Técnicas de observación utilizadas

Descripción

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, el cual proviene del estudio positivista, donde los integrantes son los objetos físicos y los procesos; los hallazgos provienen del mundo físico, y el objetivo es describir la causa-efecto. En este tipo de investigación se desarrolla un plan, así como también se lleva a cabo la observación y evaluación de fenómenos, realizada por medio de un proceso secuencial, a través de etapas.

Así mismo, en el método cuantitativo se especifican los objetivos y las preguntas de investigación, como fue el caso de este estudio. La presente investigación fue descriptiva, ya que la finalidad de este tipo de estudio es describir fenómenos, situaciones, contextos y

sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan, en este caso se estudió el autocuidado de las mujeres en gestación.

Igualmente, con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis; es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren.

En este sentido, se recogió información referente a once comportamientos deseados durante la gestación. Así mismo, este estudio fue transversal, ya que se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo único. La presente investigación se caracterizó por ser no experimental, ya que no hubo manipulación de las variables; es decir, cada participante poseía sus propias características (Hernández, et al., 2014; y Kerlinger y Lee, 2002).

Cantidad

En este estudio se tomó en cuenta la participación de 202 mujeres embarazadas que acudieron a la consulta prenatal en un hospital público del gobierno federal, de segundo nivel de atención, por lo que el servicio era gratuito, habiéndose atendido anteriormente en los centros comunitarios correspondientes a sus domicilios.

Al hospital antes mencionado acudían mujeres en gestación que cursaban el tercer trimestre de embarazo, excepto las mujeres que cursaban alto riesgo (menores a quince años, mayores a cuarenta años o con enfermedades), la cita regularmente era una vez por mes.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron las mujeres embarazadas que acudieron a la consulta prenatal en el hospital público donde se realizó la investigación, las cuales decidieron participar libremente. A ellas se les abordó en las sillas de la sala de espera, afuera del consultorio de maternidad.

Las mujeres estaban cursando el tercer trimestre de embarazo; los dos trimestres anteriores habían sido atendidas en los centros comunitarios de salud, excepto embarazos de alto riesgo; es decir, mujeres con edades extremas, adolescentes y mayores de 35 años, y mujeres con patologías previas (diabetes, alta presión, hipotiroidismo u otras enfermedades por las cuales ya cursaban o enfermedades adquiridas durante el embarazo).

Al grupo de mujeres participantes se le explicaron de manera directa los motivos de la realización de esta investigación, así como también la forma de contestar el cuestionario, reiterando que en cualquier momento se podían retirar de la participación si así lo deseaban y que además sus datos serían tratados con confidencialidad, anonimato, ética, así como también al finalizar se les agradeció su participación de manera personal y verbal. En general, las participantes tardaron de 20 a 30 minutos aproximadamente para contestar.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión consistieron en las mujeres embarazadas que decidieron no participar en la investigación. Tres madres decidieron no participar porque eran de alto riesgo y llegaban directamente a que se les realizara algún procedimiento; tres decidieron no

contestar el cuestionario porque estaban ocupadas en trámites administrativos del servicio médico; tres mujeres embarazadas no quisieron participar porque decidieron no firmar la hoja de consentimiento informado; una mujer se negó a contestar porque consultó con su pareja contestar el cuestionario y su pareja le dijo que no contestara; una mujer embarazada dijo que estaba muy cansada para contestar; una mujer embarazada no participó porque tenía deficiencia mental, y por último decidieron no participar las mujeres embarazadas que con anterioridad ya habían contestado.

Es importante mencionarlo, ya que varias mujeres acudieron en más de una ocasión a la consulta prenatal porque así se les había indicado. Así como también mujeres embarazadas tarahumaras que no sabían leer ni escribir. En total, las mujeres que no participaron fueron seis.

Criterios de separación

Finalmente, se establecieron como criterios de separación los diez cuestionarios que no fueron contestados en su totalidad por las participantes de este estudio.

Características sociodemográficas

De las 202 mujeres entrevistadas, el 29% tenía entre 19 y 22 años, y el 63% entre 16 y 26 años de edad. El estado civil del 58% de las mujeres era en unión libre, seguido del 21% correspondiente a solteras, y el 21% eran casadas. El nivel escolar del 57% de las mujeres fue de secundaria, seguido por el 30%, de preparatoria; 6%, de primaria; 6%, de nivel licenciatura, y solo una paciente con especialidad.

Tipo de participación en el programa

La participación de las mujeres embarazadas en este estudio consistió en que llenaron un cuestionario con preguntas de opción múltiple y preguntas sociodemográficas, que más adelante se detallarán.

Para esta investigación se adaptó el cuestionario validado en el artículo “La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular”, de Carpi, et al. (2005). La determinación de las variables del estudio se realizó con base en la Teoría de la Acción Planeada, de Ajzen (1985).

Las variables que se mencionan a continuación son las independientes y la dependiente, las cuales son constructos a los que se les atribuye un valor para ser medibles (Kerlinger y Lee, 2002).

Variables independientes

Actitud

Consiste en hacer un análisis de manera positiva o negativa sobre un objeto, en una situación específica, al que se le asignan atributos y características de manera positiva o negativa, los cuales se asocian a consecuencias deseables y no deseables; es representada de manera individual.

Las actitudes afectan al comportamiento dentro de diferentes características, incluyendo el pensamiento y las emociones (Ajzen y Fishbein, 1973, 1991 y 2002).

Norma subjetiva

Es un predictor de característica social que afecta en las decisiones de las personas, influenciadas por el entorno; se ejerce con el objetivo de satisfacer a otras personas en relación a lo que se espera de la persona que realiza el comportamiento; pueden ser familiares, amigos, personas con cierta autoridad, etcétera, y se manifiesta con sentimientos de obligación moral para realizar o no realizar el comportamiento (Ajzen, 1991, 2002; Ajzen y Fishbein, 1973).

Percepción de control

Es la capacidad percibida de la persona para realizar un comportamiento específico y a su aptitud de control; éste depende de la disponibilidad de los bienes y talentos que la persona posea, y se toman en cuenta las experiencias pasadas en el logro de superar impedimentos (Ajzen, 1991 y 2002).

Así mismo, aborda los orígenes de la eficacia personal en los procesos cognitivos, motivacionales y afectivos, y cómo las creencias de eficacia intervienen en las acciones y de qué forma estas acciones pueden alterarse o lograr el éxito (Bandura, 1981, 1988 y 1996).

Variable dependiente

Autocuidado

La esencia del autocuidado es que las personas tengan la aptitud para hacerse responsables de su salud o manejo de su enfermedad, y el objetivo primordial es el cambio de conducta y la adquisición de hábitos beneficiosos que sean estables para cuidar y conservar una salud óptima, y sean capaces de tomar sus propias decisiones (Camarellas, et al., 2013; Cantilio y Blanco, 2017; Centeno, et al., 2018; Gómez, 2017; Martínez, Olivos, Gómez y Cruz, 2016; Rodríguez, 2018).

Diseño del instrumento

Se hizo una búsqueda en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nursing Interventions Classification, NIC) sobre los cuidados necesarios que debe llevar a cabo la mujer embarazada, según Butcher, et al. (2018). El NIC es el libro que contiene las clasificaciones de intervenciones de enfermería estandarizados, lo cual permite una mejor comunicación entre el personal de enfermería. Dicho documento es utilizado a nivel internacional y fue iniciado en 1992.

El NIC fue diseñado por medio de análisis de contenido, entrevistas a expertos y grupos focales, en el que participan un grupo de investigadores de la Universidad de Iowa y con el respaldo del Instituto Nacional de Investigación de Enfermería. Estas intervenciones de enfermería son clasificadas por medio de un sistema de codificación numérica, el cual facilita

el lenguaje técnico para los entornos de cuidado a la salud, con el objetivo de otorgar cuidado de enfermería para lograr el resultado esperado en la persona; pueden ser cuidados fisiológicos, psicológicos o de mejoramiento para la salud.

Por medio de la revisión minuciosa de este documento, específicamente en el apartado “Prenatal Care” que habla del cuidado de la salud durante el embarazo, se eligieron once comportamientos deseados, los cuales son:

1. Tomar ácido fólico: Evita enfermedades del tubo neural en el bebé, abortos y sangrados (Ceccaldi, et al., 2015).
2. Dar lactancia materna durante seis meses. Los beneficios para el hijo son el descenso de enfermedades (Cabello, et al., 2018), así mismo los beneficios de la lactancia para la madre son la disminución en la incidencia del cáncer de mama y de ovario (Sola, et al., 2016).
3. Alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz. Los beneficios son evitar anemias y fortalecer los huesos.
4. Identificar problemas al orinar, con el objetivo de evitar nacimientos antes de tiempo (Baldeyrou y Tattevin, 2018).
5. Acudir al centro de salud cuando hay sangrado: evitar anemias en la mujer, evitar abortos y nacimientos antes de tiempo.
6. Evitar fumar. Los beneficios son evitar malformaciones en el bebé y bajo peso al nacer (Abellán, et al., 2015).
7. Evitar consumir alcohol. Los beneficios son evitar malformaciones en el bebé y bajo peso al nacer (Lichtenberger, et al., 2015).
8. Identificar problemas en la secreción vaginal. Los beneficios son evitar bajo peso al nacer y nacimientos antes de tiempo (Ceccaldi, et al., 2015).

9. Identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos. Los beneficios son evitar enfermedades en la madre, nacimientos antes de tiempo y bajo peso al nacer (Feulner, 2015).

10. Identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara. Los beneficios son evitar enfermedades en la madre, nacimientos antes de tiempo y bajo peso al nacer (Pereira, et al., 2017).

11. Identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo. El beneficio es conocer el estado neurológico y psicomotor del bebé (Ceccaldi, et al., 2015).

Estos once comportamientos deseados durante la gestación se destacaron porque ayudan a la preservación de la vida de la mujer y de su bebé, ya que si se altera alguno de ellos la mujer embarazada puede sufrir complicaciones y también su bebé, además de que con el desarrollo de los mismos se promueve su bienestar, pues la mujer está haciendo uso de su “autocuidado”; es decir, puede identificar en su cuerpo alguna posible alteración o mantenimiento de su salud.

Estos once comportamientos se conformaron a su vez por la Guía de Práctica Clínica para el Personal de Enfermería (2018), el cual es un documento que se encuentra en línea. Tiene un buscador, por medio del cual se puede tener acceso al listado de intervenciones de enfermería para llevar a cabo el control prenatal en el primer nivel de atención con fundamentos teóricos y evidencias científicas clínicas. Además, contiene recomendaciones, así como planes de cuidado de enfermería.

Dicho documento fue realizado por profesionistas del Sector Salud de México, sustentados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). El documento se puede descargar y reproducir para fines de práctica clínica y enseñanza, utilizando el juicio clínico del profesional de enfermería.

Técnicas estadísticas

Para dar tratamiento a la información obtenida de los cuestionarios, se utilizó el programa de computación SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), con el propósito de realizar el estudio analítico factorial confirmatorio para determinar las coherentes agrupaciones de los datos en categorías, en relación a lo que el instrumento pudiera medir, así como también se realizó la determinación por agrupación, según lo que también daba sentido a priori, referente a la teoría para que quedara mejor representada para definir la agrupación en referencia al sentido práctico (Kerlinger y Lee, 2002).

Del mismo modo, se utilizó el Structural Equation Modeling (SEM, por sus siglas en inglés), también conocido como Análisis Estructural de Covarianza, el cual, para poder ser utilizado se requirió obtener conocimientos matemáticos y habilidades en el uso de sistemas computacionales.

Se empleó uno de los tres programas computacionales que ha sido utilizado para el estudio de covarianza, el Analysis of Moment Structures (AMOS, por sus siglas en inglés), que fue dado a conocer por SmallWaters Corporation.

El programa AMOS permite explicar de manera esquemática, a través de mecanismos de dibujo, el análisis de covarianza, el cual se estima como una combinación del análisis factorial y el análisis de regresión múltiple. Los beneficios de esta metodología es que se pueden realizar los efectos de las variables latentes y variables observadas, como se detallará más adelante.

Las variables latentes se refieren a constructos diseñados para dar una explicación de un comportamiento expresado; es una variable que no es observada de manera directa, la cual se cree que es inherente a una persona, por lo que se mide a través de las variables observadas. Uno de los mejores ejemplos para definirla es el de la “inteligencia”, la cual puede ser explicada por medio de las variables observadas, que son: habilidades verbales, numéricas y espaciales.

Por ello, es relevante medir estos “indicadores” o “comportamientos” que se expresan como variables observadas, ya que pueden ser empleadas para estudios psicológicos y sociológicos.

A continuación, se analizará de forma más precisa el SEM utilizado en este estudio, el cual es un método de característica estadística; ayuda a la comprobación de hipótesis en relación a un fenómeno que se desea estudiar. Este modelo está fundamentado en dos aspectos; el primero, en el uso de regresiones, y el segundo, en el que se obtienen relaciones que pueden ser graficadas, lo cual permite tener una visión más exacta de la teoría que se está planteando.

Así mismo, se pueden probar estadísticamente las variables en relación a la coherencia con los datos obtenidos, ya que su propósito es con fines inferenciales y no descriptivos.

De la misma forma, el SEM permite conocer el error de medición para conocer la inexactitud de los datos, el cual debe permanecer de forma no significativa.

Otra de las ventajas del SEM, a diferencia de otros métodos de análisis, es que permite la integración de variables latentes y observadas. Por lo antes mencionado, el SEM ha sido utilizado por investigadores en estudios no experimentales, como el presente estudio.

Para el estudio del comportamiento en el ser humano existen constructos teóricos que no pueden ser observados de manera directa, a los cuales se les denomina variables latentes; la persona que está investigando dicho fenómeno requiere de operacionalizar la variable latente de interés, por lo que la variable latente está relacionada a su vez con una variable observada. La observación puede realizarse por medio de respuestas de autoinforme, que fueron las que se utilizaron para este estudio.

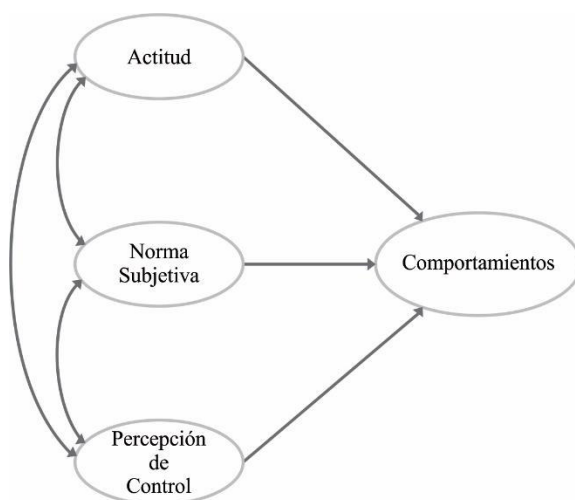
El análisis factorial es utilizado en el SEM, procedimiento estadístico que ha sido utilizado para analizar las relaciones entre las variables observadas y latentes, específicamente para el estudio de covarianza entre un grupo de variables observadas, el cual se puede presentar de manera matemática o esquemática. Con el uso del SEM se determina la bondad de ajuste entre el modelo hipotético y los datos de la muestra; la diferencia que resulta de ambos se le denomina residual.

Con la utilización del SEM se pretende también un modelo significativo; es decir, que aporte relevancia social y, por otra parte, ajustado estadísticamente. En el análisis factorial se formulan ítems en un cuestionario para la medición de construcciones latentes.

En el análisis factorial las relaciones están representadas por cargas factoriales. Igualmente, el SEM se presenta de manera gráfica utilizando figuras geométricas (ver Figura 1).

Figura 1

Esquema de la Teoría de la Acción Planeada (adaptada)



Elipses representan: Variables

Flechas con una punta: Impacto de una variable sobre otra

Flechas con dos puntas: Covarianzas (relaciones entre variables pares)

Igualmente se utilizó del programa EMOS, que está diseñado con el propósito de realizar SEM. Consiste en un programa computacional de Microsoft Windows, en el que los instrumentos de dibujo se utilizan para mostrar de manera gráfica el SEM. Así mismo, a través de los menús desplegables que el programa ofrece, se realizaron estimaciones de los datos de manera esquemática.

Confiabilidad

Para la medición de confiabilidad se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach (Landro y González, 2006), quedando de esta forma: en primer lugar, para la medición de la variable actitud de cada comportamiento .71; en segundo lugar, para la medición de la norma subjetiva de la variable familia de cada comportamiento .95; en tercer lugar, para la variable percepción

de control de cada comportamiento .79, y por último, .77 para la variable comportamiento, la cual especifica la realización de cada comportamiento esperado.

Para la validación del instrumento, los constructos fueron revisados por diez expertos, los cuales fueron: dos doctoras en Educación, un doctor en Educación, una Maestra en Educación, una enfermera especialista en Materno-infantil, una enfermera pediatra, dos enfermeras generales encargadas del cuidado de mujeres embarazadas en el servicio de consulta prenatal, una Médica ginecóloga y una Maestra en Enfermería. Los expertos realizaron observaciones, comentarios y sugerencias al instrumento, las cuales fueron tomadas en cuenta para hacer las modificaciones y adaptaciones pertinentes, que se detallan a continuación:

Experto uno, Doctora en Educación. Mencionó que el instrumento era largo; que había palabras repetidas; que debía incluir logotipos de la UACH y de la Facultad; añadir una breve explicación para contestar el cuestionario, y aplicar del cuestionario a dos mujeres en gestación para identificar errores en la redacción, previo a la recolección de la prueba piloto.

Experto dos, Doctora en Educación y Enfermera especialista en Pediatría. Sugirió acudir a una clase con ella y adecuar el instrumento en función de las variables.

Experto tres, Doctor en Educación. Recomendó cuidar la redacción del instrumento; utilizar el cuadro de operacionalización de las variables para la adecuada elaboración de las preguntas; colocar en primer lugar los datos sociodemográficos, y adecuar las preguntas al lenguaje de las mujeres embarazadas. También consideró que el instrumento era largo y preguntó sobre la disposición de las mujeres gestantes para contestar.

Experto cuatro, Maestra en Educación, jefa de enseñanza del hospital. Observó que el instrumento debía ser acorde a los objetivos; resaltó la importancia de diseñar un cuestionario fundamentado con la teoría, y por último agradecer a las participantes.

Experto cinco, enfermera especialista en materno-infantil. Preguntó si iban a participar mujeres que no supieran leer ni escribir y sugirió que las preguntas fueran comprensibles de acuerdo al nivel socioeconómico bajo, el cual era el más frecuente en las mujeres embarazadas.

Experto seis, enfermera pediatra. Sugirió evitar el uso de tecnicismos, los cuales fueron edema, prurito y movimientos fetales. Cambiar edema por inflamación, prurito por comezón y movimientos fetales por movimientos del bebé.

Experto siete, enfermera general encargada del cuidado de mujeres embarazadas en el servicio de consulta prenatal. Sugirió evitar la repetición de preguntas e incluir su número de consulta prenatal.

Experto ocho, enfermera general encargada del cuidado de mujeres embarazadas en el servicio de consulta prenatal. Recomendó preguntar a las mujeres en gestación si conocían los beneficios de los cuidados en el embarazo.

Experto nueve, Médica ginecóloga y jefa médica del servicio de consulta prenatal. Solicitó añadir en las preguntas el mes de gestación e igualmente agregar la pregunta de número de hijos, con el propósito de conocer su experiencia con hijos anteriores.

Experto diez, Maestra en Enfermería y jefa del servicio de Tococirugía. Sugirió mencionar los alimentos ricos en calcio y hierro (frijoles y tortilla de maíz); preguntar si la mujer es capaz de acudir a un centro de salud si presenta sangrado; adecuar el lenguaje del

instrumento a las características de las mujeres que acudían a la consulta prenatal, ya que las pacientes que se atienden en el hospital donde ella labora son de clase media baja y baja.

Así mismo, se revisó un tríptico que fue diseñado por enfermeras del servicio de Tococirugía, el cual se les da a las mujeres embarazadas que acuden a la consulta prenatal y al servicio de urgencias ginecológicas. Dicho tríptico era muy similar al cuestionario que se estaba proponiendo en este estudio, ya que en ambos se mencionaban los signos de alarma, por lo cual las mujeres en gestación debían acudir a su centro de salud.

Por último, esta experta sugirió tomar en cuenta la necesidad económica de algunas mujeres, lo cual era una influencia para la alimentación adecuada o inadecuada.

En el instrumento se utilizaron respuestas de la escala tipo Likert, las cuales fueron un grupo de reactivos de actitud, a los cuales se les asignó un valor (Kerlinger y Lee, 2002). Las actitudes provienen de la personalidad de un individuo; una actitud se refiere a la predisposición de formas de razonar, considerar, estimar y a la realización de un comportamiento. En este tipo de preguntas, la persona contesta con grados de acuerdo o desacuerdo al elegir una respuesta, con el propósito de ubicar a la persona en un nivel de acuerdo de la actitud.

A continuación, se explicará el instrumento utilizado para esa investigación, el cual se compone de once comportamientos deseados durante el embarazo, los cuales ya fueron explicados con anterioridad en referencia a los beneficios de llevarlos a cabo y los riesgos e implicaciones de no realizarlos.

Tabla 1*Tomar ácido fólico*

N. 1	Tomar ácido fólico					
1.1	Para evitar el riesgo de enfermedades en su bebé, en qué medida es importante para usted tomar ácido fólico					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1.2	En qué medida intenta tomar ácido fólico para complacer a las siguientes personas de su entorno:					
		Nada	Algo	Neutral	Bastante	Mucho
	A su familia					
	A sus amigos					
	Al personal de salud					
1.3	Cuando se lo propone, se siente capaz de tomar ácido fólico:					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1.4	Para evitar enfermedades en su bebé, con qué frecuencia toma ácido fólico					
	Muy infrecuentemente	Infrecuentemente	Ni infrecuentemente Ni frecuentemente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	

En este primer comportamiento se preguntó respecto a si la mujer embarazada tomaba ácido fólico. La pregunta 1.1 se diseñó para medir la *actitud* de la mujer embarazada con respecto a este comportamiento, tomando como fundamento la Teoría de la Acción Planeada (TAP), y se presentaron cinco opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta número 1.2 se fundamentó en el segundo componente de la TAP, que es la *norma subjetiva*, en la cual la persona realiza un determinado comportamiento para agradar a otras personas. Se buscó preguntar la importancia que le da la mujer embarazada a lo que otros piensan en relación a la toma de ácido fólico, y se presentaron las respuestas en opción tipo Likert.

La pregunta número 1.3 se diseñó con el objetivo de medir la *percepción de control percibida*, que es el tercer componente de la TAP, y se refiere a la capacidad de la persona para realizar el comportamiento; igualmente se presentaron respuestas tipo Likert.

La pregunta 1.4 se fundamentó también en la TAP, específicamente sobre si la mujer realizaba el comportamiento y con qué frecuencia, y se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

Tabla 2*Dar lactancia materna durante 6 meses*

N. 2	Dar lactancia materna durante 6 meses.					
2.1	Para evitar el riesgo de enfermedades en su bebé y en usted, en qué medida es importante para usted dar lactancia materna durante 6 meses					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
2.2	En qué medida piensa dar lactancia materna durante 6 meses para complacer a las siguientes personas de su entorno:					
		Nada	Algo	Neutral	Bastante	Mucho
	A su familia					
	A sus amigos					
	Al personal de salud					
2.3	Si se lo propone, se siente capaz de dar lactancia materna durante 6 meses:					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
2.4	Para evitar enfermedades en su bebé, con qué frecuencia piensa dar lactancia materna durante 6 meses					
	Muy infrecuentemente	Infrecuentemente	Ni infrecuentemente Ni frecuentemente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	

En este segundo comportamiento se preguntó con respecto a que la mujer embarazada diera lactancia materna. La pregunta 2.1 se diseñó para medir la *actitud* de la mujer embarazada respecto a este comportamiento, tomando como fundamento la TAP, y se presentaron cinco opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta número 2.2 se fundamentó en el segundo componente de la TAP, que es la *norma subjetiva*, en la cual la persona realiza un determinado comportamiento para agradar a otras personas. La pregunta se dirigió a la importancia que le da la mujer embarazada a lo que

otros piensan en relación a dar lactancia materna durante seis meses, y se presentaron las respuestas tipo Likert.

La pregunta número 2.3 se diseñó con el objetivo de medir la *percepción de control percibida*, que es el tercer componente de la TAP, y se refiere a la capacidad de la persona para realizar el comportamiento; igualmente se presentaron respuestas tipo Likert.

La pregunta 2.4 se fundamentó también en la TAP; se preguntó si la mujer embarazada realizaba el comportamiento y con qué frecuencia, y de la misma forma se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

Tabla 3*Alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz*

N. 3	Alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz.					
3.1	Para evitar el riesgo de enfermedades en su embarazo, en qué medida es importante para usted alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
3.2	En qué medida intenta alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz para complacer a las siguientes personas de su entorno:					
		Nada	Algo	Neutral	Bastante	Mucho
	A su familia					
	A sus amigos					
	Al personal de salud					
3.3	Cuando se lo propone, se siente capaz de alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz:					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
3.4	Para evitar enfermedades en su bebé, con qué frecuencia se alimenta con frijoles, leche y tortillas de maíz					
	Muy infrecuentemente	Infrecuentemente	Ni infrecuentemente Ni frecuentemente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	

En este tercer comportamiento se preguntó respecto a si la mujer embarazada se alimentaba con frijoles, leche y tortillas de maíz. La pregunta 3.1 se diseñó para medir la *actitud* de la mujer embarazada respecto a este comportamiento; tomando como fundamento la TAP, se presentaron cinco opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta número 3.2 se fundamentó en el segundo componente de la TAP, que es la *norma subjetiva*. La pregunta se dirigió a la importancia que le da la mujer embarazada a lo que otras personas piensan en relación a alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz, y se presentaron las respuestas en opción tipo Likert.

La pregunta número 3.3 se diseñó con el objetivo de medir la *percepción de control percibida*, tercer componente de la TAP, y se refiere a la capacidad de la persona para realizar el comportamiento; se presentaron respuestas tipo Likert.

La pregunta 3.4 también se fundamentó en la TAP; específicamente se preguntó si la mujer embarazada realizaba el comportamiento y con qué frecuencia, y se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

Tabla 4*Identificar problemas al orinar*

N. 4	Identificar problemas al orinar					
4.1	Para evitar el riesgo de enfermedades en su embarazo, en qué medida es importante para usted identificar problemas al orinar					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
4.2	En qué medida intenta identificar problemas al orinar para complacer a las siguientes personas de su entorno:					
		Nada	Algo	Neutral	Bastante	Mucho
	A su familia					
	A sus amigos					
	Al personal de salud					
4.3	Cuando se lo propone, se siente capaz de identificar problemas al orinar:					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
4.4	Para evitar enfermedades en su embarazo, con qué frecuencia identifica problemas al orinar					
	Muy infrecuentemente	Infrecuentemente	Ni infrecuentemente Ni frecuentemente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	

En este cuarto comportamiento se preguntó respecto a si la mujer embarazada identificaba problemas al orinar. La pregunta 4.1 se diseñó para medir la *actitud* de la mujer embarazada con respecto a este comportamiento, tomando como fundamento la TAP, y se presentaron cinco opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta número 4.2 se fundamentó en el segundo componente de la TAP, que es la *norma subjetiva*, en la cual la persona realiza un comportamiento para agradar a otras personas. La pregunta se dirigió hacia la importancia que le da la mujer embarazada a lo que otras personas piensan en relación a identificar problemas al orinar, y se presentaron las respuestas en opción tipo Likert.

La pregunta número 4.3 se diseñó con el objetivo de medir la *percepción de control percibida*, que es el tercer componente de la TAP; específicamente se preguntó si la mujer embarazada realizaba el comportamiento y con qué frecuencia, y de la misma forma se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta 4.4 se fundamentó también en la TAP, específicamente sobre si la mujer realizaba el comportamiento y con qué frecuencia, y se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

Tabla 5*Acudir al centro de salud cuando hay sangrado*

N. 5	Acudir al centro de salud cuando hay sangrado					
5.1	Para evitar el riesgo de enfermedades en su embarazo, en qué medida es importante para usted acudir al centro de salud cuando hay sangrado					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
5.2	En qué medida intenta acudir al centro de salud cuando hay sangrado para complacer a las siguientes personas de su entorno:					
		Nada	Algo	Neutral	Bastante	Mucho
	A su familia					
	A sus amigos					
	Al personal de salud					
5.3	Cuando se lo propone, se siente capaz de acudir al centro de salud cuando hay sangrado:					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
5.4	Para evitar enfermedades en su embarazo, con qué frecuencia acude al centro de salud cuando hay sangrado					
	Muy infrecuentemente	Infrecuentemente	Ni infrecuentemente Ni frecuentemente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	

En este quinto comportamiento se preguntó con respecto a si la mujer embarazada acudía al centro de salud cuando había sangrado. La pregunta 5.1 se diseñó para medir la *actitud* de la mujer embarazada con respecto a este comportamiento; tomando como fundamento la TAP, se presentaron cinco opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta número 5.2 se fundamentó en el segundo componente de la TAP, que es la *norma subjetiva*. La pregunta se dirigió a la importancia que le da la mujer embarazada a lo que otras personas piensan en relación a acudir al centro de salud cuando hay sangrado; se presentan las respuestas en opción tipo Likert.

La pregunta número 5.3 se diseñó con el objetivo de medir la *percepción de control percibida*, que es el tercer componente de la TAP, el cual se refiere a la capacidad de la persona para realizar el comportamiento; igualmente se presentaron respuestas tipo Likert.

La pregunta 5.4 también se fundamentó en la TAP; específicamente se preguntó si la mujer realizaba el comportamiento y con qué frecuencia, y se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

Tabla 6*Evitar fumar*

N. 6	Evitar fumar					
6.1	Para evitar el riesgo de enfermedades en su bebé, en qué medida es importante para usted evitar fumar					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
6.2	En qué medida intenta evitar fumar para complacer a las siguientes personas de su entorno:					
		Nada	Algo	Neutral	Bastante	Mucho
	A su familia					
	A sus amigos					
	Al personal de salud					
6.3	Cuando se lo propone, se siente capaz de evitar fumar:					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
6.4	Para evitar enfermedades en su bebé, con qué frecuencia evita fumar					
	Muy infrecuentemente	Infrecuentemente	Ni infrecuentemente Ni frecuentemente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	

En este sexto comportamiento se preguntó si la mujer embarazada evitaba fumar. La pregunta 6.1 se diseñó para medir la *actitud* de la mujer embarazada con respecto a este comportamiento; tomando como fundamento la TAP, se presentaron cinco opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta número 6.2 se fundamentó en el segundo componente de la TAP, que es la *norma subjetiva*. La pregunta se dirigió para preguntar la importancia que le da la mujer embarazada a lo que otras personas piensan en relación a evitar fumar; se presentan las respuestas en opción tipo Likert.

La pregunta número 6.3 se diseñó con el objetivo de medir la *percepción de control percibida*, tercer componente de la TAP, y se refiere a la capacidad de la persona para realizar el comportamiento; se presentaron respuestas tipo Likert.

La pregunta 6.4 igualmente se fundamentó en la TAP; se preguntó si la mujer realizaba el comportamiento y con qué frecuencia, y de la misma forma se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

Tabla 7*Evitar consumir alcohol*

N. 7	Evitar consumir alcohol					
7.1	Para evitar el riesgo de enfermedades en su bebé, en qué medida es importante para usted evitar consumir alcohol					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
7.2	En qué medida intenta evitar consumir alcohol para complacer a las siguientes personas de su entorno:					
		Nada	Algo	Neutral	Bastante	Mucho
	A su familia					
	A sus amigos					
	Al personal de salud					
7.3	Cuando se lo propone, se siente capaz de evitar consumir alcohol:					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
7.4	Para evitar enfermedades en su bebé, con qué frecuencia evita consumir alcohol					
	Muy infrecuentemente	Infrecuentemente	Ni infrecuentemente Ni frecuentemente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	

En este séptimo comportamiento se preguntó con respecto a si la mujer embarazada evitaba consumir alcohol. La pregunta 7.1 se diseñó para medir la *actitud* de la mujer embarazada con respecto a este comportamiento; tomando como fundamento la TAP, se presentaron cinco opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta número 7.2 se fundamentó en el segundo componente de la TAP, que es la *norma subjetiva*. La pregunta se dirigió para preguntar la importancia que le da la mujer embarazada a lo que otras personas piensan en relación a evitar consumir alcohol; se presentan las respuestas en opción tipo Likert.

La pregunta número 7.3 se diseñó con el objetivo de medir la *percepción de control percibida*, tercer componente de la TAP, y se refiere a la capacidad de la persona para realizar el comportamiento; se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta 7.4 también se fundamentó en la TAP; específicamente se preguntó si la mujer realizaba el comportamiento y con qué frecuencia, y de la misma forma se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

Tabla 8*Identificar problemas en la secreción vaginal*

N. 8	Identificar problemas en la secreción vaginal					
8.1	Para evitar el riesgo de enfermedades en su bebé, en qué medida es importante para usted identificar problemas en la secreción vaginal					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
8.2	En qué medida intenta identificar problemas en la secreción vaginal para complacer a las siguientes personas de su entorno:					
		Nada	Algo	Neutral	Bastante	Mucho
	A su familia					
	A sus amigos					
	Al personal de salud					
8.3	Cuando se lo propone, se siente capaz de identificar problemas en la secreción vaginal:					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
8.4	Para evitar enfermedades en su bebé, con qué frecuencia identifica problemas en la secreción vaginal					
	Muy infrecuentemente	Infrecuentemente	Ni infrecuentemente Ni frecuentemente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	

En este octavo comportamiento se pregunta con respecto a si la mujer embarazada identifica problemas en la secreción vaginal. La pregunta 8.1 se diseñó para medir la *actitud* de la mujer embarazada con respecto a este comportamiento; tomando como fundamento la TAP, se presentaron cinco opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta número 8.2 se fundamentó en el segundo componente de la TAP, que es la *norma subjetiva*. La pregunta se dirigió a la importancia que le da la mujer embarazada a lo que otras personas piensan en relación a identificar problemas en la secreción vaginal; se presentan las respuestas en opción tipo Likert.

La pregunta número 8.3 se diseñó con el objetivo de medir la *percepción de control percibida*, tercer componente de la TAP, y se refiere a la capacidad de la persona para realizar el comportamiento; se presentaron respuestas tipo Likert.

La pregunta 8.4 igualmente se fundamentó en la TAP; específicamente se preguntó si la mujer realizaba el comportamiento y con qué frecuencia. De la misma forma, se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

Tabla 9*Identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos*

N. 9	Identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos					
9.1	Para evitar el riesgo de enfermedades en su bebé y en usted, en qué medida es importante para usted identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
9.2	En qué medida intenta identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos para complacer a las siguientes personas de su entorno:					
		Nada	Algo	Neutral	Bastante	Mucho
	A su familia					
	A sus amigos					
	Al personal de salud					
9.3	Cuando se lo propone, se siente capaz de identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos:					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
9.4	Para evitar enfermedades en su bebé y en usted, con qué frecuencia identifica mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos					
	Muy infrecuentemente	Infrecuentemente	Ni infrecuentemente Ni frecuentemente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	

En este noveno comportamiento se preguntó respecto a si la mujer embarazada identifica mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos. La pregunta 9.1 se diseñó para medir la *actitud* de la mujer embarazada con respecto a este comportamiento; tomando como fundamento la TAP, se presentaron cinco opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta número 9.2 se fundamentó en el segundo componente de la TAP, que es la *norma subjetiva*. La pregunta se dirigió para preguntar la importancia que le da la mujer embarazada a lo que otras personas piensan en relación a identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos, y se presentan las respuestas en opción tipo Likert.

La pregunta número 9.3 se diseñó con el objetivo de medir la *percepción de control percibida*, tercer componente de la TAP, y se refiere a la capacidad de la persona para realizar el comportamiento; se presentaron respuestas tipo Likert.

La pregunta 9.4 igualmente se fundamentó en la TAP; específicamente se preguntó si la mujer realizaba el comportamiento y con qué frecuencia. De la misma forma, se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

Tabla 10

Identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara

N. 10	Identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara					
10.1	Para evitar el riesgo de enfermedades en su bebé y en usted, en qué medida es importante para usted identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
10.2	En qué medida intenta identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara para complacer a las siguientes personas de su entorno:					
		Nada	Algo	Neutral	Bastante	Mucho
	A su familia					
	A sus amigos					
	Al personal de salud					
10.3	Cuando se lo propone, se siente capaz de identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
10.4	Para evitar enfermedades en su bebé y en usted, con qué frecuencia identifica problemas de inflamación de tobillos, manos o cara					
	Muy infrecuente-mente	Infrecuente-mente	Ni infrecuente-mente Ni frecuente-mente	Frecuente-mente	Muy frecuente-mente	

En el décimo comportamiento se pregunta respecto a si la mujer embarazada identifica inflamación de tobillos, manos o cara. La pregunta 10.1 se diseñó para medir la *actitud* de la mujer embarazada con respecto a este comportamiento; tomando como fundamento la TAP, se presentaron cinco opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta número 10.2 se fundamentó en el segundo componente de la TAP, que es la *norma subjetiva*. La pregunta se dirigió para preguntar la importancia que le da la mujer embarazada a lo que otras personas piensan en relación a identificar inflamación de tobillos, manos o cara; se presentan las respuestas en opción tipo Likert.

La pregunta número 10.3 se diseñó con el objetivo de medir la *percepción de control percibida*, tercer componente de la TAP, y se refiere a la capacidad de la persona para realizar el comportamiento; se presentaron respuestas tipo Likert.

La pregunta 10.4 también se fundamentó en la TAP; específicamente se preguntó si la mujer realizaba el comportamiento y con qué frecuencia; de la misma forma se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

Tabla 11

Identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo

N. 11	Identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo					
11.1	Para evitar el riesgo de enfermedades en su bebé y en usted, en qué medida es importante para usted identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
11.2	En qué medida intenta identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo para complacer a las siguientes personas de su entorno:					
		Nada	Algo	Neutral	Bastante	Mucho
	A su familia					
	A sus amigos					
	Al personal de salud					
11.3	Cuando se lo propone, se siente capaz de identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
11.4	Para evitar enfermedades en su bebé y en usted, con qué frecuencia identifica los movimientos normales del bebé durante el embarazo					
	Muy infrecuentemente	Infrecuentemente	Ni infrecuentemente Ni frecuentemente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	

En el onceavo comportamiento se preguntó respecto a si la mujer embarazada identifica los movimientos normales del bebé durante el embarazo. La pregunta 11.1 se diseñó para medir la *actitud* de la mujer embarazada con respecto a este comportamiento; tomando como fundamento la TAP, se presentaron cinco opciones de respuesta tipo Likert.

La pregunta número 11.2 se fundamentó en el segundo componente de la TAP, que es la *norma subjetiva*. La pregunta se dirigió para preguntar la importancia que le da la mujer embarazada a lo que otras personas piensan en relación a identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo; se presentan las respuestas en opción tipo Likert.

La pregunta número 11.3 se diseñó con el objetivo de medir la *percepción de control percibida*, tercer componente de la TAP, y se refiere a la capacidad de la persona para realizar el comportamiento; se presentaron respuestas tipo Likert.

La pregunta 11.4 también se fundamentó en la TAP; específicamente se preguntó si la mujer realizaba el comportamiento y con qué frecuencia; de la misma forma se presentaron opciones de respuesta tipo Likert.

Por otra parte, el instrumento de investigación incluyó una sección de comentarios para que las mujeres embarazadas pudieran comentar sobre qué temas requerían ser capacitadas. El instrumento también contenía preguntas sobre datos sociodemográficos, los cuales fueron: mes de embarazo, edad, número de hijos (sin incluir este embarazo); nivel escolar, estado civil, tipo de hospital en el que se atiende (público o privado); ocupación; si trabajaba, qué rango de ingreso mensual tenía; enseñanza de su embarazo, así como también la planeación del mismo. Y, por último, se le preguntó de manera directa a la mujer embarazada si deseaba tener más información sobre algún tema relacionado con el embarazo.

Procedimiento

Después del diseño, el instrumento fue validado por el Comité de Ética e Investigación de la institución de salud, el cual estaba conformado por: dos médicos pediatras, dos médicos ginecólogos, dos médicos cirujanos generales, una maestra en enfermería, una química bacterióloga parasitóloga y la secretaria técnica, que es licenciada en Administración. En los distintos casos, hicieron observaciones y sugerencias al protocolo, así como también al instrumento, mismas que fueron atendidas y corregidas.

Los comentarios fueron los siguientes: preguntaron la intención de realizar esta investigación; si el instrumento estaba validado y si había sido aplicado; pidieron que se les mostraran los comportamientos que iban a ser estudiados; hicieron sugerencias sobre la redacción del instrumento; preguntaron sobre la manera de abordar a las mujeres que no sabían leer ni escribir, y preguntaron sobre la gestión para el acceso a la observación.

Posteriormente, el protocolo se volvió a someter al Comité de Ética e Investigación de la institución de salud con los cambios sugeridos, el instrumento y el consentimiento informado. Los integrantes de dicho comité volvieron a hacer observaciones y sugerencias, las cuales fueron atendidas con puntualidad. Después de este procedimiento, el estudio fue aprobado para su realización.

Descripción del procedimiento para efectuar la observación.

Se acudió al hospital público de atención con el propósito de recabar la información por medio de la aplicación de un cuestionario autoadministrado. Se les informó a las mujeres que participaron los objetivos del estudio; así mismo se les explicó de manera directa y personal cómo contestar, y se les informó que en cualquier momento podían retirarse del estudio si así lo deseaban.

Prueba piloto

Se aplicaron 60 cuestionarios para la prueba piloto, en los cuales hubo comentarios y sugerencias de las mujeres embarazadas, como los siguientes: tres mujeres embarazadas

preguntaron por qué se habían redactado preguntas respecto a complacer a otras personas, si ellas realizaban las conductas por decisión propia; dos mujeres comentaron que el cuestionario era largo, y una mujer con embarazo de alto riesgo comentó que le incomodaba firmar el consentimiento informado.

A continuación, se presenta la tabla en la que se explica la agrupación de las variables, en la cual se revisaron las preguntas en la prueba piloto (ver Tabla 12).

Tabla 12

Elección de comportamientos

Variable/ criterio	Posibles alteraciones fisiológicas	Conductas saludables recomendadas por el personal de salud	Manifestación de secreciones normales y anormales en el cuerpo.
Comportamiento	10/3	10/5	10/3
Intención	7/3	8/5	10/3
Actitud	10/3	9/5	8/3
Norma subjetiva	9/3	10/5	10/3
Percepción de control	7/3	9/5	10/3
Agrupación de comportamientos	9, 10 y 11	1,3, 5,6 y 7	2,4 y 8

Nota: Forma en la que se eligieron los comportamientos esperados en la gestación.

Muestreo

Para fines de este estudio, se utilizó el muestro a conveniencia durante cuatro semanas, el cual fue tomado de una porción de la población que se estudió, y fue representativo de las

mujeres en gestación en un contexto hospitalario público de segundo nivel de atención (Kerlinger y Lee, 2002).

Información expuesta en el recabo de datos

A las mujeres embarazadas participantes se les dio un cuestionario, el cual contenía 11 cuadros que correspondieron a los once comportamientos esperados en la gestación; además, se les preguntaron los datos sociodemográficos citados con anterioridad. De la misma manera, se les dio el consentimiento informado, el cual se utilizó para esta investigación, y cada participante firmó de acuerdo en que la información que otorgaba sería utilizada con fines de investigación. Lo anterior, se basó en la Ley General de Salud en materia de investigación, de acuerdo a los artículos 13, 16 y 17, en los que se menciona que toda investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y bienestar, así como también que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice; por tal motivo, se le solicita el consentimiento informado.

Por último, la investigación se consideró como de riesgo mínimo, que es el riesgo de datos a través de procedimientos comunes. Igualmente, en dicho documento se mencionaron los objetivos y la justificación de la investigación para darlos a conocer a las participantes.

Logística del recabo de datos

Primeramente, se habló con la maestra enfermera, jefa del departamento de enseñanza, y se le mostró la aprobación por el Comité de Ética e Investigación; posteriormente, ella redactó una carta de aprobación para el inicio del recabo de datos. Después se acudió al servicio de consulta prenatal, me presenté con la jefa del servicio de medicina y de enfermería, y les expliqué los objetivos de la investigación. Así mismo, me presenté con las enfermeras(os) de la institución de salud que se encontraban a cargo de las mujeres embarazadas. La aplicación de los cuestionarios la realicé en las sillas que se encontraban afuera del consultorio de la consulta prenatal, donde trabajé a lo largo del mes que estuve haciendo el recabo de datos. Le daba los cuestionarios a cada una de las mujeres embarazadas, les explicaba los objetivos de la investigación y las instrucciones para el llenado del cuestionario. Después permanecía cerca de las mujeres que se encontraban llenando los cuestionarios por si tenían alguna duda. Finalmente recogía los cuestionarios y agradecía la participación de las mujeres en el estudio.

En el presente capítulo tres se señalaron las técnicas de observación utilizadas en el presente estudio, así como también la descripción de la muestra utilizada de mujeres en gestación, se detalló la cantidad, criterios de inclusión, criterios de exclusión y criterios de separación. Igualmente se registraron las características sociodemográficas, así como también se explicó el tipo de participación en el programa. Además, se estableció la variable independiente y las variables independientes. Igualmente se especificó el diseño del instrumento y técnicas estadísticas. De la misma forma se explicó la forma de realizar la prueba piloto. Igualmente se registró el procedimiento para efectuar la observación. Finalmente se comentó la logística utilizada para el recabo de datos.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

En este capítulo se describirán de manera general y particular los resultados obtenidos en el estudio; primeramente, se presentarán los datos sociodemográficos y posteriormente los datos obtenidos del análisis factorial confirmatorio y del Modelo de ecuaciones estructurales.

Resultados

Para Kerlinger y Lee (2002), el análisis factorial confirmatorio se refirió a la categorización, ordenamiento y manipulación de los datos obtenidos, los cuales responden a las preguntas de investigación, así como también se destaca la importancia de que sean redactados de manera comprensible. A continuación, se presentan los datos estadísticos de las preguntas sociodemográficas (ver Tabla 13).

Tabla 13

Tabla de datos estadísticos de la información sociodemográfica

Mediciones	Mes de Embarazo	Embarazo alto riesgo	Edad	Número de hijos	Nivel escolar	Estado civil	Ocupación	Ingreso	Planeación embarazo	
N	Válidos	202	202	202	202	202	202	201	157	202
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	1	45	0
Media	7.12	1.84	24.23	1.00	2.38	2.00	2.15	1.22	1.65	
Desviación estándar	1.644	.366	6.152	1.046	.724	.646	.536	.562	.477	

Nota: Cantidad de datos demográficos utilizados en el estudio, así como también la media de los mismos y la desviación estándar.

Las mujeres embarazadas que participaron en el estudio señalaron el mes de embarazo en el cual se encontraban. El mayor porcentaje se encontró en el octavo mes de embarazo con un 41.6, seguido del mes séptimo con un porcentaje de 21.8, y en tercer lugar se encontraban las mujeres de noveno mes de embarazo con 13.4%. A continuación, se describe dicha información (ver Tabla 14).

Tabla 14

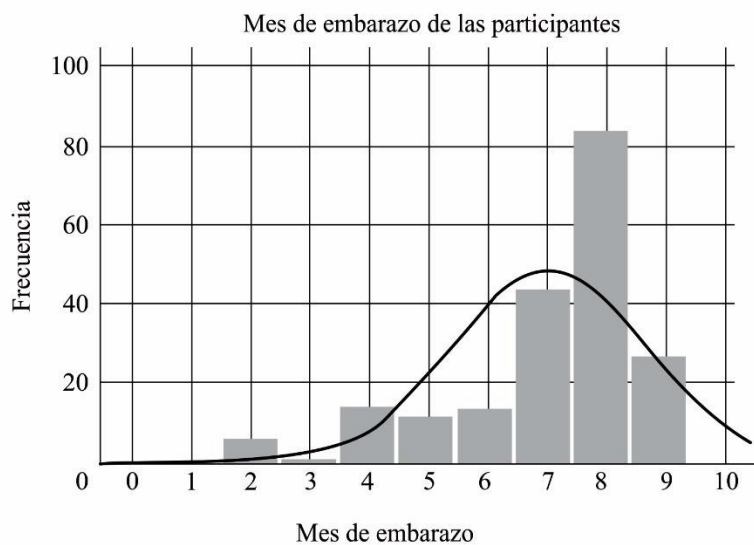
Distribución de participantes de acuerdo con el mes de embarazo

Mes de embarazo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2	6	3.0	3.0
3	1	.5	3.5
4	14	6.9	10.4
5	12	5.9	16.3
6	14	6.9	23.3
7	44	21.8	45.0
8	84	41.6	86.6
9	27	13.4	100.0
Total	202	100.0	

Nota: Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de acuerdo a los meses de embarazo.

Figura 2

Distribución de participantes considerando el mes de embarazo



Nota: Concentración de participantes de acuerdo a los meses de embarazo, en el tiempo del estudio.

Las mujeres embarazadas que participaron en el estudio refirieron el tipo de embarazo que estaban cursando. Se encontró que el 84.2 % de mujeres embarazadas, que corresponde a 170 participantes, estaban cursando un embarazo normal, mientras que el 15.8 % estaban viviendo un embarazo de alto riesgo; es decir, 32 participantes que manifestaban una enfermedad o tenían edades extremas, como ser menores de 18 años o mayores de 40 años. A continuación, se describe la información (ver Tabla 15).

Tabla 15

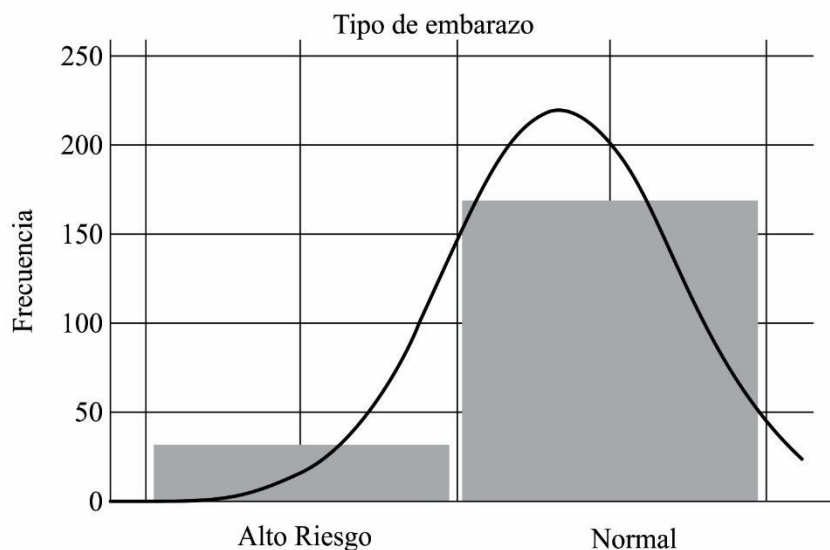
Distribución de participantes de acuerdo con las características del embarazo

Tipo de embarazo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Embarazo alto riesgo	32	15.8	15.8
	Embarazo normal	170	84.2	100.0
Total		202	100.0	

Nota: Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de acuerdo a las características del embarazo.

Figura 3

Distribución de participantes considerando el tipo de embarazo



Nota: Concentración de participantes de acuerdo a los meses de embarazo, en el tiempo del estudio.

Las mujeres embarazadas que participaron en el estudio refirieron la edad que tenían. Se halló que la edad de 21 años fue la más frecuente con 18 participantes, seguida del grupo de edad de 19 años con 16 participantes, y en tercer lugar se presentó la edad de 26 años, con 15 participantes.

A continuación, se describe la información (ver Tabla 16).

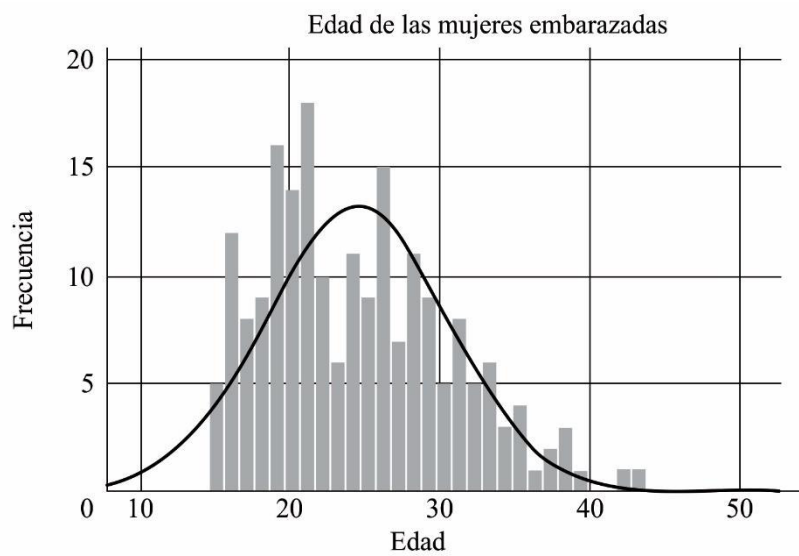
Tabla 16*Distribución de participantes de acuerdo a su edad*

	Edad mujeres embarazadas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	13	1	.5	.5
	14	1	.5	1.0
	15	5	2.5	3.5
	16	12	5.9	9.4
	17	8	4.0	13.4
	18	9	4.5	17.8
	19	16	7.9	25.7
	20	14	6.9	32.7
	21	18	8.9	41.6
	22	10	5.0	46.5
	23	6	3.0	49.5
	24	11	5.4	55.0
	25	9	4.5	59.4
	26	15	7.4	66.8
Válido	27	7	3.5	70.3
	28	11	5.4	75.7
	29	9	4.5	80.2
	30	5	2.5	82.7
	31	8	4.0	86.6
	32	5	2.5	89.1
	33	6	3.0	92.1
	34	3	1.5	93.6
	35	4	2.0	95.5
	36	1	.5	96.0
	37	2	1.0	97.0
	38	3	1.5	98.5
	39	1	.5	99.0
	42	1	.5	99.5
	43	1	.5	100.0
Total		202	100.0	

Nota: Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de acuerdo de la edad de las participantes.

Figura 4

Distribución de participantes de acuerdo a su edad



Nota: Concentración de participantes de acuerdo a su edad, en el tiempo del estudio.

Las mujeres embarazadas que participaron en el estudio comentaron la cantidad de hijos que tenían. Se halló que el mayor número de mujeres embarazadas no habían tenido hijos, es decir, eran primigestas, con una cantidad de 81 participantes, seguidas de las mujeres que expresaron tener un hijo, con una frecuencia de 64 participantes, y en tercer lugar se encontraron las participantes con 2 hijos, con una frecuencia de 38. A continuación se describe la información (ver Tabla 17).

Tabla 17

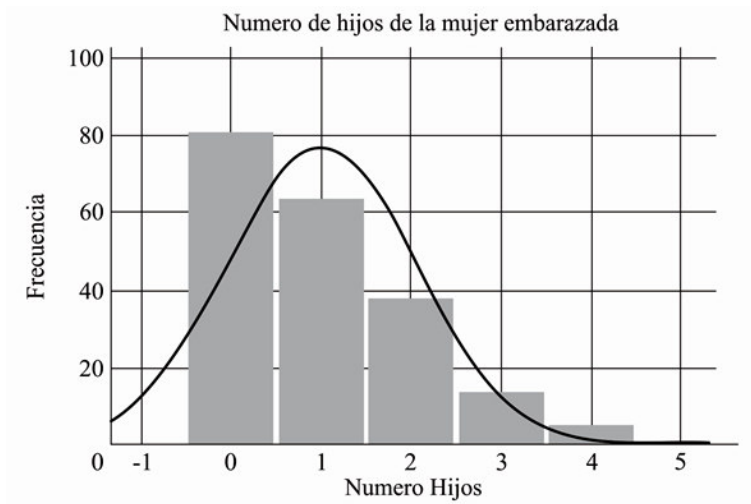
Distribución de participantes de acuerdo a la cantidad de hijos

	Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	0	81	40.1	40.1
	1	64	31.7	71.8
Válido	2	38	18.8	90.6
	3	14	6.9	97.5
	4	5	2.5	100.0
Total		202	100.0	

Nota: Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de acuerdo al número de hijos de las participantes.

Figura 5

Distribución de participantes de acuerdo a su número de hijos



Nota: Concentración de participantes de acuerdo al número de hijos, en el tiempo del estudio.

Las mujeres embarazadas que participaron en el estudio, refirieron el grado académico que tenían. Se encontró que la mayor cantidad de participantes, que fue 115 mujeres embarazadas, tenían nivel escolar de secundaria, seguido de preparatoria o técnica con 60 participantes, y en tercer lugar primaria y licenciatura, con 13 participantes cada una. A continuación, se describe la información (ver Tabla 18).

Tabla 18

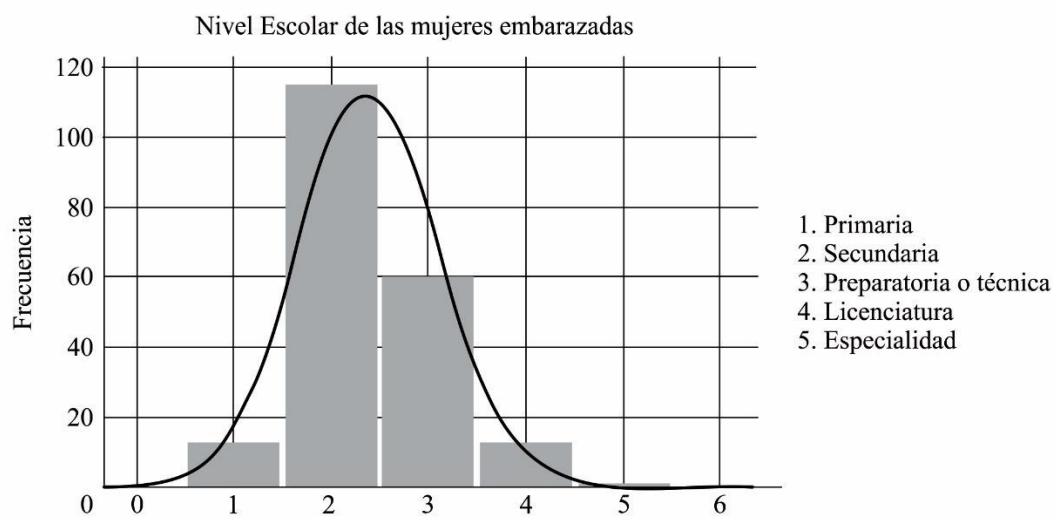
Distribución de participantes de acuerdo al nivel escolar

	Estudios terminados	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	13	6.4	6.4
	Secundaria	115	56.9	63.4
	Preparatoria o técnica	60	29.7	93.1
	Licenciatura	13	6.4	99.5
	Especialidad	1	.5	100.0
Total		202	100.0	

Nota: Concentración de participantes de acuerdo al nivel escolar, en el tiempo del estudio.

Figura 6

Distribución de participantes de acuerdo a su nivel escolar



Nota: Concentración de participantes de acuerdo al nivel escolar, en el tiempo del estudio.

Las mujeres embarazadas que participaron en el estudio refirieron el estado civil que tenían. La mayor cantidad fue para el grupo de participantes cuyo estado civil era unión libre, seguida de casada y soltera, con 42 participantes, respectivamente. A continuación, se describe la información (ver Tabla 19).

Tabla 19

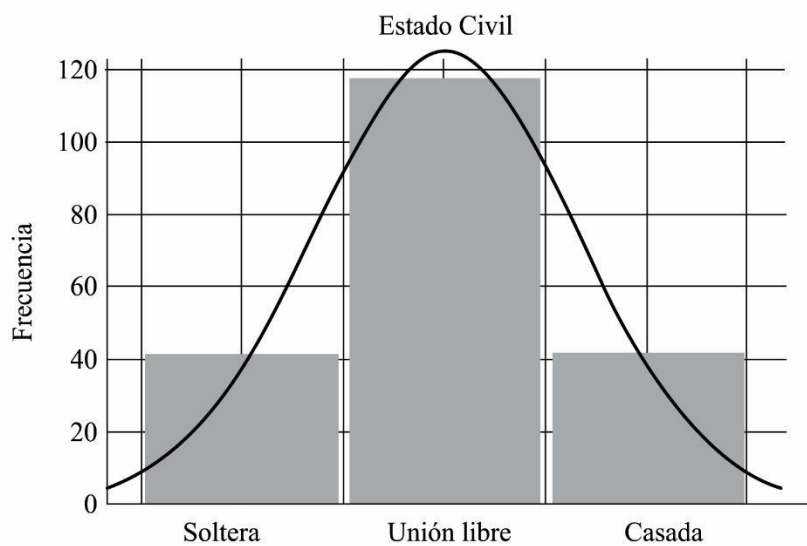
Distribución de participantes de acuerdo a su estado civil

	Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	42	20.8	20.8
	Unión libre	118	58.4	79.2
	Casada	42	20.8	100.0
Total		202	100.0	

Nota: Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de acuerdo al estado civil de las participantes.

Figura 7

Distribución de participantes de acuerdo a su estado civil



Nota: Concentración de participantes de acuerdo a su estado civil, en el tiempo del estudio.

Las mujeres embarazadas de este estudio refirieron el tipo de hospital en el que atendían su embarazo. Se encontró que el 100% de las mujeres estaban recibiendo atención prenatal en un hospital público de gobierno. A continuación, se describe la información (ver Tabla 20).

Tabla 20

Distribución de participantes de acuerdo al tipo de hospital en el que se atendían

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hospital público	1	202	100.0	100.0

Nota: Porcentaje del tipo de hospital en el que se atendieron las participantes del estudio.

Las mujeres embarazadas que participaron en el estudio refirieron su ocupación. La mayoría de las participantes era ama de casa, con 139 participantes, seguido de trabajo, con 46 participantes, y por último, los estudios, con 16 participantes. A continuación, se describe la información (ver Tabla 21).

Tabla 21

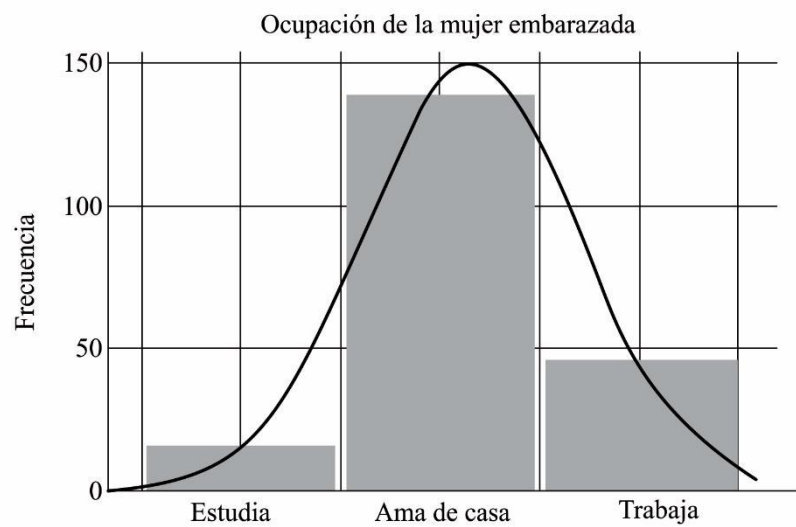
Distribución de participantes de acuerdo a su ocupación

	Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Estudia	16	7.9	8.0	8.0
	Ama de casa	139	68.8	69.2	77.1
	Trabaja	46	22.8	22.9	100.0
Total		201	99.5	100.0	
Datos perdidos		1	.5		
Total	202	100.0			

Nota: Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de acuerdo a la ocupación de las participantes.

Figura 8

Distribución de participantes de acuerdo a su ocupación



Nota: Concentración de participantes de acuerdo a la ocupación en el tiempo del estudio.

Las mujeres embarazadas que participaron en el estudio refirieron el ingreso económico que tenían. La mayor parte de las mujeres manifestaron tener un ingreso económico mensual de 0 a 2,400 pesos, lo cual fue expresado por 131 participantes, seguido de 19 participantes que expresaron tener un ingreso mensual de 2,401 a 5,800 pesos, y en tercer lugar cinco participantes mencionaron tener un ingreso mensual de 5,801 a 11,600. A continuación, se describe la información (ver Tabla 22).

Tabla 22

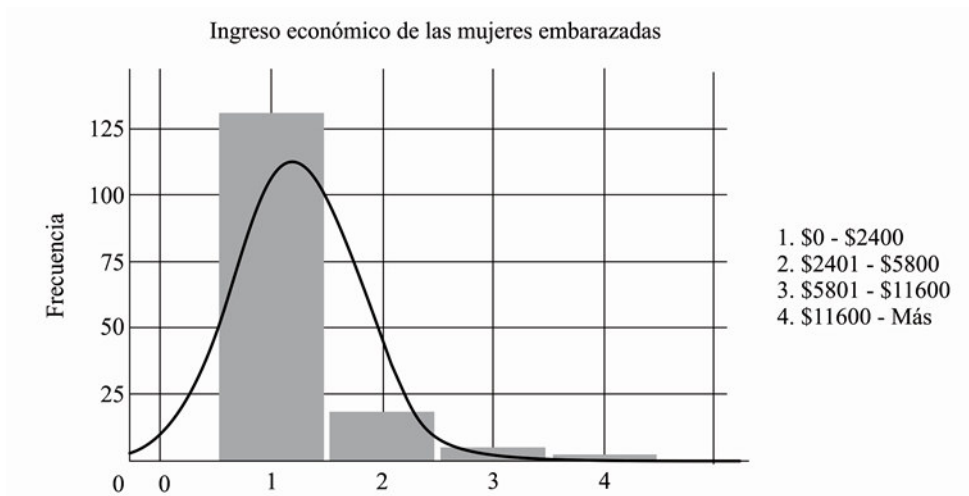
Distribución de participantes de acuerdo al ingreso económico mensual

	Cantidad en pesos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	0 a 2,400	131	64.9	83.4
	2,401 a 5,800	19	9.4	95.5
	5,801 a 11,600	5	2.5	98.7
	Más de 11,600	2	1.0	100.0
Subtotal		157	77.7	
Perdidos		45	22.3	
Total		202	100.0	

Nota: Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de acuerdo al ingreso económico mensual de las participantes.

Figura 9

Distribución de participantes de acuerdo al ingreso económico mensual



Nota: Concentración de participantes de acuerdo al ingreso económico en el tiempo del estudio.

Las mujeres embarazadas que participaron en el estudio refirieron si su embarazo fue planeado. El resultado fue que 132 de las mujeres participantes de este estudio expresaron haber planeado su embarazo, y 70 mujeres manifestaron no haber planeado su embarazo. A continuación, se describe la información (ver Tabla 23).

Tabla 23

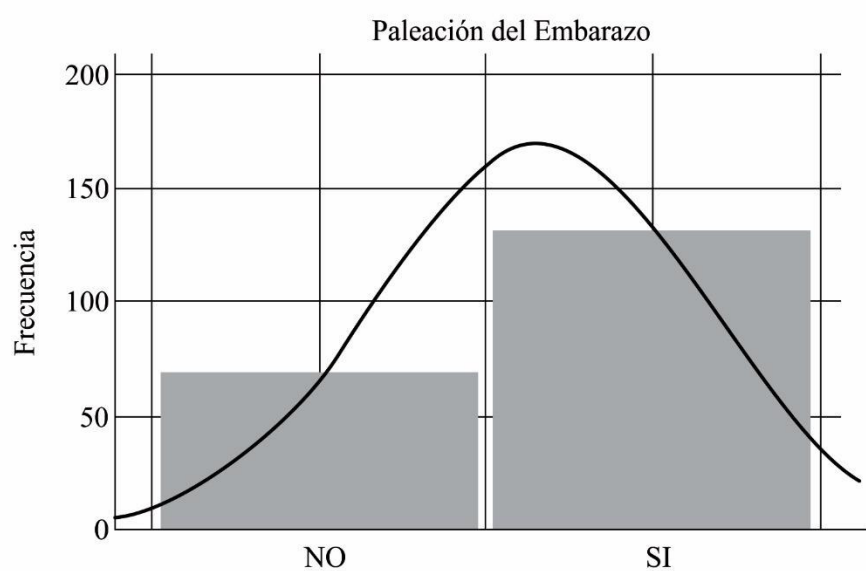
Distribución de participantes de acuerdo a la planeación del embarazo

	Planeación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	No	70	34.7	34.7
	Si	132	65.3	100.0
Total		202	100.0	

Nota: Frecuencia, porcentaje y porcentaje acumulado de acuerdo a la planeación del embarazo de las participantes.

Figura 10

Distribución de participantes de acuerdo a la planeación del embarazo



Nota: Concentración de participantes de acuerdo a la planeación del embarazo, en este estudio.

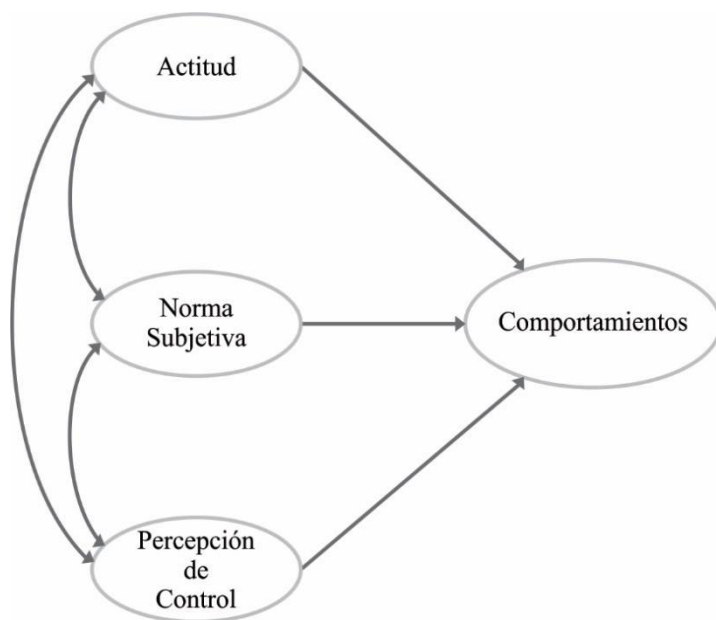
La información que se obtuvo por medio del cuestionario aplicado a las mujeres embarazadas fue sometida a revisión por medio del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), específicamente para la agrupación de las preguntas.

Así mismo, se organizaron las preguntas, a priori y en relación a la asociación más coherente y sentido práctico, según las características internas. El AFC proviene de un modelo, el cual se ha fundamentado por una teoría o en hallazgos previos; posteriormente se comprueba con los datos obtenidos de la investigación (Kerlinger y Lee, 2002). En este estudio, se estableció como base la TAP de Ajzen (1985).

A continuación, se muestran los elementos de la TAP tomados para este estudio (ver Figura 11).

Figura 11

Elementos de la TAP



Nota: Elementos de la TAP utilizados en el estudio.

A continuación, se muestra la tabla de resultados del AFC (ver Tabla 24).

Tabla 24

Comportamientos de acuerdo sus características

Comportamientos	Actitud	Norma Subjetiva	Autocuidado
9,10,11	Actitud grupo1	Norma Subjetiva grupo 1	Autocuidado grupo 1
1,3,5,7	Actitud grupo 2	Norma Subjetiva Grupo 2	Autocuidado grupo 2
2,4,8	Actitud grupo 3	Norma Subjetiva grupo 3	Autocuidado grupo 3

Nota: Organización de comportamientos según sus características.

Los elementos de la TAP, los cuales son: actitud, norma subjetiva, percepción de control y autocuidado, cada uno se conformó por las tres agrupaciones que se mencionaron anteriormente. A continuación, se describen estos elementos:

Actitud

Nivel de actitud expresada por las mujeres embarazadas en relación a posibles alteraciones fisiológicas que se pueden manifestar en su cuerpo.

Nivel de actitud expresada por las mujeres embarazadas en relación a seguir consejos por parte del personal del centro de salud referente a la realización de conductas saludables.

Nivel de actitud expresada por las mujeres embarazadas referente a las secreciones normales y anormales en su cuerpo.

Norma subjetiva

Nivel de acatamiento de las mujeres embarazadas referente a normas establecidas, dadas por familiares respecto a posibles alteraciones fisiológicas que se pueden manifestar en su cuerpo.

Nivel de acatamiento expresado por las mujeres embarazadas en relación a seguir consejos por parte del personal del centro de salud referente a la realización de conductas saludables.

Nivel de acatamiento expresado por las mujeres embarazadas referente a las secreciones normales y anormales en su cuerpo.

Percepción de control

Nivel de acuerdo o desacuerdo que fue expresado por las mujeres embarazadas con respecto a posibles alteraciones fisiológicas que se pueden manifestar en su cuerpo.

Nivel de acuerdo o desacuerdo que fue expresado por las mujeres embarazadas con respecto a seguir consejos por parte del personal del centro de salud referente a la realización de conductas saludables.

Nivel de acuerdo o desacuerdo que fue expresado por las mujeres embarazadas con respecto a identificar las secreciones normales y anormales en su cuerpo.

Comportamiento

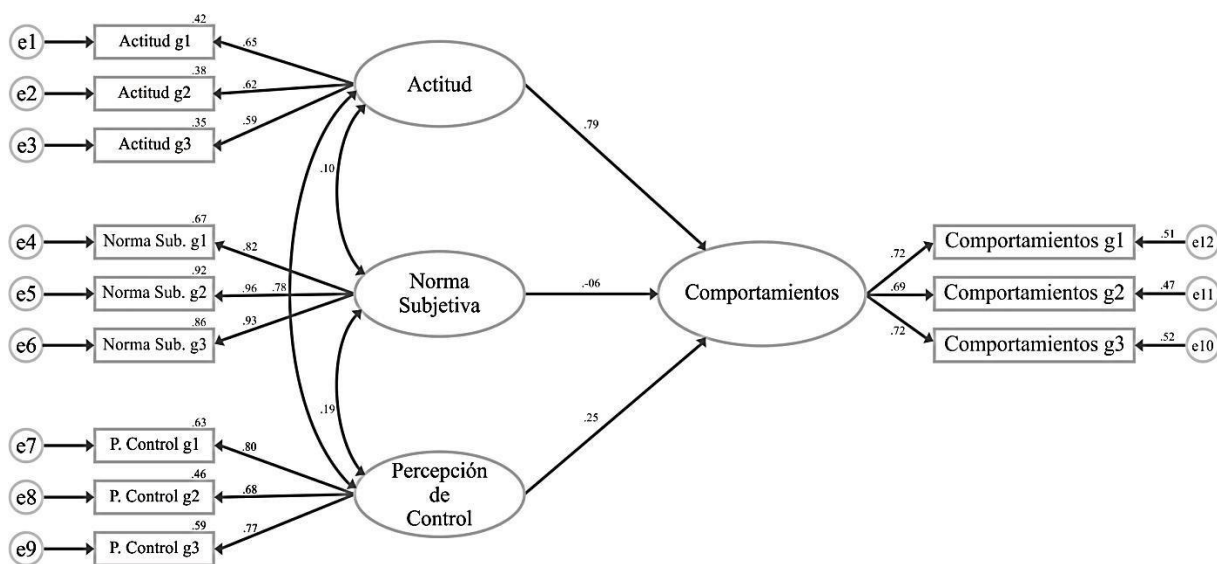
Frecuencia que la mujer embarazada manifestó de realizar comportamientos en relación a la identificación de posibles alteraciones fisiológicas.

Frecuencia que la mujer embarazada expresó en relación a seguir consejos por parte del personal del centro de salud referente a la realización de conductas saludables.

En la Figura 12 se muestran los resultados obtenidos de manera general del Modelo de ecuaciones estructurales.

Figura 12

Modelo de ecuaciones estructurales



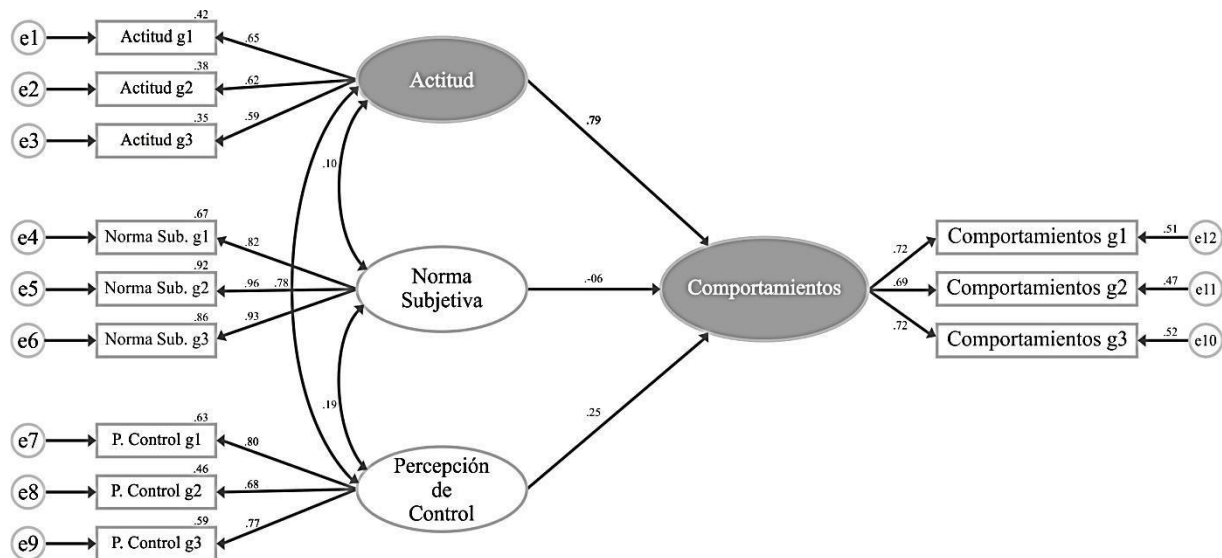
La *actitud*, primer elemento de la TAP, que proviene de una disposición psicológica que mostraron las mujeres embarazadas de este estudio en relación al autocuidado, que se manifiesta por once comportamientos según la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, por sus siglas en inglés), de Howard, et al. (2018) y la Guía de Práctica Clínica de Enfermería del Sistema Nacional de Salud de México (2017), los cuales son:

1. Tomar ácido fólico
2. Dar lactancia materna
3. Alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz
4. Identificar problemas al orinar
5. Acudir al centro de salud cuando hay sangrado
6. Evitar fumar
7. Evitar consumir alcohol
8. Identificar problemas en la secreción vaginal
9. Identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos
10. Identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara
11. Identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo.

Se encontró que las mujeres embarazadas poseen un alto nivel de actitud (0.79) para la realización de dichos comportamientos, lo que indica un autocuidado adecuado (ver Figura 13).

Figura 13

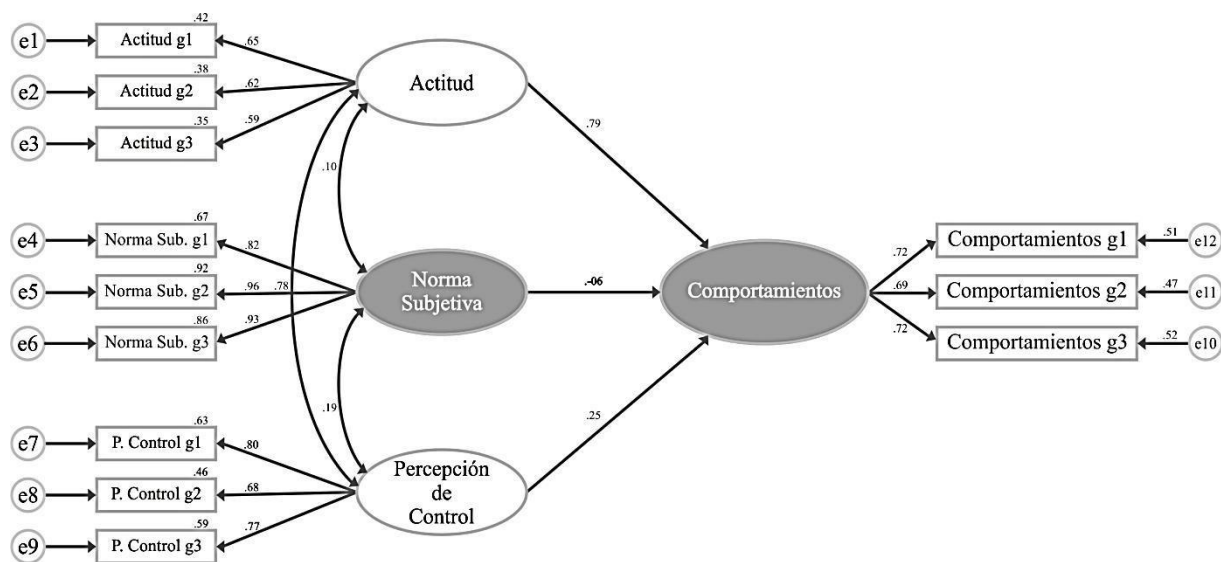
Actitud de las mujeres en gestación en relación a los comportamientos



La *norma subjetiva*, segundo elemento de la TAP, el cual es un predictor social, específicamente utilizando a la familia como motivador personal de las mujeres embarazadas para la realización de los once comportamientos que se traducen en autocuidado, mencionados anteriormente, se encontró que las mujeres embarazadas manifiestan un nivel bajo, con un 0.6; es decir, no se cuidan durante su gestación por agradar a otras personas, en este caso, la familia, sino por el deber que sienten de realizar los comportamientos para el autocuidado (ver Figura 14).

Figura 14

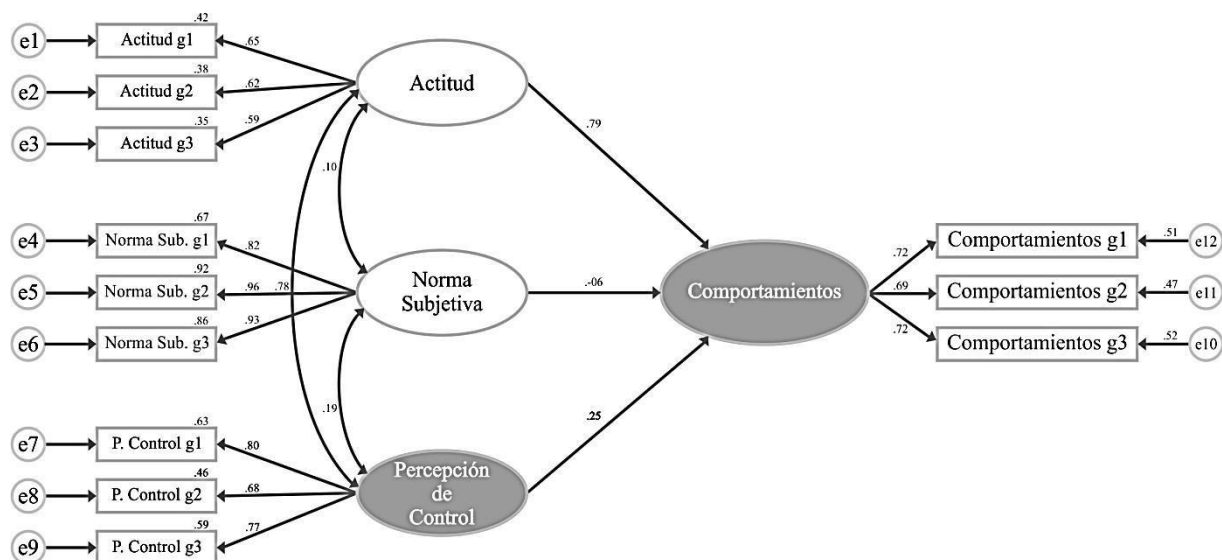
Norma subjetiva de las participantes en relación a los comportamientos



En el tercer elemento predictor de la TAP, la *percepción de control percibido*, en el que las mujeres embarazadas refieren tener autoeficacia, es decir, capacidad para realizar los once comportamientos esperados en la gestación mencionados anteriormente, en esta investigación el índice fue de 0.25; es decir, que ellas tienen el poder y capacidad de realizar el comportamiento deseado (ver Figura 15).

Figura 15

Percepción de control percibido de las participantes en relación a los comportamientos

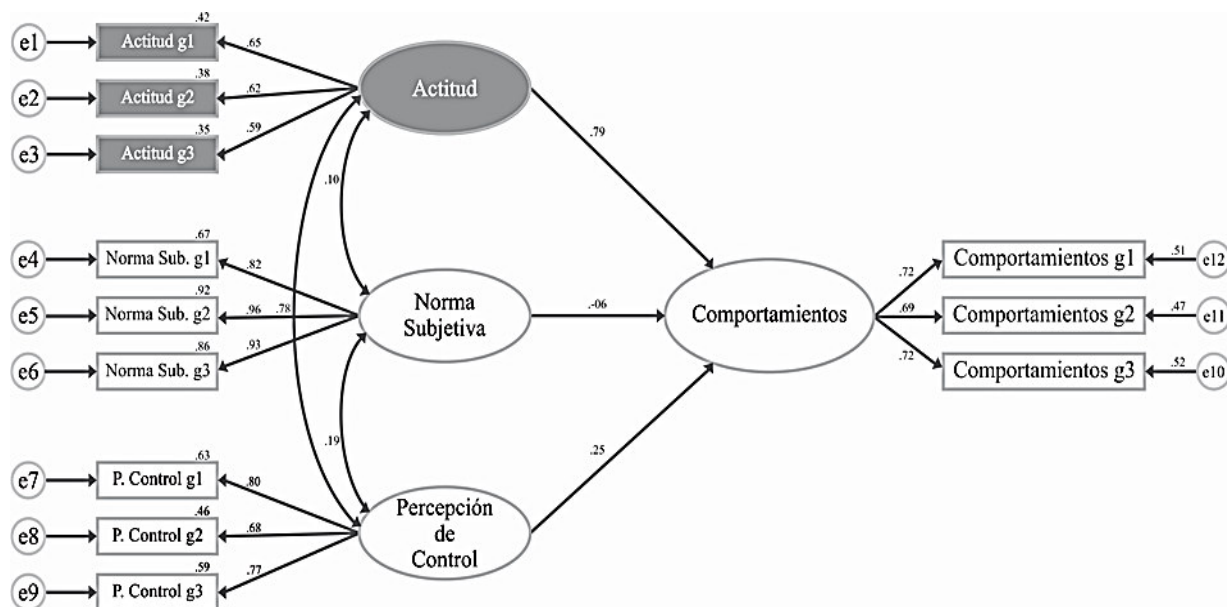


Análisis particular

A continuación se detallarán los resultados encontrados en esta investigación de manera particular. En primer lugar, los grupos de comportamientos en relación a la actitud (ver Figura 16).

Figura 16

Grupos de comportamientos en relación a la actitud



El primer fundamento de la TAP es la *actitud*. Se utiliza para hacer un análisis de manera positiva o negativa sobre un objeto en una situación específica, al que se le asignan atributos y características, los cuales se asocian a consecuencias deseables y no deseables (Ajzen, 1991, 2002).

Actitud 1. Este grupo de preguntas tienen como característica que están dirigidas a la identificación de indicadores fisiológicos normales y anormales en el embarazo, la cual está conformada por los comportamientos 9, 10 y 11, que son: identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos; identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara, e identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo. Se encontró .65 de índice de relación entre ese grupo de preguntas con respecto a la actitud, con resultado R^2 de .42, que es el porcentaje de la varianza explicada.

Actitud 2. Este grupo de preguntas tienen como característica que están dirigidas a los consejos que otorga el personal de salud que se encuentra en el hospital, el cual está conformado por los comportamientos 1, 3, 5, 6 y 7, los cuales son: tomar ácido fólico; alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz; acudir al centro de salud cuando hay sangrado; evitar fumar y evitar consumir alcohol. Se encontró .62 de índice de relación entre ese grupo de preguntas con respecto a la actitud, con resultado R^2 de .38, que es el porcentaje de la varianza explicada.

Actitud 3. Este grupo de preguntas tienen como característica que se refieren a la presencia de secreciones normales y anormales durante el embarazo, el cual está conformado por los comportamientos 2, 4 y 8, los cuales son: dar lactancia materna; identificar problemas al orinar e identificar problemas en la secreción vaginal. Se encontró .59 de índice de relación entre ese grupo de preguntas con respecto a la actitud, con resultado R^2 de .35, que es el porcentaje de la varianza explicada.

De las tres agrupaciones de datos del elemento *actitud* de la TAP, la que salió con un índice mayor fue la *actitud 1*, que es la agrupación de preguntas 9, 10 y 11, que midieron: identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos; identificar problemas de inflamación

de tobillos, manos o cara, e identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo. Se encontró con un índice de .65, es decir, las mujeres le dieron más importancia a estos comportamientos.

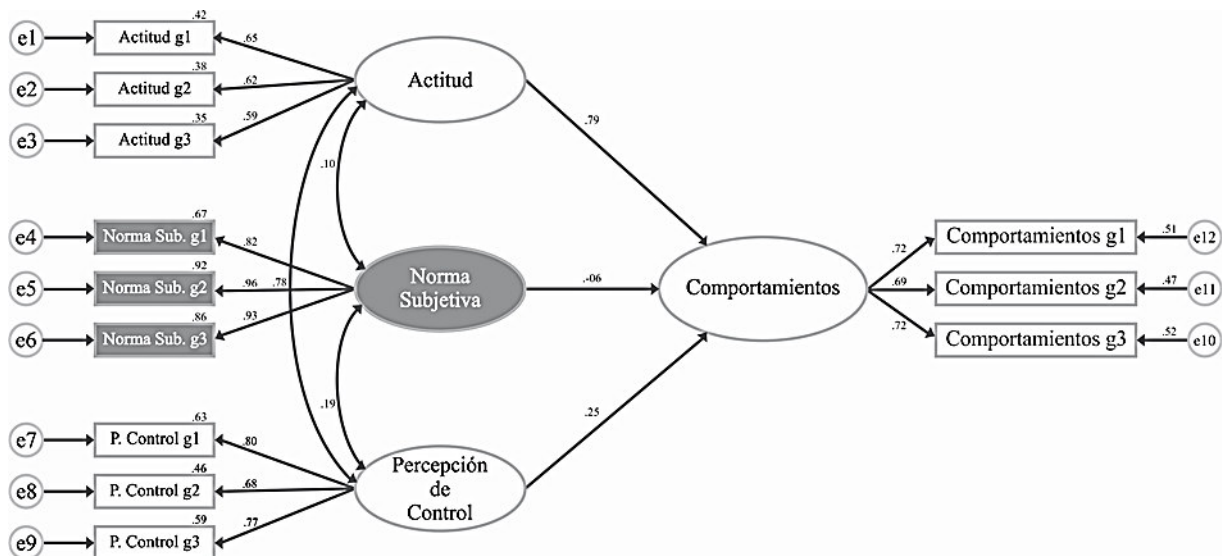
El segundo índice correspondió a la *actitud 2*, de las preguntas 1, 3, 5, 6 y 7, las cuales fueron: tomar ácido fólico; alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz; acudir al centro de salud cuando hay sangrado; evitar fumar y evitar consumir alcohol. Se encontró un índice de .62, a este grupo de preguntas; las mujeres embarazadas le dieron la importancia de segundo lugar.

En tercer lugar, el índice encontrado fue el de *actitud 3*, que se refiere a la presencia de secreciones normales y anormales durante el embarazo, el cual está conformado por los comportamientos 2, 4 y 8, los cuales son: dar lactancia materna; identificar problemas al orinar e identificar problemas en la secreción vaginal. Se encontró .59 de índice; es decir, las mujeres le dieron el tercer lugar de importancia a este grupo de preguntas.

A continuación, se explicarán los grupos de comportamientos en relación a la norma subjetiva (ver Figura 17).

Figura 17

Grupos de comportamientos en relación a la norma subjetiva



El segundo fundamento de la TAP es la *norma subjetiva*, la cual es un predictor de característica social que en ocasiones afecta en las decisiones de las personas; se ejerce con el objetivo de satisfacer a otras personas y se manifiesta con sentimientos de obligación moral para realizar o no realizar el comportamiento (Ajzen, 1991, 2002). En este estudio, se utilizó a la familia como norma subjetiva.

Norma subjetiva 1. Este grupo de preguntas tienen como característica que están dirigidas a la identificación de aspectos fisiológicos normales y anormales en el embarazo, el cual está conformado por los comportamientos 9, 10 y 11 que son: identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos; identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara, e identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo. Se encontró .82 de índice de relación entre ese grupo de preguntas con respecto a la norma subjetiva, con resultado R^2 de .67, que es el porcentaje de la varianza explicada.

Norma subjetiva 2. Este grupo de preguntas tienen como característica que están dirigidas a los consejos que otorga el personal de salud que se encuentra en el hospital, el cual está conformado por los comportamientos 1, 3, 5, 6 y 7, y son: tomar ácido fólico; alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz; acudir al centro de salud cuando hay sangrado; evitar fumar y evitar consumir alcohol. Se encontró .96 de índice de relación entre ese grupo de preguntas con respecto a la norma subjetiva, con resultado R^2 de .92, que es el porcentaje de la varianza explicada.

Norma subjetiva 3. Este grupo de preguntas tienen como característica que se refieren a la presencia de secreciones normales y anormales durante el embarazo, el cual está conformado por los comportamientos 2, 4 y 8, y son: dar lactancia materna; identificar problemas al orinar e identificar problemas en la secreción vaginal. Se encontró .93 de índice de relación entre ese grupo de preguntas con respecto a la norma subjetiva, con resultado R^2 de .86, que es el porcentaje de la varianza explicada.

De las tres agrupaciones de datos del segundo elemento de la TAP, la *norma subjetiva*, la que salió con un mayor índice fue la *norma subjetiva 2*. Este grupo de preguntas están dirigidas a los consejos que otorga el personal de salud que se encuentra en el hospital, el cual está conformado por los comportamientos 1, 3, 5, 6 y 7, que son: tomar ácido fólico; alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz; acudir al centro de salud cuando hay sangrado; evitar fumar y evitar consumir alcohol. Se encontró .96 de índice; es decir, las mujeres embarazadas le dan mayor importancia a este grupo de comportamientos.

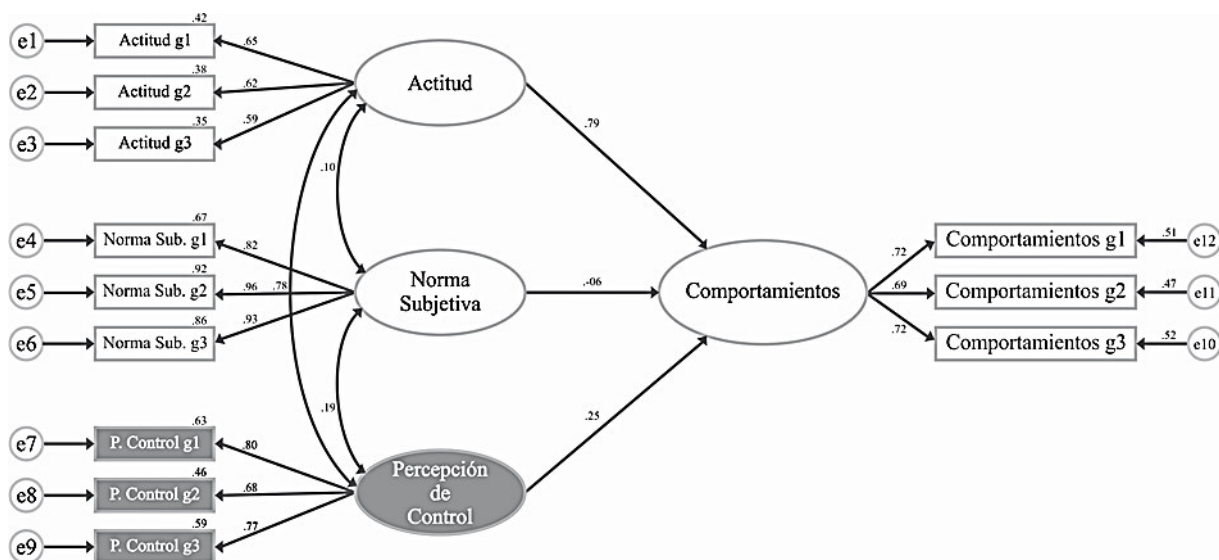
El segundo lugar de importancia de las agrupaciones de preguntas fue la *norma subjetiva 3*. Este grupo de preguntas se refieren a la presencia de secreciones normales y anormales durante el embarazo, el cual está conformado por los comportamientos 2, 4 y 8, que

son: dar lactancia materna; identificar problemas al orinar e identificar problemas en la secreción vaginal; se encontró .93 de índice.

El tercer lugar de importancia de las agrupaciones de preguntas que las mujeres embarazadas de este estudio le dieron fue a la *norma subjetiva 1*. Este grupo de preguntas están dirigidas a la identificación de aspectos fisiológicos normales y anormales en el embarazo, conformados por los comportamientos 9, 10 y 11, que son: identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos; identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara, e identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo; se encontró .82 de índice. A continuación, se explicarán los grupos de comportamientos en relación a la percepción de control (ver Figura 18).

Figura 18

Grupos de comportamientos en relación a la percepción de control



El tercer fundamento de la TAP es *percepción de control percibida*, y se refiere a la autoeficacia; es decir, a la capacidad de la persona para realizar un comportamiento específico.

Percepción de control percibida 1. Este grupo de preguntas tienen como característica que están dirigidas a la identificación de aspectos fisiológicos normales y anormales en el embarazo, el cual está conformado por los comportamientos 9, 10 y 11, que son: identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos; identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara, e identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo. Se encontró .80 de índice de relación entre ese grupo de preguntas con respecto a la percepción de control, con resultado R^2 de .63, que es el porcentaje de la varianza explicada.

Percepción de control percibida 2. Este grupo de preguntas tienen como característica que están dirigidas a los consejos que otorga el personal de salud que se encuentra en el hospital, el cual está conformado por los comportamientos 1, 3, 5, 6 y 7, que son: tomar ácido fólico; alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz; acudir al centro de salud cuando hay sangrado; evitar fumar y evitar consumir alcohol. Se encontró .68 de índice de relación entre ese grupo de preguntas con respecto a la percepción de control, con resultado R^2 de .46, que es el porcentaje de la varianza explicada.

Percepción de control percibida 3. Este grupo de preguntas tienen como característica que se refieren a la presencia de secreciones normales y anormales durante el embarazo, el cual está conformado por los comportamientos 2,4 y 8, que son: dar lactancia materna; identificar problemas al orinar e identificar problemas en la secreción vaginal. Se encontró .77 de índice de relación entre ese grupo de preguntas con respecto a la percepción de control, con resultado R^2 de .59, que es el porcentaje de la varianza explicada.

De las tres agrupaciones de datos del tercer elemento de la TAP que es la *percepción de control percibida*, el que salió con un mayor índice fue la *percepción de control percibida 1*, la cual está dirigida a la identificación de aspectos fisiológicos normales y anormales en el embarazo, conformado por los comportamientos 9, 10 y 11: identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos; identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara, e identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo. Se encontró .80; es decir, que las mujeres de este estudio le dieron mayor importancia a este grupo de comportamientos.

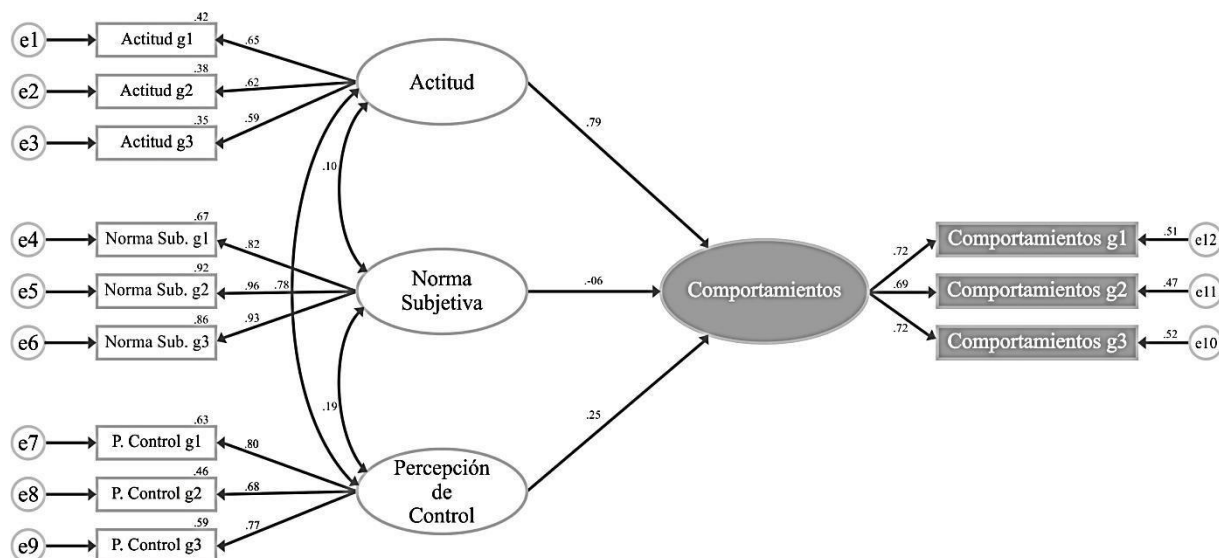
El segundo lugar de importancia de este grupo de preguntas fue el de *percepción de control percibida 3*, el cual se refiere a la presencia de secreciones normales y anormales durante el embarazo, conformado por los comportamientos 2, 4 y 8, que son: dar lactancia materna; identificar problemas al orinar e identificar problemas en la secreción vaginal; se encontró .77 de índice.

El tercer lugar de importancia que las mujeres embarazadas le dieron a este elemento de la TAP fue al grupo de comportamientos de la *percepción de control percibida 2*, la cual está dirigida a los consejos que otorga el personal de salud que se encuentra en el hospital, conformado por los comportamientos 1, 3, 5, 6 y 7, que son: tomar ácido fólico; alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz; acudir al centro de salud cuando hay sangrado; evitar fumar y evitar consumir alcohol, ya que se encontró .68 de índice.

A continuación, se analizarán los comportamientos en relación a su ejecución (ver Figura 19).

Figura 19

Comportamientos en relación a su ejecución



El comportamiento se refiere a la realización de una acción que puede ser positiva o negativa, la cual proviene de los elementos de la TAP: *actitud*, *norma subjetiva* y *percepción de control percibida* (Ajzen, 1991, 2002). Los comportamientos a su vez definen el autocuidado en el embarazo.

Comportamientos 1. Este grupo de preguntas tienen como característica que están dirigidas a la identificación de aspectos fisiológicos normales y anormales en el embarazo, el cual está conformado por los comportamientos 9, 10 y 11, que son: identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos; identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara, e identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo. Se encontró .72 de índice de relación entre ese grupo de preguntas con respecto a la realización de los mismos, con resultado R^2 de .51, que es el porcentaje de la varianza explicada.

Comportamientos 2. Este grupo de preguntas tienen como característica que están dirigidas a los consejos que otorga el personal de salud que se encuentra en el hospital, el cual está conformado por los comportamientos 1, 3, 5, 6 y 7, que son: tomar ácido fólico; alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz; acudir al centro de salud cuando hay sangrado; evitar fumar y evitar consumir alcohol. Se encontró .69 de índice de relación entre ese grupo de preguntas con respecto a la realización de los mismos, con resultado R^2 de .47, que es el porcentaje de la varianza explicada.

Comportamientos 3. Este grupo de preguntas tienen como característica que se refieren a la presencia de secreciones normales y anormales durante el embarazo, el cual está conformado por los comportamientos 2, 4 y 8, que son: dar lactancia materna; identificar problemas al orinar e identificar problemas en la secreción vaginal. Se encontró .72 de índice de relación entre ese grupo de preguntas con respecto a la realización de los mismos, con resultado R^2 de .52, que es el porcentaje de la varianza explicada.

La importancia de la realización de los once *comportamientos* esperados en la gestación por parte de las mujeres embarazadas que participaron en este estudio, en primer lugar se lo dieron al grupo de preguntas *comportamientos 1*, que tienen como característica que están dirigidas a la identificación de aspectos fisiológicos normales y anormales en el embarazo, conformado por los comportamientos 9, 10 y 11, que son: identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos; identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara, e identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo; se encontró .72 de índice.

El grupo de preguntas *comportamientos 3* se encontró con .72 de índice; estos comportamientos tienen como característica que se refieren a la presencia de secreciones normales y anormales durante el embarazo, el cual está conformado por los comportamientos

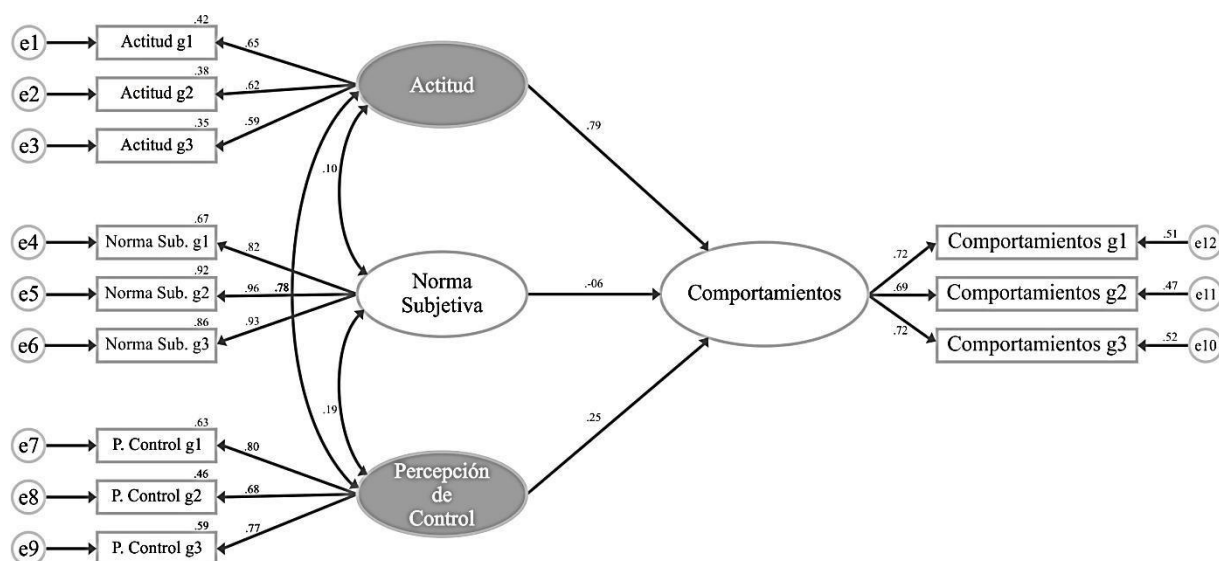
2, 4 y 8, que son: dar lactancia materna; identificar problemas al orinar e identificar problemas en la secreción vaginal.

El segundo lugar de importancia que le dieron al autocuidado fue al conjunto de *comportamientos* 2. Este grupo de preguntas tienen como característica que están dirigidas a los consejos que otorga el personal de salud que se encuentra en el hospital, conformado por los comportamientos 1, 3, 5, 6 y 7, que son: tomar ácido fólico; alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz; acudir al centro de salud cuando hay sangrado; evitar fumar y evitar consumir alcohol, ya que se encontró con .69 de índice.

A continuación, se explicarán los datos encontrados en la relación de covariables actitud y percepción de control (ver Figura 20).

Figura 20

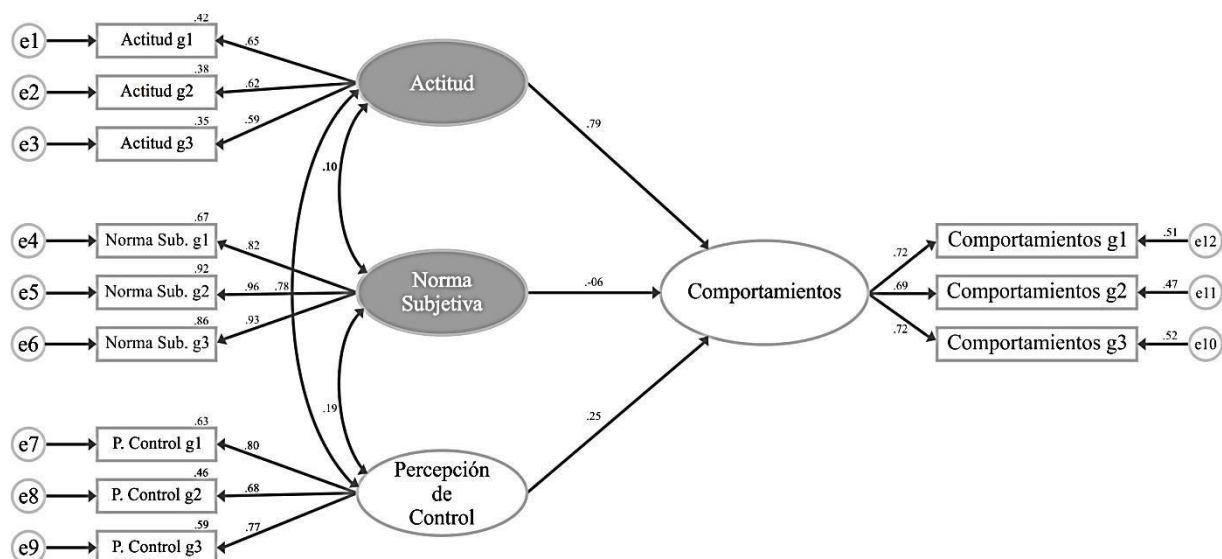
Relación de covariables actitud y percepción de control



En los resultados de las *covariables* se halló una relación significativa entre la actitud y la percepción de control, con un valor de .78. Esto explica que ambos elementos de la TAP están relacionados de manera propicia para que la mujer realice los comportamientos. A continuación, se explicará la relación de covariables actitud y norma subjetiva (ver Figura 21).

Figura 21

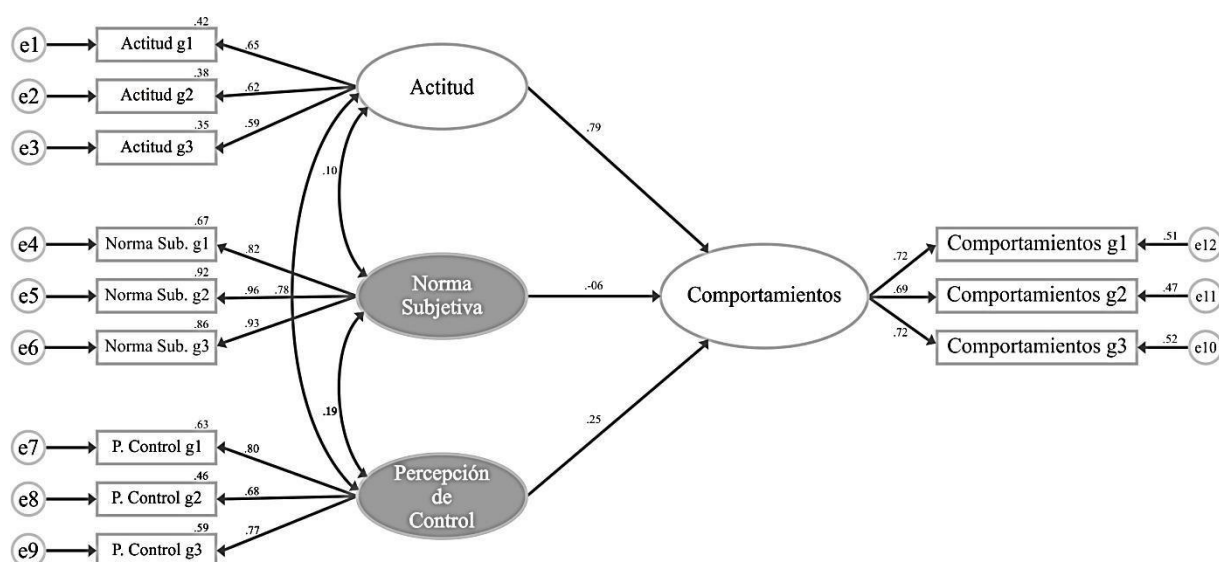
Relación de covariables actitud y norma subjetiva



En los resultados de las covariables no se halló una relación significativa entre la actitud y la norma subjetiva, ya que el valor fue .10. Esto explica que ambos elementos de la TAP no están relacionados de manera propicia para que la mujer realice los comportamientos. A continuación, se explicará la relación de covariables norma subjetiva y percepción de control (ver Figura 22).

Figura 22

Relación de covariables norma subjetiva y percepción de control



En los resultados de las covariables no se halló una relación significativa entre la norma subjetiva y la percepción de control, con un valor de .19. Esto explica que ambos elementos de la TAP no están relacionados de manera propicia para que la mujer realice los comportamientos.

En el presente capítulo cuatro, se mostraron los datos estadísticos de la información sociodemográfica. Igualmente se explicaron los resultados obtenidos del modelo de ecuaciones estructurales, específicamente de las tres fuentes de la Teoría de Acción Planeada que son: Actitud, norma subjetiva y percepción de control. De la misma forma se definió la carga factorial y el porcentaje, de los once comportamientos deseados en la gestación, que las mujeres embarazadas señalaron realizar.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

En este capítulo se discuten los resultados descritos en el capítulo precedente, destacando los hallazgos principales de la investigación.

Validez

La validez de este estudio se comprobó por medio de los siguientes elementos:

Validez de contenido: Se les pidió a once expertos en salud y en educación que evaluaran el instrumento de investigación, e hicieron observaciones y sugerencias al mismo, las cuales fueron descritas con detalle en el Capítulo III.

Validez de constructo: Se utilizó como referente la Teoría de la Acción Planeada propuesta por Icek Ajzen (1977).

En relación a la confiabilidad, a continuación, se describe el r^2 en cada grupo de los comportamientos estudiados.

Uno de los hallazgos descritos con anterioridad fue que las mujeres en situación de embarazo mostraron una actitud positiva (79%) (r^2 de .51) hacia el autocuidado que se espera que practiquen durante su embarazo; es decir, se observó una disposición favorable para realizar los once comportamientos, que son: tomar ácido fólico durante el embarazo; mantener una lactancia materna exclusiva durante seis meses cuando nazca el bebé; consumir alimentos ricos en hierro y calcio; identificar infección de vías urinarias; acudir al centro de salud cuando hay sangrado; evitar fumar durante el embarazo; evitar consumir alcohol durante el embarazo; identificar infección vaginal; reconocer complicaciones por mareos y dolor de cabeza o zumbido de oídos durante el embarazo; identificar problemas de inflamación de

tobillos, manos y cara, e identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo (Guías de Práctica Clínica, 2013; Howard, et al., 2018).

En cuanto a las actitudes positivas referentes al autocuidado en el embarazo, los resultados (79%) (r^2 de .51) coinciden con los encontrados por Altamirano (2018), quien refirió una actitud favorable en las mujeres en situación de embarazo en relación a la identificación de los signos y síntomas de riesgo en esta etapa. Igualmente se coincide con lo documentado por Tituaña (2019), en el sentido de que las mujeres en gestación manifestaron una actitud beneficiosa hacia el cuidado de su salud, ya que acudían al centro de salud de manera oportuna cuando presentaban signos y síntomas que ponían en riesgo su salud o la de sus bebés.

De la misma forma, los resultados con respecto a las actitudes positivas referentes al autocuidado en el embarazo (79%) (r^2 de .51), concuerdan con Guerrero (2019), quien registró que las mujeres en gestación presentaron una actitud favorable con respecto a realizar prácticas adecuadas de salud para su embarazo. En este sentido, Alanís y Pérez (2017) documentaron que el autocuidado de las mujeres en gestación era bueno, con un 75%, pero al mismo tiempo señalaron la relevancia de realizar intervenciones educativas de enfermería que ayuden a mejorar el autocuidado, con el fin de disminuir posibles complicaciones del embarazo. Por su parte, Navarro (2015) refirió que se ha demostrado que las emociones negativas intervienen de manera dañina para la salud, mientras que las emociones positivas lo hacen de modo provechoso, por lo cual resulta importante la conexión entre mente y cuerpo.

Sin embargo, los resultados encontrados en este estudio no concuerdan con los que Bone (2019) documentó respecto al autocuidado en la gestación, ya que el 53% de las mujeres refirió falta de interés por cuidarse y llevar adecuadamente el control prenatal, así como

deficiencia de conocimientos sobre los cuidados que se deben tener durante el embarazo, ya que en este estudio se halló una actitud positiva (79%) (r^2 de .51) en las mujeres en situación de embarazo.

Considerando las diferencias del autocuidado en el embarazo por niveles de escolaridad, en el presente estudio no se hallaron diferencias; los resultados concordaron con los de Castillo y Norori (2014), quienes documentaron que no mostraron significancia estadística los grados académicos para el autocuidado durante la gestación. Sin embargo, los resultados de este estudio no concuerdan con los reportados por Dávila, et al. (2017), ya que señalaron una relación entre baja escolaridad con deficiencias en el autocuidado.

De la misma forma, Bone (2019) refirió que el bajo nivel educativo influyó significativamente en la decisión de iniciar tardíamente los controles prenatales. Mendoza y Piña (2016) señalaron que el nivel académico satisfactorio, que era el de licenciatura en las mujeres participantes, contribuyó al cuidado apropiado durante el embarazo, contrario a lo que se encontró en el presente estudio, ya que no se hallaron diferencias por niveles académicos.

Considerando las diferencias del autocuidado en el embarazo por niveles de ingreso económico, en el presente estudio no se hallaron diferencias por ello; sin embargo, los resultados difieren de los documentados por Dávila, et al. (2017), quienes refirieron una relación entre bajos ingresos con deficiencias en el autocuidado; de la misma manera, Mendoza y Piña (2016) refirieron que el nivel económico contribuyó al mejor cuidado de la mujer en gestación.

Considerando las diferencias del autocuidado en el embarazo por edad, en este estudio no se encontraron datos significativos, lo cual difiere con lo documentado por Bone (2019),

quien registró que el 50% de la población adolescente que formó parte de su estudio, influyó significativamente al acudir a los controles prenatales de manera inadecuada.

Por su parte, Muñoz, et al. (2015) refirieron que las mujeres adolescentes en gestación se caracterizaron por la fragilidad psicosocial. En este sentido, la OMS (2020) señaló que es deseable incrementar la atención especializada a las adolescentes en gestación en el cuidado prenatal, en el parto y posparto.

Considerando el estado civil, en este estudio no se encontraron diferencias en el autocuidado de las mujeres en gestación, por lo que no se concuerda con los resultados de Bone (2019), quien señaló que las mujeres en gestación estaban unidas de manera libre con sus parejas, lo cual influyó en la inasistencia a las citas de control prenatal. En el mismo sentido, Muñoz, et al. (2015) documentaron que las mujeres en gestación sin pareja estable se caracterizaron por alta vulnerabilidad psicosocial. En el presente estudio se observó que las mujeres en gestación acudían a la consulta acompañadas por la pareja, madre, hermana o suegra; no se observaron mujeres que acudieran solas; por lo cual, no se encontraron diferencias significativas relacionadas con el estado civil de las mujeres en gestación.

Para el análisis de los datos, se hicieron agrupaciones según los resultados del Análisis Factorial confirmatorio y a priori, de acuerdo con la teoría; posteriormente se analizaron por medio del Modelo de ecuaciones estructurales. Los grupos de comportamientos después del análisis quedaron de esta forma, con sus respectivos resultados:

Grupo de comportamientos 1. Este grupo de preguntas están dirigidas a la identificación de aspectos fisiológicos normales y anormales en el embarazo, el cual está conformado por los comportamientos 9, 10 y 11, que son: identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos;

identificar problemas de inflamación de tobillos, manos o cara, e identificar los movimientos normales del bebé durante el embarazo.

En relación a este grupo de comportamientos, se encontró que el 72% (r^2 de .51) de las participantes refirieron identificar mareos, dolor de cabeza y zumbido de oídos, los cuales pueden ser indicios de presión arterial alta. Por lo tanto, concordamos con lo documentado por Altamirano (2018), quien reportó que en el 97 % de las mujeres en gestación de su estudio, los zumbidos podían ser un signo de alarma y por ello debían acudir al centro de salud.

Por su parte, Novaes, et al. (2018) refirieron que el 10% de las mujeres en gestación que formaron parte de su estudio, tuvieron la necesidad de acudir al centro de salud por problemas de alta presión durante el embarazo. Del mismo modo, Soares, et al. (2018) reportaron que el 10% de la población estudiada acudió al hospital por alta presión. A su vez, Lucchese, et al. (2016) reportaron que el 19% de la población estudiada acudió al hospital por alta presión y preeclamsia (alta presión e inflamación de manos y cara).

En relación a la importancia de la presión arterial alta en el embarazo, Ruiz, et al. (2015) señalaron que la frecuencia de problemas de presión fue de 26% en una muestra de 100 mujeres que era la primera vez que tenían hijos; la mitad de las mujeres en gestación que padecían estas enfermedades tuvieron una operación cesárea, la cual a su vez produce riesgos, como un mayor tiempo de recuperación y taquipnea transitoria del recién nacido (respiraciones más rápidas de lo normal).

En el mismo sentido, Gonçalves, et al. (2015) reportaron que del 20 al 50% de las mujeres en gestación con alta presión pueden presentar preeclamsia; la forma de salvar la vida de la madre es interrumpiendo el embarazo con una operación cesárea, pero si la mujer no cuenta con las semanas de gestación a término, puede tener un bebé prematuro.

Por su parte, Gutiérrez, et al. (2016) refirieron que los factores relacionados con la preeclampsia en mujeres en gestación mexiquenses fueron las edades extremas (adolescentes y mayores de 35 años); antecedentes de preeclampsia previa; tener alta presión, así como el antecedente de haber tenido un bebé muerto.

Franco, et al. (2017) destacaron la trascendencia de que la mujer en gestación presente alta presión, ya que esta enfermedad y las hemorragias fueron las primeras enfermedades obstétricas por las cuales internaron a una mujer en gestación a la unidad de cuidados intensivos (62%); específicamente, 34 mujeres en gestación; además, el peso de los bebés fue bajo para su edad. El Apgar normal (calificación que les dan a los niños al nacer) fue registrado sólo en el 53% del total de los nacimientos. De la misma forma, se presentaron dos muertes de bebés en la matriz de la madre y cuatro muertes de recién nacidos. En este mismo sentido, Benatti, et al. (2017) reportaron que se presentaron 2% de muertes de bebés recién nacidos (920 totales de las muertes), cuyas madres tenían como antecedente la alta presión.

Por su parte, Jiménez, et al. (2016) reportaron el fallecimiento de mujeres en gestación con alta presión (22%), de las cuales el 41% no tuvo control prenatal. Berrocal y Huamán (2015) documentaron que el 79% de las mujeres en gestación con enfermedades de la presión arterial presentaron controles prenatales irregulares. A su vez, Vega (2018) documentó que el 8% de las mujeres que presentaron preeclampsia tuvieron como máximo cuatro consultas prenatales; además, el 5% de sus bebés nacieron antes de tiempo.

En este mismo sentido, Becerril, et al. (2019) registraron 137 casos de mujeres en gestación con alta presión como el segundo factor de riesgo para enfermedades obstétricas severas y para la manifestación de 26 casos de muerte de mujeres en gestación. Un hallazgo relacionado con la alta presión fue el de Teixeira, et al. (2018), ya que el 49% de las mujeres

en gestación presentaron un peso mayor de lo recomendado; fueron más susceptibles a la alta presión y a la preeclampsia, y tener niños con bajo peso.

De manera similar, Dalla, et al. (2016) señalaron que las mujeres en gestación delicadas de salud presentaron alta presión, específicamente 15 casos que representaron el 24.6%; más de la mitad de las mujeres embarazadas presentaron sobrepeso (52.4%) y 11 mujeres en gestación presentaron alto peso (18%). Es por ello que se requieren intervenciones educativas en relación a la alimentación en la etapa gestacional para evitar posibles complicaciones.

Hernández (2018) afirmó que el control prenatal adecuado es un factor protector para evitar la hipertensión inducida en el embarazo, por lo que se insiste en la relevancia de estimular a las mujeres en gestación para que acudan a las revisiones y para que realicen los comportamientos esperados en la gestación.

Por su parte, la OMS (2008) señaló a las enfermedades de la presión arterial como causa de enfermedades graves, discapacidades, muerte de las mujeres en gestación y muerte de bebés en la matriz, así como también de muerte de recién nacidos. La OMS (2008) refirió que gran parte de estas complicaciones se pudieron haber evitado con un cuidado y atención adecuada durante el embarazo, lo que incluye la prevención de posibles complicaciones con educación en salud.

El gobierno federal, por medio de la Secretaría de Salud de México (2016a), definió la preeclampsia como una enfermedad con alta presión y proteinuria (presencia de proteínas en la orina), así como por la presencia de inflamación de manos, cara y ojos; por lo cual, subrayó la importancia de identificar los factores de riesgo por medio de la atención prenatal de calidad para evitar y diagnosticar la preeclampsia y eclampsia en los centros de salud.

Es importante agregar que se estima que el 10% de las mujeres en gestación en el mundo manifiestan preeclampsia y eclampsia en los países en desarrollo (OMS, 2008).

En relación a este grupo de comportamientos se encontró que el 72% (r^2 .51) de las mujeres embarazadas participantes en el estudio refirieron haber identificado inflamación en tobillos, manos o cara, por lo que se concuerda con lo documentado por Altamirano (2018), ya que refirió que el 97% de la muestra comentó que el edema (inflamación) en cara, manos y pies se considera signo de alarma. Por su parte, Spindola, et al. (2013) afirmaron que el 37% de las participantes presentaron edema.

La OMS (2016) recomendó para los edemas (inflamación en piernas) durante el embarazo, medias de compresión, la elevación de las piernas y la inmersión en agua. Por su parte, la Secretaría de Salud (2019) señaló que las mujeres en gestación tienen derecho a recibir atención de urgencia en los diferentes hospitales del IMSS, ISSSTE o Secretaría de Salud, sin importar si son derechohabientes o no. Algunos signos de alarma que considera son la inflamación de tobillos, cara o manos. La Secretaría de Salud de México (2016a) señaló que en la preeclampsia se puede presentar inflamación en el cuerpo de la mujer en gestación.

En relación a este grupo de comportamientos, en este estudio se encontró que el 72% (r^2 .51) de las participantes refirieron identificar movimientos del bebé en la matriz. Por su parte, Altamirano (2018) refirió que el 100% de las gestantes encuestadas señalaron saber que, si su bebé no se movía, estaba en peligro. En relación a la trascendencia de que las mujeres en gestación identifiquen los movimientos normales en su bebé durante el embarazo, Valencia (2017) mencionó que los movimientos del bebé en la matriz son una de las formas de conocer la condición del feto, y la única manera de identificarlo es por medio de la mamá.

Por su parte, Arone (2018) documentó que la disminución o ausencia de movimientos fetales puede ser un signo de muerte fetal.

La OMS (2016) aseguró que se consideraban normales diez patadas del feto durante el día en la matriz de su mamá. Por su parte, la Secretaría de Salud (2015a) refirió que pueden ocurrir signos de alarma durante el embarazo que muestren que está sucediendo algún problema, por lo que la mujer en gestación requiere atención de salud de manera pronta, y uno de estos signos se refiere precisamente a que el bebé no presente movimientos.

Grupo de comportamientos 2. Este grupo de preguntas están dirigidas a los consejos que otorga el personal de salud que se encuentra en el hospital, el cual está conformado por los comportamientos 1, 3, 5, 6 y 7, los cuales son: tomar ácido fólico, alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz, acudir al centro de salud cuando hay sangrado, evitar fumar y evitar consumir alcohol.

En relación a tomar ácido fólico, el 69% ($r^2 .47$) de las participantes de este estudio refirieron realizar este comportamiento, por lo que concordamos con Sáenz (2016), quien refirió que el 100% de las participantes consumió ácido fólico en el embarazo. Igualmente, López, et al. (2018) refirieron que las mujeres en gestación (98.1%) afirmaron consumir ácido fólico durante el embarazo.

En relación a la relevancia del consumo de ácido fólico durante la gestación, Oneto, et al. (2016) mencionaron que es una forma de prevención de enfermedades al nacimiento como malformaciones del tubo neural. Igualmente, Rodríguez, et al. (2015) refirieron que ante la carencia de ácido fólico se puede producir espina bífida (falta de cierre del tubo neural) y anencefalia (falta de cierre parte craneal).

La OMS (2019a) indicó que las mujeres que deseen embarazarse y las que ya estén embarazadas deben consumir ácido fólico, con el propósito de disminuir el riesgo de enfermedades en la mujer en gestación y del bebé. La Secretaría de Salud de México (2016b) aseguró que el consumo de ácido fólico durante el embarazo es trascendente, ya que evita la espina bífida (enfermedad de la columna vertebral en la cual los nervios que controlan los movimientos de las piernas y otros órganos no funcionan), y señaló que los bebés que nacieron con espina bífida tienen discapacidad toda la vida. Del mismo modo, la Secretaría de Salud (2016b) comentó que con la toma de ácido fólico en mujeres en gestación se previene la anencefalia (enfermedad en la que no se desarrolla el cerebro o una gran parte de él)

En relación a alimentarse con frijoles, leche y tortillas de maíz durante el embarazo, las participantes de este estudio refirieron realizar este comportamiento (69%) ($r^2 .47$), por lo que se concuerda con los resultados de Constan, et al. (1993), ya que mencionan una regular ingesta de Calcio (69%). Sin embargo, no se concuerda con lo documentado por Dos Santos, et al. (2016), quienes registraron que las participantes de su estudio consumieron menor cantidad de maíz (47.1%). Similar a lo que reportaron Espinoza, et al. (2015), cuyo estudio refirió que las participantes consumían poca cantidad de alimentos ricos en hierro (35%). De la misma forma, los resultados del presente estudio, con el 69% de consumo de alimentos ricos en hierro por las participantes, difieren de lo reportado por Constan, et al. (1993), ya que señalaron una mínima cantidad de consumo de hierro en sus participantes (38%).

La relevancia de que las mujeres en gestación consuman alimentos que contengan hierro y calcio, de acuerdo con Bermúdez, et al. (2016), es que en el periodo del embarazo la necesidad de nutrientes aumenta en la mujer en gestación, así como también se van incrementando las necesidades nutricionales del feto. En este mismo sentido, Mosha, et al.

(2016) señalaron que la deficiencia en consumo de hierro y calcio se relacionó con el riesgo de parto antes de tiempo, muerte fetal y del recién nacido.

La OMS (2019b) consideró que la educación y capacitación en nutrición durante el embarazo pueden regular el aumento de peso durante la gestación; disminuir la anemia; aumentar el peso de los bebés, así como también evitar los nacimientos antes de tiempo. En este mismo sentido, la Secretaría de Salud (2016c) señaló que durante el embarazo la cantidad de flujo sanguíneo aumenta hasta en 50% más de lo normal, por lo que es necesario consumir alimentos que contengan hierro y calcio.

En relación a la importancia acudir al centro de salud cuando hay sangrado, el 69% (r^2 .51) de las participantes de este estudio refirieron realizar este comportamiento. Por su parte, Viera (2018) reportó cinco muertes maternas en el año 2016 y durante el año 2017. En tres de estos casos, las muertes ocurrieron como consecuencia de hemorragias durante el embarazo y 40 días después del parto.

De manera similar, Cabrera, et al. (2019) documentaron que la hemorragia obstétrica (24%) fue causa de muerte materna. Continuando con la importancia de acudir al centro de salud cuando hay sangrado, Hernández, et al. (2019) reportaron que la principal causa de muerte materna fueron las hemorragias. Del mismo modo, Corpus (2019) mencionó que el control prenatal inadecuado, 59% (62), fue una de las causas de la ruptura prematura de membranas antes de tiempo. De manera similar, Segovia (2019) señaló que la hemorragia del segundo y terceros trimestres (10,4 %) fueron la causa de enfermedad severa durante la gestación.

Respecto a la relevancia de la presión alta durante la gestación, Hernández, et al. (2019) documentaron que la hemorragia materna fue la principal causa de muerte en mujeres en gestación.

Por su parte, Nascimento, et al. (2014), refirieron que la mortalidad materna fue causada por hipertensión y hemorragia, y que además las muertes de estas mujeres en gestación es un problema grave de salud pública, siendo necesario reducirla para mejorar los indicadores de salud. Igualmente, Nungaray (2019) reportó que los casos de enfermedad materna extrema fueron las enfermedades hipertensivas, con el 80.3% de los eventos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2015) refirió que una de cada cinco muertes maternas en América Latina es causada por hemorragias obstétricas en el embarazo o inmediatamente después del parto. En este sentido, el Gobierno federal, a través del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND, 2018), señaló la importancia de la muerte materna causada por la hemorragia durante el embarazo, ya que puede producir secuelas como el síndrome de distrés respiratorio (enfermedad respiratoria en bebés), coagulopatía, choque hipovolémico (falta de líquidos), además de la identificación de signos y síntomas de alarma como palidez, sudor, frecuencia cardíaca rápida, pulso débil, problemas del estado de alerta y fiebre.

Por lo antes mencionado, Morilla, et al. (2017) afirmaron que sería ideal que el personal de enfermería obstétrico otorgara a las mujeres tranquilidad y confianza, además de individualizar la atención para cada paciente, ya que el tiempo de atención es crucial en momentos de urgencia.

En este estudio se encontró que el 31% de las mujeres en gestación había consumido tabaco durante el embarazo; estos resultados concuerdan con los documentados por Muñoz, et

al. (2015), ya que mencionaron que 18 mujeres en gestación manifestaron tener este hábito, lo cual es similar a lo reportado por Santiago, et al. (2019), quienes registraron que el 12% de las mujeres en gestación siguieron con el consumo de tabaco durante el embarazo; el porcentaje de fumadoras disminuyó, mas no fue eliminado por completo. Igualmente se concuerda con los resultados encontrados por Zamudio, et al. (2018), los cuales refirieron tabaquismo en ocho mujeres en gestación, y en este estudio el 31% de las participantes.

Por su parte, Alanis y Pérez (2017) reportaron que el 18.3% de las mujeres en gestación fumaron durante el embarazo, con 60 participantes en total. Igualmente, son alarmantes los resultados de Novaes, et al. (2018), quienes reportaron que el consumo de tabaco durante la gestación fue del 12.7% en su población de estudio. Así mismo, los resultados de la presente investigación concuerdan con los de Iantosca, et al. (2017), quienes registraron seis mujeres en gestación con el hábito de fumar. Soares, et al. (2018) reportaron el 13% de mujeres en gestación con tabaquismo (607 en total). También se coincidió con los resultados encontrados por Lucchese, et al. (2016), con el 33% de mujeres en gestación que consumieron tabaco, ya que el 31% de las participantes del presente estudio habían consumido tabaco durante el embarazo.

A su vez se concuerda con los resultados de Jiménez, et al. (2012), quienes refirieron que el 18.2% de las mujeres en gestación fumó durante todo el embarazo, y algunos factores relacionados fueron fumar antes del embarazo, mayor número de horas de exposición al humo ambiental de tabaco en el hogar, tener una baja percepción de riesgo y una pareja con menor nivel de estudios. De la misma forma, nuestros resultados fueron similares a los de Mateos, et al. (2014), quienes señalaron que el 14% de las mujeres en gestación manifestó fumar, y que

además las características de ellas fueron: mujer joven con bajo nivel educativo, expuesta al humo de tabaco en el hogar y con alto consumo de tabaco antes del embarazo.

Blasco (2015) reportó que el 21% de mujeres en gestación en el tercer trimestre embarazo mantuvieron el hábito de fumar, y señalaron que el mayor nivel de estudios se asoció con un menor consumo de tabaco; sin embargo, en el presente estudio no se encontró significancia con relación al uso de tabaco y escolaridad.

Por su parte, Aguilera, et al. (2018) señalaron que el 21.38% de las mujeres en gestación fumó durante el embarazo; similar a lo mencionado por Mendoza y Piña (2016), ya que documentaron que siete mujeres en gestación no dejaron de fumar; además resaltan la importancia de que los recién nacidos de esas madres presenten enfermedades como asma, neumonía y bronquitis. De la misma forma, los resultados de este estudio concuerdan con los de Jiménez (2010), quien reportó que 42 mujeres en gestación consumieron algún tipo de droga como el tabaco; en este estudio, como ya se señaló, el 31% de las mujeres participantes habían consumido tabaco durante el embarazo.

En relación a la importancia del consumo de alcohol durante la gestación, Jiménez (2010) reportó que de los niños de mujeres que fumaron, el 61% tuvieron retraso en el crecimiento. En este sentido, Soto, et al. (2010) señalaron que uno de los factores de riesgo para que nacieran niños con bajo peso fue el tabaquismo en la madre, y además destacaron la importancia de que es un hábito modificable. Silveira, et al. (2013) mostraron datos relevantes al documentar que el 11% de casos de mujeres en gestación que fumaron, se relacionaron con niños con malformaciones.

Por su parte, Míguez y Pereira (2018) documentaron el hallazgo de que 119 mujeres en gestación presentaron cotinina en orina con el test de cotinina de Medi-Marketing; sin

embargo, en el reporte autoinformado solo lo refieren 106 mujeres en gestación, resaltando que es probable que exista un mayor porcentaje de mujeres en gestación que fumen y que escondan el consumo de tabaco; por lo cual, señalan que en los estudios las prevalencias podrían ser inconsistentes.

Siguiendo con la relevancia del riesgo de que las mujeres fumen durante el embarazo, Pérez y Raffo (2015) refirieron que el hábito de fumar fue de 11.3% de uso hasta el tercer trimestre, y además documentaron que los bebés de mujeres en gestación fumadoras de más de 800 cigarrillos totales en el embarazo presentaron bajo peso al nacer. Por su parte, Jiménez, et al. (2011) también estudiaron a siete niños con edad de 3 a 21 días de nacimiento que tuvieron madres fumadoras; en exámenes que se les realizaron, encontraron alteraciones del sistema nervioso. En este mismo sentido, Machado, et al. (2015) refirieron que el 11% de las mujeres en gestación que consumían alcohol tuvieron hijos con bajo peso, en comparación con hijos de mujeres que no fumaban. Igualmente, Acosta, et al. (2013) mencionaron que 98 casos de niños con labio y paladar hendido tuvieron como factor de riesgo que la madre consumiera tabaco durante la gestación.

Aliaga, et al. (2018) documentaron datos relevantes al respecto, específicamente mujeres embarazadas con bebés que nacieron antes de tiempo por el hábito de fumar de la madre. Castillo, et al. (2018) registraron que el tabaco durante el embarazo daña el funcionamiento de la retina en los bebés. Por su parte, Cruz, et al. (2017) reportaron que 18 mujeres en gestación que tenían el hábito de fumar se relacionaron con el entorno social y familiar por la falta de apoyo y ayuda para dejar de fumar.

En este sentido, Monsreal, et al. (2015) documentaron que uno de los determinantes del bajo peso al nacer que se encontró en los bebés de mujeres en gestación fumadoras puede

evitarse con educación en salud, adecuando programas de capacitación para promover estilos de vida saludables.

La OMS (2013b) señaló que el consumo de tabaco incluye todos los tipos de tabaco para fumar y el tabaco sin humo; además, añadió que la exposición al humo ajeno incluye la exposición al humo de los productos de tabaco combustibles en el hogar, en el trabajo y en los lugares públicos. Así mismo, afirmó que era necesario vigilar si la pareja u otros miembros de la familia estaban consumiendo tabaco. La OMS (2013b) también mencionó que es recomendable que el personal de salud enseñe a las mujeres en gestación y a los familiares la capacitación relativa a los peligros de la exposición al humo de terceras personas, así como también sería conveniente establecer estrategias para minimizar el humo en la casa.

La OMS (2013b) agregó que el consumo de tabaco en el periodo de gestación puede provocar enfermedades en la mujer, como abortos, fallecimiento de mujeres en gestación, embarazos fuera de la matriz y partos antes de tiempo. Los niños de mujeres que fumaron en la gestación tienen la probabilidad de nacer antes de tiempo, bajo peso y malformaciones como el labio hendido, como se mencionó con anterioridad. Por su parte, la Secretaría de Salud de México (2015b) señaló que las mujeres en gestación que consumieron tabaco pueden presentar aborto espontáneo, parto antes de tiempo o tener un hijo de bajo peso al nacer.

Los resultados encontrados revelaron que el 31% ($r^2 .47$) de la muestra estudiada no realizaban los comportamientos de manera adecuada. En relación al consumo de alcohol durante el embarazo, el 31% de las participantes habían consumido alcohol durante el embarazo. Estos resultados concuerdan con Moraes, et al. (2016), cuya frecuencia de consumo de alcohol fue del 23%. De la misma forma, los resultados del presente estudio coinciden con los señalados por Iantosca, et al. (2017), quienes reportaron que el 28% de las mujeres en

gestación que participaron en su estudio consumieron alcohol. De manera similar, Oliveira, et al. (2016) señalaron que el 12% de las mujeres en gestación informó haber tomado algún tipo de alcohol durante el embarazo.

El presente estudio también concuerda con Moraes, et al. (2014), quienes documentaron que el 33% de las mujeres en gestación consumieron alcohol durante el embarazo, y con Salazar (2016), quien señaló que el 9% de la población de estudio refirió haber consumido alcohol durante la gestación. Igualmente, se coincide con Bermúdez, et al. (2018), quienes refirieron que el 26% de las mujeres consumió alcohol antes del embarazo, y durante la gestación sólo el 6% ingirió bebidas alcohólicas. Sin embargo, se observa que la frecuencia de consumo disminuyó, mas no se eliminó.

En concordancia con el presente estudio, en el que se encontró que el 31% de las mujeres en gestación habían consumido alcohol durante el embarazo, Mendoza y Piña (2016) documentaron que el 16% de las mujeres en gestación consumieron alcohol durante el primer trimestre de embarazo; dichas semanas son las más importantes, ya que es el tiempo en que el bebé se desarrolla en la matriz, se forman sus aparatos y sistemas. Del mismo modo, se coincide con Muñoz, et al. (2015), quienes señalaron que siete mujeres en gestación consumieron alcohol. De la misma forma, los resultados de este estudio son congruentes con lo documentado por Zamudio, et al. (2018), al señalar que el 6.9% de las mujeres en gestación consumieron alcohol, similar a lo hallado por Aguilera, et al. (2018), quienes refirieron que el 3% de las mujeres en gestación consumió bebidas alcohólicas.

Los datos mencionados anteriormente son alarmantes, ya que en ningún estudio de los que fueron consultados se encontró el 100% de abstinencia de las mujeres en gestación con respecto al consumo de alcohol.

En relación a la importancia del consumo de alcohol durante la gestación, Figueroa, et al. (2016) reportaron seis casos de niños de madres que ingirieron alcohol durante el embarazo, los cuales manifestaron enfermedades del labio y paladar hendido, y dos casos de niñas con la misma enfermedad (en los labios y paladar, los cuales presentan una fisura o abertura). De manera similar, González, et al. (2011) reportaron que una de las variables correlacionadas positivamente a las tasas de labio y paladar hendido fue la de mujeres en gestación consumidoras de alcohol y abuso o dependencia del alcohol. A este respecto, las entidades con mayor tasa de labio y paladar hendido fueron, en 2003, el Distrito Federal, con dos casos; en 2004, Jalisco, con dos casos; en 2005, Oaxaca, con dos casos; en 2006, el Estado de México, con un caso; en 2007, 2008 y 2009, en Jalisco, con dos, tres y dos casos, respectivamente.

Soto, et al. (2010) documentaron que el alcoholismo en mujeres en gestación fue uno de los factores de riesgo para bajo peso al nacer, y destacaron la importancia de que es un factor modificable. Jiménez (2010) señaló que las mujeres en gestación que consumían algún tipo de droga, entre ellas, el alcohol, el 45% de los bebés presentaron retraso en el crecimiento.

Jiménez, et al. (2011) también mostraron las implicaciones de que la madre consumiera alcohol durante la gestación, ya que estudiaron a siete niños con edad entre 3 y 21 días de vida extrauterina que fueron expuestos a diferentes factores de riesgo; entre ellos, el alcohol durante el embarazo. Los diagnósticos médicos fueron síndrome de aspiración de meconio (ingieren popo durante el nacimiento); infección por corioamnionitis (infección líquido amniótico); céfalo-hematoma parietal derecho (moretones en la cabeza); blefaro-conjuntivitis (problemas en ojos y párpados); deshidratación por pobre ingesta (baja hidratación de la madre) y enfermedades del sistema nervioso central. De la misma forma, Silveira, et al.

(2013) refirieron que el 16% de las mujeres consumió alcohol durante el embarazo y fue significativo en relación a la presencia de malformaciones en sus bebés.

La OMS (2017c) mencionó que el alcohol es dañino para el bebé que se encuentra en la matriz de su madre, ya que el alcohol pasa al feto por la corriente sanguínea; además, la OMS señaló que estos recién nacidos pueden nacer con trastorno del espectro alcohólico fetal (FASD), el cual está relacionado con desórdenes físicos, de conducta, aprendizaje; problemas de peso, malformaciones en la cara y enfermedades cerebrales como los retrasos.

La Secretaría de Salud de México (2013) refirió que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas tiene graves consecuencias, ya que la mujer embarazada incrementa el riesgo de que el bebé nazca con cráneo pequeño, facciones anormales, retardo físico y mental. La recomendación de salud es que la mujer evite consumir alcohol cuando planea embarazarse. Por su parte, las Guías de Práctica Clínica de México (2013) recomendó al profesional de enfermería identificar, y a su vez orientar, a las mujeres en gestación que se encuentran consumiendo alcohol, sobre los efectos adversos para ellas y sus bebés, como los que han sido citados con anterioridad.

Grupo de comportamientos 3. Este grupo de preguntas tienen como característica que se refieren a la presencia de secreciones normales y anormales durante el embarazo, el cual está conformado por los comportamientos 2, 4 y 8, los cuales son: lactancia materna, identificar problemas al orinar e identificar problemas en la secreción vaginal.

A las participantes de este estudio se les preguntó si pensaban dar lactancia materna cuando naciera el bebé; el 72% ($r^2 .52$) respondió que sí deseaban amamantar a sus hijos, por lo que se concuerda con los resultados de Cuentas y Quispe (2015), quienes documentaron

una actitud favorable hacia la lactancia materna (65%). Por su parte, Osorio (2019) refirió que el 77% de la muestra estudiada, lactaban de manera adecuada.

En este estudio se encontró que el 72% ($r^2 .52$) respondió que sí deseaban amamantar a sus hijos, por lo que se difiere de los resultados de Arizmendi, et al. (2019), ya que, en el plan de lactancia materna exclusiva, sólo el 50% mencionó que daría esta lactancia durante 6 meses. Por su parte, González, et al. (2018) encontraron un resultado similar al referir que el 43.8% de los recién nacidos recibían lactancia materna exclusiva. Igualmente, Cuartero, et al. (2018) señalaron que, a los seis meses de edad de un grupo de bebés, sólo el 43% tuvo lactancia materna exclusiva; además mencionaron que uno de los factores por los que las madres abandonaron la lactancia fue por haber regresado a trabajar.

Así mismo, Sampaio, et al. (2015) mostraron que al final de los seis meses, sólo el 19.1% de los bebés se encontraban en lactancia materna exclusiva; mientras que Morales, et al. (2015) señalaron que el 50% de los lactantes estudiados tuvo lactancia materna exclusiva hasta los seis meses edad.

La relevancia de que la mujer lacte tiene beneficios para el bebé, así como también elementos protectores en la salud de la mujer, como la prevención de cáncer de mama (García, et al., 2015). La OMS (2020) aconsejó la lactancia materna exclusiva durante seis meses, ya que aporta al bebé los nutrientes que se necesitan para un crecimiento y desarrollo adecuados, por lo cual recomienda la ayuda de su familia y de los centros de salud. La Secretaría de Salud de México (2015c) también afirmó que la lactancia materna ayuda al desarrollo de los niños de manera física y psicológica por el aporte de defensas y la promoción del contacto piel con piel con su madre. Además, la Secretaría de Salud de México (2015c) mencionó que en México el 35% de los recién nacidos son lactados hasta los seis meses de edad.

En relación a identificar problemas al orinar durante el embarazo, las participantes de este estudio refirieron realizar este comportamiento (72%) ($r^2 .52$). En la búsqueda de información en las fuentes bibliográficas y en base de datos no se encontró un estudio dirigido a mujeres en gestación para identificar o prevenir la infección de vías urinarias; sin embargo, se encontraron estudios donde ya estaba la enfermedad establecida; ejemplo de ello fue lo reportado por Zevallos (2018), quien documentó que el 30.6% de la muestra estudiada presentó infección de tracto urinario, similar a lo señalado por Zamudio, et al. (2018), quienes refirieron que el 25% de infecciones de vías urinarias se presentó en mujeres en etapa de embarazo. En este mismo sentido de la manifestación de enfermedad urinaria en mujeres en gestación, Spindola, et al. (2013) señalaron que el 14.3% de las mujeres participantes manifestaron esta enfermedad.

Por su parte, Jiménez, et al. (2011) estudiaron a siete niños de madres que presentaron infección de vías urinarias y tuvieron como antecedente la carencia de control prenatal. La presencia de infecciones es prevenible con las medidas adecuadas de capacitación, tal como mencionaron Novaes, et al. (2018) y Soares, et al. (2018). En relación a la relevancia de la presencia de infección de vías urinarias en el embarazo, Castillo y Norori (2014) señalaron que es un factor de riesgo para presentar parto antes de tiempo.

La OMS (2015b) refirió que las infecciones en mujeres en gestación representan el 10% de causas de muerte en el mundo, y que además son responsables de un millón de muertes de recién nacidos, por lo que recomienda dar capacitación a las mujeres como medida de prevención. En este mismo sentido, la Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social de México (2016) señaló que la infección urinaria es una de las complicaciones

más frecuentes en el embarazo, por lo que se requiere que sea atendida de manera oportuna, ya que puede provocar aumento de enfermedades en la mujer y en el bebé.

En relación a identificar problemas en la secreción vaginal durante el embarazo, las participantes de este estudio refirieron realizar este comportamiento (72%) ($r^2 .52$). Se hizo una búsqueda intensa con el fin de relacionar los resultados de este estudio con otros; sin embargo, no se encontraron estudios que enseñaran a la mujer en gestación a identificar la infección vaginal como signo de alarma durante el embarazo, sino que se estudiaban cuando ya estaba manifestada la enfermedad. Ejemplo de ello fue lo señalado por Zamudio, et al. (2018), quienes reportaron presencia de cervicovaginitis en 44% de las participantes de su estudio. De manera similar, Hernández, et al. (2016) estudiaron a 142 mujeres en gestación con infección vaginal. En relación a la relevancia de que se presente infección vaginal durante el periodo del embarazo, Jiménez, et al. (2011) documentaron que se estudiaron madres que presentaron infección de vías urinarias, y uno de los factores de riesgo fue no haber tenido control prenatal. Por su parte, Castillo y Norori (2014) refirieron el impacto de la presencia de cervicovaginitis durante la gestación, señalando que la enfermedad causó nacimientos antes de tiempo. La OMS (2015a) recomendó la utilización de estrategias para disminuir las infecciones durante el embarazo y sus complicaciones, específicamente la reducción de muertes de recién nacidos.

A las participantes de este estudio se les preguntó en qué temas requerían enseñanza, y refirieron los siguientes:

El parto es un elemento del proceso perinatal, del cual las mujeres embarazadas tienen dudas. Además, en sus requerimientos de educación señalan la necesidad de capacitación para el cuidado de su bebé; lo manifiestan así tanto mujeres que no han tenido hijos como las que sí

han tenido hijos. Como afirmaron Sola, et al. (2016), las mujeres requieren capacitación sobre el recién nacido.

Otro tema que escribieron las mujeres embarazadas fue sobre los “problemas en el embarazo”. A este respecto, Centeno, et al. (2018) resaltaron la importancia de la educación con respecto a los signos de alarma para asistir a un centro de salud.

Las mujeres embarazadas que participaron en este estudio refirieron necesitar capacitación en cambios físicos y psicológicos; por lo tanto, requieren educación para afrontar dichos eventos. Por su parte, Ojeda, et al. (2011) afirmaron que algunos de los cambios a los que se tiene que enfrentar la mujer embarazada son: cambios respiratorios que se deben a cambios en las capacidades pulmonares; alteraciones del ritmo cardíaco; aumento del volumen sanguíneo; cambios gastrointestinales; aumento hormonal; cambios en el sistema musculoesquelético; hiperpigmentación (manchas), entre otros.

Además, las participantes refirieron la necesidad de ser enseñadas en los cuidados de sus bebés. Sobre ello, Schuindt, et al. (2018) comentaron que se necesitan programas educativos, diseñados para mujeres que acaben de tener un hijo, con el propósito de capacitarlas para el cuidado de su recién nacido. En el mismo sentido, Pareja y Pérez (2016) mencionaron algunas de las atenciones que requiere el recién nacido, que son: cuidados del cordón umbilical, baño del bebé y cuidados de la zona del pañal.

De la misma forma, las mujeres señalaron la necesidad de ser instruidas en la lactancia materna. A pesar del programa implementado en la institución de salud donde se realizó el estudio, el cual es el “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”, donde se promueve la lactancia materna, las participantes refieren seguir teniendo dudas al respecto.

Es importante reiterar que la OMS (2019c) recomendó la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y señala que los programas educativos ayudan a fomentar este hábito en las madres.

Las muertes maternas que se reportaron en la institución de salud donde se realizó el estudio fueron siete en el año 2018, las cuales fueron de mujeres que vivían fuera de la ciudad. La OMS (2016) recomendó trabajo comunitario por medio de una educación referente al embarazo para mujeres que viven en zonas alejadas de las ciudades, con el objetivo de prevenir complicaciones. Es probable que estas mujeres no tengan acceso a centros de salud y personal capacitado que pueda atenderlas y capacitarlas para su proceso de embarazo. En estas zonas viven familias de bajos recursos que no pueden trasladarse fácilmente a ciudades cercanas. En este sentido, Hernández, et al. (2019) refirieron que el 71% de las mujeres fallecidas de su estudio, vivían lejos de la ciudad; es decir, en comunidades. Igualmente, Segovia (2019) señaló que existieron diferencias en los casos de embarazos, aun cuando fueron del mismo país, en relación a la zona rural y urbana. También la OMS (2016c) refirió que se busca reducir las enfermedades y muertes maternas brindando acceso a las mujeres en gestación que se encuentran en zonas de difícil acceso.

Con respecto a los datos sociodemográficos más significativos se mencionarán a continuación. En relación al mes de embarazo, las mujeres de este estudio en su mayoría se encontraban en el octavo mes de embarazo, ya que las mujeres embarazadas se atienden en los centros comunitarios, en los cuales se les brinda la consulta prenatal, y además reciben pláticas por parte de pasantes de enfermería (enfermeras realizando su servicio social), de una asociación de beneficencia fundada por una enfermera jubilada. Dichas charlas se otorgan de manera gratuita y se les pide como requisito para que les den el servicio del centro de salud.

Una de las enfermeras refirió que no siempre terminan de recibir las pláticas, pero que ellas les sellan los documentos para que puedan ser atendidas. Cuando se encuentran en el mes octavo, son referidas al hospital público en fecha cercana a su parto.

En referencia al tipo de embarazo, el 84.2% contestó que presentaban un embarazo normal, y el restante se encontraba con un embarazo de alto riesgo (mujeres con enfermedades). Es importante destacar que 10 mujeres embarazadas de alto riesgo dejaron sin contestar algunas preguntas, por lo que estos cuestionarios se tuvieron que retirar. A este respecto, Scherrer, et al. (2016) refirieron que las mujeres embarazadas que están cursando embarazos de alto riesgo pueden presentar cambios emocionales por todas las variaciones y alteraciones que ha sufrido en su cuerpo y mente.

En este estudio se encontró que el 25.8% de las mujeres eran embarazadas adolescentes, con edades de 13 a 19 años. La OMS (2020) señaló que las adolescentes que quedan embarazadas tienen riesgo de morir, ya que este factor ocupa el segundo lugar de causas de muerte para este grupo de edad; de la misma forma sus bebés tienen el riesgo de fallecer en mayor proporción que las mujeres que son mayores de este grupo de edad.

Con respecto al embarazo en adolescentes, en el presente estudio participaron mujeres adolescentes, lo cual llama la atención, y no solo ello, sino la presencia de mujeres jóvenes con más de un hijo. Según la UNICEF (2018), en México la etapa de la adolescencia es entre los 10 y los 19 años, en la cual ocurren cambios de manera rápida, de tipo fisiológicos y psicológicos (Gómez, et al., 2015). El INEGI (2017) informó que el 17.9% de un total de 2'234,039 nacimientos de embarazos son de mujeres menores de 20 años.

Por su parte, la UNICEF (2019) señaló que 77 de cada mil adolescentes son madres; en 48% de los casos, el embarazo no fue planeado, por lo que se convierte en un evento difícil de aceptar (Quintero y Rojas, 2015; Loredo, et al., 2017).

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública que se manifiesta a nivel mundial, en el que se ve afectada no solamente la salud física sino psicológica de las mujeres, y desafortunadamente se presume que irá en aumento (Carpio y Vargas, 2014; Castro, et al., 2017; Favier, et al., 2018; Gómez, et al., 2015; Loredo, et al., 2017).

Es relevante conocer los factores de riesgo que están contribuyendo a este problema de salud, con el propósito de diseñar programas educativos (Cárdenas y García, 2014; Carpio y Vargas, 2014). Los factores de riesgo para que se presenten embarazos en esta edad son las formas de educar a los hijos; es decir, las características de la familia que constituyen el entorno en el que crecen y se desarrollan las adolescentes, y esto se maximiza si estas familias son alteradas por problemas familiares como desintegración familiar y nivel socioeconómico bajo; igualmente se considera factor de riesgo iniciar relaciones sexuales entre los 15 y 19 años de edad (Carpio y Vargas, 2014; Gómez, et al., 2015; Rodríguez, et al., 2018; Quintero y Rojas, 2015; Villalobos, et al., 2015).

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, en sus disposiciones generales, en el apartado 5.2.1.9, menciona que:

...cuando se atiende a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor a 15 años, realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual,

familiar o de género. En caso de encontrarse datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables (NOM, 2016).

Algunas conductas de riesgo que se manifiestan en los adolescentes que han iniciado su vida sexual, es que algunos de ellos consideran saber lo suficiente en relación a su sexualidad, y por lo tanto tienen menos cuidados de prevención, aunque los adolescentes estén físicamente adecuados para reproducirse. Sin embargo, no son capaces de asumir las responsabilidades que conlleva la maternidad y la paternidad (Quintero y Rojas, 2015; Rodríguez, et al. 2018; Rosabal, et al., 2015; Royuela, et al., 2015).

En este estudio, algunas de las participantes eran de edades jóvenes y ya habían tenido hijos; en este sentido, los datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en el 2017, refieren que el 73.3% de los 48 millones de mujeres de 15 años y más han sido madres, esto es, 35.2 millones (INEGI, 2017).

Con respecto al nivel escolar, en este estudio se encontró que la mayoría de las mujeres embarazadas tenía como nivel académico el de secundaria, con el 56.9% de la muestra. A diferencia de este estudio, Cantilio y Blanco (2017) y Carrillo (2015) encontraron que las mujeres con grado escolar bajo tuvieron un inadecuado seguimiento de la salud, aunque en la presente investigación las participantes refirieron llevar correctamente los comportamientos. El Instituto Nacional de las Mujeres (2018) señaló que el 41.1% de las madres de 15 años y más no cuenta con educación básica terminada.

El tipo de hospital en el que se atendían las participantes de este estudio fue un hospital público federal de segundo nivel de atención; por su parte, la Secretaría de Salud de México (2015d) refiere que la salud de los padres y de sus hijos es prioridad en los programas de salud.

En relación a la pregunta sobre su ocupación, se encontró que el 77.1% se dedicaba al hogar, similar a los datos encontrados por Limas (2010), quien realizó su investigación en Ciudad Juárez, Chihuahua, siendo el porcentaje más alto de este rubro con el 44.8% en amas de casa. Este dato es relevante en el sentido de que las mujeres dependen económicamente de sus parejas.

En este estudio se encontró que la mayor parte de las mujeres embarazadas manifestó tener un ingreso económico mensual de 0 a 2,400 pesos, lo cual fue expresado por 131 participantes, que corresponde al 64.9% de la muestra. El Instituto Nacional de las Mujeres de México (2018) señaló que el número de mujeres que se encontraban laborando fuera de casa se vio disminuido en relación al nacimiento de sus hijos, y refiere que de la mitad de las mujeres de 15 años y más que tenían de uno a dos hijos, el 49.6%, trabaja, a diferencia de las mujeres que tienen de 3 a 5 hijos, donde disminuye al 41.4%, y por último el 22.7% de las mujeres que tienen 6 o más hijos es económicamente activa.

En relación a la planeación del embarazo, el 65.3% de la muestra de este estudio señaló que sí había planeado el embarazo. Dadas las características de las mujeres embarazadas, como la edad, nivel académico y estado civil, se presume la probabilidad de que algunas mujeres participantes hayan mentido al responder esta pregunta. El Instituto Nacional de las Mujeres de México (2019) señaló que el 23% de los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y 19 años, y que de ellos el 15% de los hombres y el 33% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual; por lo cual, al año ocurren 340 mil nacimientos no planeados en mujeres menores de 19 años. En este sentido, la OMS (2019d) señaló la necesidad de la enseñanza de la planificación familiar, cuyos objetivos son el desarrollo social, económico y la educación.

La realidad encontrada a partir de los datos de este estudio revela que el embarazo no planificado es de importancia práctica y clínica en la aparición de complicaciones durante el período gestacional. Es posible afirmar que este evento sea en parte el resultado de una falta de planificación reproductiva y atención prenatal.

En este estudio, las mujeres que acudieron a la consulta prenatal recibieron indicaciones y enseñanza por parte del personal de salud referente a su embarazo, mientras que cada día que se acudió a la recolección de datos se encontró que algunas mujeres embarazadas faltaron a sus citas. La pregunta que surgió es quién llega a ellas y de qué forma terminarán sus embarazos.

Para la educación, uno de los medios más útiles para los individuos es el fomento de actitudes positivas (Vázquez, 2001). Ausubel (1983) mencionó que “el alumno debe manifestar una disposición para relacionar sustancial y no arbitrariamente el nuevo material con su estructura cognoscitiva”. Del mismo modo, Baghini, et al. (2018) encontraron que después del entrenamiento del parto y las clases durante el embarazo, la actitud de las madres se volvió positiva, ya que el efecto de la educación y la formación mediante la instrucción aumentaron el conocimiento y habilidad.

En este mismo sentido, Costa, et al. (2018) concluyeron que un conocimiento satisfactorio y una actitud positiva hacia la enfermedad pueden ser modificados mediante la implementación de acciones como la educación y promoción de la salud. Carvalho, et al. (2018) encontraron que la intervención educativa contribuyó de manera significativa al conocimiento, actitud y práctica.

Por su parte, Melo y Jaimes (2015) refirieron que la autoeficacia y la actitud son conceptos relevantes para el profesional de enfermería, con el propósito de guiar programas de

promoción a la salud y prevención. Solano, et al. (2016) señalaron que cada persona que se atiende, requiere de cuidado de enfermería específico, ya que se necesita un tiempo para el aprendizaje y para manejar, encajar y adaptar sus actitudes para que, dentro de su proceso, alcance su máximo beneficio.

Después de la aplicación de un programa educativo para mejorar la lactancia materna en mujeres adolescentes, Hernández, et al. (2018) lograron aumentar los conocimientos y actitudes de sus participantes. Igualmente, Loba y León (2016) refirieron que mediante la promoción de la salud se llevan a cabo actividades con el objetivo de fomentar actitudes positivas que mejoren la salud. En este mismo sentido, Carrillo, et al. (2016), durante su colaboración para la realización de un relato biográfico de un paciente, encontraron que la actitud positiva durante el proceso de salud fue favorable para su recuperación.

Por su parte, Campiño (2017) señaló que mediante procesos educativos de promoción a la salud se puede mejorar la actitud de las personas sobre la prevención de enfermedades en la mujer. De la misma forma, Telumbre, et al. (2017) recomendaron la realización de intervenciones de enfermería educativas, con el propósito de disminuir actitudes positivas hacia hábitos de salud negativos.

Para favorecer la actitud positiva de las personas, Estrada y González (2019), después de una intervención educativa, lograron el incremento del 100% de la actitud favorable de las enfermeras participantes hacia la lista de verificación de la seguridad de la cirugía en pacientes, por lo cual consideran que las actitudes son aprendidas, y por ello, modificables. A este respecto, Vanegas, et al. (2018) reportaron que, después de las intervenciones educativas, las actitudes de las participantes mejoraron en sus prácticas de mejoramiento de la salud.

Altamirano (2018) señaló que las actitudes de las mujeres embarazadas respecto a la identificación de signos y síntomas de alarma del embarazo, manifiestan tendencia a presentar una conducta específica, ya sea favorable o desfavorable, la cual está medida por la conducta y la situación afectiva. Por lo antes mencionado, se requiere que las mujeres tengan tanto apoyo psicológico como físico. Por su parte, Menezes, et al. (2016) observaron una mejora en la calidad de vida en sus pacientes después de participar en un programa educativo.

Por lo tanto, es necesaria la educación para la salud, donde se requiere de una relación paciente y profesional de salud, y que ambos converjan en un proceso educativo enfocado en la prevención y promoción de la salud (Sáez, et al., 2015). Para Rodríguez, et al. (2017) la educación para la salud se lleva a cabo con el propósito de desarrollar hábitos saludables y el cese de los no saludables, así como la promoción de actitudes positivas para la salud.

Díaz (2019) refirió que la educación para la salud es un proceso de enseñanza-aprendizaje previsto y proyectado, con el objetivo de que la persona se responsabilice de su propia salud; además, se busca fomentar actitudes favorables que conlleven a prácticas saludables, de acuerdo al entorno de las personas y en función de sus necesidades.

Espada, et al. (2010) encontraron que el programa educativo que aplicaron ayudó a mejorar la actitud con respecto a la prevención del uso de drogas al lograr cambios cognitivos. Del mismo modo, Martínez, Olivos, Gómez y Cruz (2016), después de la aplicación de un programa educativo, encontraron que los participantes cambiaron sus comportamientos de autocuidado, obteniendo el conocimiento necesario, y en consecuencia, manifestando conductas apropiadas. Por su parte, en el estudio de Costa, et al. (2018) con mujeres embarazadas, se utilizó un folleto educativo para la enseñanza de la alimentación con

productos regionales, encontrando que las participantes mejoraron el conocimiento y la actitud hacia este tema.

Por lo antes mencionado, se necesita enseñanza para el autocuidado (Carrillo, 2015; Gómez, 2017), e implementar programas educativos para la enseñanza del autocuidado (Grupo de Trabajo Guías Clínicas y Consensos de la Sociedad Española de Diabetes, 2012; Pueyo, et al., 2016; Sánchez, et al., 2015), ya que durante la capacitación materna se ayuda a la mujer embarazada de forma física, emocional y psicológica para el periodo perinatal (Cabello, et al., 2018).

Por su parte, Duque, et al. (2018) encontraron que los niños que nacieron con enfermedades del corazón tuvieron como particularidad un nivel económico bajo y deficiencias educativas. En este sentido, para Gómez (2017) las convicciones positivas en referencia a conductas saludables pueden predecir la salud mental positiva, y como consecuencia, el autocuidado con la práctica de hábitos saludables. Así mismo, se requiere la enseñanza del autocuidado en la consulta prenatal (Camarelles, et al., 2013), ya que la enseñanza del profesional de enfermería enfocada en el autocuidado, contribuye en la aportación de conocimientos y la adquisición de una actitud favorable hacia la enfermedad y la práctica del autocuidado (Ferraz, et al., 2017), con el propósito de que las mujeres embarazadas se responsabilicen de su propia salud y tomen decisiones y acciones para mantener un embarazo saludable.

Durante la capacitación materna se ayuda a la mujer embarazada de forma física, emocional y psicológica para el periodo perinatal (Cabello, et al., 2018). Es por ello que también se requiere aumentar el conocimiento que se está impartiendo a las mujeres

embarazadas, como señalaron Moreno, et al. (2018), por medio de proyectos educativos adecuados a las necesidades de este grupo de personas.

Hentges y Petersen (2017) mencionaron que, durante el proceso educativo en salud, por su complejidad se requiere de habilidades de escucha, diálogo, unión y confianza entre la persona y el agente educativo, que es el profesional de salud. En este mismo sentido, Farias, et al. (2016) refirieron que las acciones educativas permiten mejorar el conocimiento, y esto a su vez genera autonomía para el cuidado de la salud, y un cambio de comportamiento, siempre tomando en cuenta las habilidades personales. Además, señalan la importancia de la enseñanza a familiares para que participen de manera directa en la mejora de la salud y de esta forma se puedan identificar puntos débiles en el proceso de enseñanza para la salud.

Por su parte, Luna, et al. (2016) encontraron que las personas que convivieron con otras de una condición de salud similar, influyeron de manera positiva en aspectos de salud, específicamente en el autocuidado; por ello, se recomienda que la capacitación a mujeres embarazadas tenga en sus momentos educativos a grupos focales en los que participen varias mujeres y compartan sus experiencias.

Dias, et al. (2016) recomendaron la educación para la salud en la mujer embarazada con personal de enfermería capacitado. Costa, et al. (2018) consideran que se requiere concientizar a los profesionales de la salud, con el propósito de mantener una relación adecuada con el paciente para la promoción de una actitud positiva que contribuya a mejorar el estado de salud mediante actividades dirigidas a la educación para la salud.

Debido al acceso a los medios de comunicación, las personas tienen más información a su alcance, pero no siempre es la idónea; por lo tanto, el personal de enfermería requiere de capacitación continua (Camarelles, et al., 2013). Con el personal de salud capacitado en

cuidado a la mujer embarazada, se puede prevenir y combatir la mortalidad materna y fetal (Gonçalves, et al., 2015).

Conclusiones

En este estudio se concluye que los temas de cuidado a la mujer en gestación han sido poco explorados, estudiados y resueltos en México, por lo que fue necesario durante la revisión de bibliografía acudir a artículos científicos de otros países como España, Colombia, Estados Unidos, Brasil, entre otros.

Según las referencias bibliográficas estudiadas, encontramos gran número de estudios realizados en relación a la “lactancia materna”, ya que en muchos hospitales de México se ha adoptado el programa de “Hospital amigo de la madre y del niño”, en el cual se hace énfasis en la lactancia materna exclusiva hasta que el bebé cumpla los seis meses de edad, el cual es loable y admirable; sin embargo, la mujer en gestación tiene más necesidades durante su embarazo, las cuales es recomendable que sean estudiadas y atendidas.

Durante la recolección de los datos se observó en la mayoría de las mujeres participantes el deseo de hablar, la necesidad de explicaciones a su nivel de conocimiento, y capacitación en temas que el personal de salud pensaba que ya estaban dominados por las mujeres en gestación, como la necesidad de enseñanza de cuidados en el embarazo, parto, lactancia materna y cuidados del recién nacido.

Recomendaciones a la institución de salud

Se sugiere acudir a las escuelas secundarias públicas, con el propósito de prevenir embarazos no deseados en adolescentes, ya que en los resultados se encontraron adolescentes embarazadas.

Se recomienda fortalecer la educación para la salud con respecto a los métodos anticonceptivos, ya que se hallaron mujeres embarazadas con embarazos no planeados.

Se sugiere impartir clases sobre educación materna, ya que los temas que comentaron en más de dos ocasiones las mujeres embarazadas entrevistadas fueron: embarazo, cuidados del recién nacido, parto y lactancia.

Se recomienda ampliar la cantidad de personal del lactario, ya que es una sola persona la que se encuentra de encargada durante el turno vespertino.

Se sugiere hacer uso de las televisiones que se encuentran en la consulta externa para informar a los usuarios sobre temas de salud.

Se recomienda dar seguimiento a las mujeres embarazadas con respecto al nacimiento de su bebé, si fue exitoso o no.

Recomendaciones de investigación

Se recomienda diseñar un instrumento específico para el comportamiento de alimentación.

Así mismo, se recomienda hacer un estudio comparativo con un hospital privado.

Limitaciones del estudio

El tiempo se consideró una limitación, ya que hubiera sido deseado realizar el estudio en un hospital privado también.

Igualmente, por cuestiones de tiempo, solamente se pudo acudir a la unidad hospitalaria; sin embargo, hubiera sido provechoso visitar los centros comunitarios para entrevistar a mujeres en gestación al inicio del embarazo.

El recurso económico fue una dificultad, ya que no se contó con el apoyo de la beca mixta de CONACyT para realizar una estancia académica en el extranjero, por lo que se permaneció en la institución de estancia solo un mes.

En el presente capítulo cinco se especificó la validez de contenido y constructo del estudio. Así como también se realizó una discusión de los hallazgos más destacados de la investigación, contrastándolos con los autores, por lo tanto, se determinaron las conclusiones pertinentes. Igualmente se realizaron recomendaciones a la institución de salud y recomendaciones a los investigadores. Así mismo se mostraron las limitaciones del estudio.

REFERENCIAS

- Abellán, M. S., Vera, C. T., Agüera, B. M., y Conesa, F. M. (2015) ¿Es el tratamiento con parches de nicotina eficaz para dejar de fumar durante el embarazo? *Evidentia*, 12, 51-52. Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n51-52/ev10031.php>.
- Acosta, A. Y., Bosch, C. C., López, B. R., Rodríguez, R. O., y Rodríguez, Y. D. (2017). Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 43(4), 53- 60.
- Acosta, R. M., Percastegi, M. D., y Flores, M. B. (2013). Frecuencia y factores de riesgo en labio y paladar hendidos del Centro Médico Nacional La Raza. Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Colegio Mexicano de Cirugía Bucal y Maxilofacial, A.C., 9 (3), 109-112.
- Aguilera, L. A., Mendoza, Á. F., Hernández, M. L., Gómez, P. E., y Benítez, T. R. (2018). Toxicomanías en madres adolescentes del sur de Tamaulipas, México. Convención Internacional De Salud, Cuba Salud 2018. Recuperado de: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/File/1692/739>.
- Aguilera, P. S., y Soothill, M. P. (2014). *Revista de Medicina Clínica Condes*, 25(6), 880-886. DOI:10.1016/S0716-8640(14)70634-0.
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. *Action Control*, 11–39. DOI:10.1007/978-3-642-69746-3_2.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/074959789190020T>.
- Ajzen, I. (2001). Nature and Operation of Attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27–58. Doi:10.1146/annurev.psych.52.1.27
- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683. DOI:10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x.
- Ajzen, I. (2002). Residual Effects of Past on Later Behavior: Habituation and Reasoned Action Perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 107–122. DOI:10.1207/s15327957pspr0602_02.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior*. Second edition. McGraw-Hill Education.

- Ajzen, I., Fishbein, M., Lohmann, S., y Albarracín, D. (2018). The influence of attitudes on behavior. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/325114583>.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1973). Attitudinal and normative variables as predictors of specific behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(1), 41–57. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/h0034440>.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888–918. DOI:10.1037/0033-2909.84.5.888.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1978). Use and misuse of Bayes' theorem in causal attribution: Don't attribute it to Ajzen and Fishbein either. *Psychological Bulletin*, 85(2), 244-246. DOI:10.1037/0033-2909.85.2.244.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (2010). Review of Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach. *Psychology Press*, 151(3), 382-385. DOI:10.1080/00224545.2011.563209.
- Alanis, G. M., y Pérez, S. B. (2017). Autocuidado en mujeres embarazadas de una comunidad mexiquense periurbana. [Licenciada en Enfermería, Universidad Autónoma del Estado de México] Repositorio Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/67965>.
- Aliaga, A., Cunillera, O., Amador, M. del C., Aliaga, M., Arquerons, M., y Almeda, J. (2018). Association between affective disorders presenting before and during pregnancy and pre-term birth, considering socio-demographic factors, obstetric factors, health conditions, and use of medication. *Atención Primaria*, 51(10), 626-636. DOI:10.1016/j.aprim.2018.06.009.
- Allpas, G. H., Raraz, V. J., y Raraz, V. O. (2014). Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco. *Acta Médica Peruana*, 31(2), 79-83. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/966/96631575003.pdf>.
- Allport, G. W. 1935. Attitudes. In *Handbook of Social Psychology*. C. Murchison, 798–844. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/333120405/Allport-G-W-1935-Attitudes-in-Handbook-of-Social-Psychology-C-Murchison-798-844>
- Altamirano, A. N. (2018). Conocimiento y actitud sobre signos y síntomas de alarma del embarazo en gestantes atendidas en el Centro de salud San Jerónimo, 2017. [Especialista en emergencias y alto riesgo obstétrico, Universidad Nacional de Huancavelica]. Repositorio Universidad Nacional de Huancavelica. Recuperado de: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1709/TESIS%20ALTAMIRANO%20ASCUE.pdf?sequence=1>.
- Álvarez, F. I., Prieto, B., y Álvarez, F. V. (2016). Preeclampsia. *Revista del Laboratorio Clínico*, 9(2), 81-89. DOI:10.1016/j.labcli.2016.04.002.

- Álvarez, H. P., Palomo, G. R., Gilart, C. P., Vázquez, L. J., y Rodríguez, D. L. (2015). Análisis de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna. *Nure Investigación*, 13(82), 1-7. Recuperado de: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/744>.
- Amorim, T. V., Souza, I. E., Moura, M. A., Queiroz, A. B., y Salimena, A. M. (2017). Perspectivas para la atención de enfermería de alto riesgo en el embarazo: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 16(2), 500-514. Doi.org/10.6018/eglobal.16.2.238861.
- Antón, L. A., Moreno, M. J., Duch, T. S., Corsino, F. V., García, F. J., Millá, G. E., Villegas, P. M. (2018). Guía de estilos de vida y glaucoma (II). Dieta, suplementos, drogas, sueño, embarazo e hipertensión arterial. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, 93(2), 76-86. DOI:10.1016/j.oftal.2017.10.001.
- Antón, L. A., Moreno, M. J., Duch, T. S., Corsino, F. V., García, F. J., Millá, G. E., y Villegas, P. M. (2018). Dieta, suplementos, drogas, sueño, embarazo, e hipertensión. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, 93(2), 76-86. DOI:10.1016/j.oftale.2017.10.008.
- Aragón, N. M., Cubillas, R. I. y García, R. I. (2016). *Monográficos de investigación en salud*, 10(24). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n24/pdf/072.pdf>.
- Arizmendi, J. E., Fernández, S. A., Fajardo, S. M., y Hernández, M. I. (2019). Comportamiento de prácticas y conocimientos de lactancia materna en mujeres estado de Morelos, México. *Paraninfo Digital*, 13(29), 1. Recuperado de: <http://ciberindex.com/p/pd/e025>.
- Arjona, G. C. (2013). Procesos Correctores Comunitarios, una metodología valiosa para el trabajo grupal con mujeres embarazadas y sus parejas. *Enfermería Comunitaria*, 9(1). Recuperado de: <http://www.index-f.com/comunitaria/v9n1/ec9107.php>.
- Arone, P. S. (2018). Obito fetal en múltipara en IPRESS II-1 LIMA. [Segunda especialidad en obstetricia, Universidad José Carlos Mariátegui.]. Repositorio Universidad José Carlos Mariátegui. Recuperado <http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/ujcm/769>
- Arribas, M. L., Ruiz, C. P., Arribas, E. B., Ordoñez, R. M., Agrela, C. M., y Arribas, M. L. (2018). Consejos de salud en embarazadas. *Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 25, 1-26. DOI:10.1016/j.fmc.2017.09.003.
- Astudillo, A. A., Silva, P. P., y Daza, S. J. (2019). Nivel de estrés en padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales. *Ciencia y enfermería*, 25(18), 1-11. DOI:10.4067/s0717-95532019000100214.
- Ausubel, D. (1983). Teoría del aprendizaje significativo. Fascículos de CEIF, 1-10, 1983 - Academia.edu. Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Ausubel%2C+D.+Teor%C3%ADa+del+aprendizaje+significativo.+%281983%29.+&btnG=

- Azevedo, G. F., Spanó, N. A., Almeida, A., y Kanashiro, M. Y. (2006). Mortalidad materna en la perspectiva del familiar. *Revista Escuela Enfermería Brasil*, 40(1), 50-56. Recuperado de: http://www.ee.usp.br/revista/rev_ee.htm.
- Baghini, F. K., Khosravani, M., y Amiri, A. (2018). Evaluación del efecto de la capacitación proporcionada en las clases de preparación para el parto sobre la conciencia y la actitud de las madres embarazadas hacia el tipo de parto en el Hospital Razi de Saravan. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 13 (6), 534-537. Recuperado de: <https://search.proquest.com/openview/f87467629c7ae48b7edbe09b39f052ee/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1216405>.
- Bagozzi, R. P., y Burnkrant, R. E. (1979). Attitude organization and the attitude-behavior relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(6), 913-929. DOI:10.1037/0022-3514.37.6.913.
- Baldeyrou, M., y Tattevin, P. (2018). Infecciones urinarias. *Tratado de Medicina*, 22(2), 1-8. DOI:10.1016/s1636-5410(18)89311-4.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Howard a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. Doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American psychologist*, 37 (2), 122-147. Doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1(2), 77-98. DOI:10.1080/10615808808248222.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175–1184. Recuperado <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.9.1175>
- Bandura, A. (1996). Ontological and epistemological terrains revisited. *Psychiat* 27(4), 323-345. Doi.org/10.1016/S0005-7916(96)00049-3.
- Bandura, A., O'Leary, A., Taylor, C. B., Gauthier, J., y Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: Opioid and nonopioid mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 563–571. Recuperado <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.3.563>
- Bandura, A., y Schunk, D. H. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(3), 586-598. DOI:10.1037/0022-3514.41.3.586.
- Barimani, M., Forslund, F.K., Rosander, M. y Berlin, A. (2018). Childbirth and parenting preparation in antenatal clases. *Midwifery*, (57), 1-7. DOI:10.1016/j.midw.2017.10.021.
- Bautista, B. P., Abellán, L. S., Gómez, M. M., Martínez, M. A., y Silvia, D. P. (2017) Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto

- espontáneo. *Matronas Profesión*, 18(1), 18-25. Recuperado de:
<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-necesidades-y-sentimientos-aborto.pdf>.
- Becerril, R. P., Audillo, I. J., Vargas, H. V., Hernández, V. L., Hernández, A. F., y Tovar, R. J. (2019). Pacientes con morbilidad obstétrica grave de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, atendidas en un hospital de alta especialidad. *Ginecología y Obstetricia de México*, 87 (8), 520-526. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom198e.pdf>.
- Benatti, A. M., Oliveira, D. M., França, G. A., Padovani, C., y Pelloso, S. M. (2017). Síndrome hipertensivo y resultados perinatales en embarazos de alto riesgo. *Revista Enfermería*, 21:e-1057. DOI:10.5935/1415-2762.20170067.
- Bermúdez, P. R., Linares, S. B., Álvarez, J. V., y Jiménez, G. O. (2018). Proyecto Saelci-Guanajuato. Exposición al alcohol periconcepcional y salud del recién nacido. *Jóvenes en la ciencia*, 2 (1), 1536-1540. Recuperado de:
<http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1337/958>
- Bermúdez, P. X., Reyna, V. E., Mejía, M. J., Santos, B. J., Torres, C. D., Reyna, V. N., y Fernández, R. A. (2016). Calcio sérico total e ionizado en el segundo trimestre del embarazo como predictor de preeclampsia. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(3), 103-108. DOI:10.1016/j.rprh.2016.11.004.
- Berrocal, M. M., y Huamán, C. M. (2015). Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial inducido por el embarazo en primigravidas que acudieron al servicio gineco-obstétrico del hospital de apoyo de Huanta - Ayacucho, 2014. [Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga] Repositorio de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Recuperado de:
<http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1511>.
- Blasco, A. M. (2015). Impacto del estado emocional materno, el consumo de tóxicos durante el embarazo y la intervención farmacológica periparto sobre el resultado perinatal, el grado de satisfacción materna y la programación de la salud infantil. Propuesta de un programa educacional para gestantes. [Tesis Doctoral, Universidad de Málaga]. Repositorio Universidad de Málaga. Recuperado de:
<https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/14909>.
- Bone, A. M. (2019). Determinantes relacionados con la inasistencia a los controles prenatales de las embarazadas atendidas en el centro de salud tipo c las palmas. [Licenciada en Enfermería, Pontificia universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Pontificia universidad Católica del Ecuador. Recuperado de:
<https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/1812>.
- Boyd, B., y Wandersman, A. (1991). Predicting Undergraduate Condom Use with the Fishbein and Ajzen and the Triandis Attitude-Behavior Models: Implications for

- Public Health Interventions1. *Journal of Applied Social Psychology*, 21(22), 1810–1830. Doi:10.1111/j.1559-1816.1991.tb00506.x
- Bray, D. W. (1950). The prediction of behavior from two attitude scales. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 45(1), 64–84. DOI:10.1037/h0059529.
- Brot, C., Menard, J. P., Bretelle, F. (2019). Infecciones cervicovaginales durante el embarazo: recomendaciones. *Ginecología-Obstetricia*, 55(1). DOI:10.1016/S1283-081X(19)41711-6.
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., y Wagner, C. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Louis, Missouri: Elsevier.
- Byrne, B. M. (2010). Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications and programming. New York: Routledge.
- Cabello, P. C., Arribas, E. B., Ordóñez, R. M., Agrela, C. M., y Arribas, M. L. (2018). Consejos de salud en embarazadas. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/510657>.
- Cabrera, C., Testa, M., Gómez, J., Galiffa, D., y Salas, G. (2019). Evolución actual de la mortalidad materna. *Revista Latina Perinatal*, 22(3), 174- 179. Recuperado de: http://www.revperinatologia.com/images/5_RLP_Vol_22_3_2019.pdf.
- Calle, M. M., Núñez, R. M., García, G. S., Fernández, M. V. y Monje, R. T. (2016) Impacto de la educación maternal en la salud de la mujer y el recién nacido. *Monográficos de investigación en salud*, 10 (25). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n25/106.php>.
- Calvillo, M. N. (2015). Análisis de la mortalidad neonatal en el Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez”. Comparación de dos periodos bianuales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(3), 90-94. DOI:10.1016/j.rprh.2015.08.001.
- Camacho, T. L, y Berzaín, R. M. (2015). Una mirada clínica al diagnóstico de preclamsia. *Revista Científica de Medicina*, 18(1). Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S181774332015000100010&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Camarelles, F., Tranche, S., Muñoz, E., y Gómez, J. (2013). Semana del autocuidado semFYC. *Atención Primaria*, 45(5), 229-230. DOI:10.1016/j.aprim.2013.04.001.
- Campiño, V. S. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología vaginal en estudiantes universitarias. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(3). Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1307/284>.
- Cancino, A. M., y Valencia, M. H. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), 76–82. DOI:10.1016/j.rprh.2015.05.004.

- Cantilio, M. C., y Blanco, O. J. (2017). Agencia de autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(4), 330-341. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359854090007>.
- Cappelleso, H. V., Silveira, V. C., Pastro, J., y Gonçalves, O. T. (2018) Perfil de recém-nascidos acompanhados em serviço de oftalmologia para controle da retinopatia da prematuridade. *Revista de Enfermería*, 8(4), 744-757. DOI:10.5902/2179769228871.
- Cárdenas, C. C., y García, G. R. (2014). Eficacia de la educación sanitaria para prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *Parainfo Digital* 8(20). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n20/355.php>.
- Carpí, B. A., Breva, A. A., y Palmero, C. F. (2005). La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anales de psicología* 21(1), 84-91. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16721110.pdf>.
- Carpio, D. G., Vargas, V. A. (2014). Análisis clínico-Epidemiológico sobre factores de riesgo en adolescentes con embarazo a término. *Revista Médico-Científica "Luz y Vida"*, 5(1), 21-5. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=325055935005>.
- Carrillo, A. A. (2015). Análisis de la capacidad de autocuidados en pacientes en diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*, 18(1), 31-40. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n1/05_original4.pdf.
- Carrillo, A. A., Moreno, R. F., y Massiel, S. S. (2016). Actitud positiva, pilar básico del paciente trasplantado. *Index Enfermería*, 26(4), 295-298. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962017000300014.
- Carson, G. C., Crane, J., Croteau, P., Graves, L., y Kluka, S. W. (2017). Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(9), e220-e254. DOI:10.1016/j.jogc.2017.06.005.
- Carvalho, A. M., Da Silva, M. J., Tirado, D. J., Fonseca, V. C., Osawa, V. M., y Braga, M. M. (2018). Effectiveness of an educational intervention on knowledge-attitude-practice of older adults' caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1055-1062.
- Casey, M. K., Timmermann, L., Allen, M., Krahn, S., y Turkiewicz, K. L. (2009). Response and Self-Efficacy of Condom Use: A Meta-Analysis of this Important Element of AIDS Education and Prevention. *Southern Communication Journal*, 74(1), 57-78. Doi:10.1080/10417940802335953 DOI:10.1590/0034-7167-2017-0100.
- Castilla, M. M., Donado, S. C., Hijona, E. J., Jaraíz C. M., y Santos Z. M. (2015). ¿Conocemos los factores asociados al descenso de hemoglobina en el posparto? *Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia*, 42(4), 165-170. DOI:10.1016/j.gine.2014.04.005.

- Castillo, M. L., y Norori, F. D. (2014). Factores de Riesgo asociados a la Ruptura Prematura de Membrana en mujeres con embarazos a término del Hospital Asunción Juigalpa durante el período comprendido entre Marzo a Agosto del 2014. [Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua] Repositorio Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Recuperado de: <https://repositorio.unan.edu.ni/1429/1/21374.pdf>.
- Castillo, O., González, I., Prieto, E., Pérez, T., Altemir, I., Pablo, L. E., y Pueyo, V. (2018). Efectos de la exposición prenatal a alcohol, tabaco y otras drogas de abuso sobre el desarrollo retiniano. *Archivos de la sociedad española de oftalmología*, 94(1), 18-24. Doi.org/10.1016/j.ofal.2018.08.001.
- Castro, M. A., Pérez, Z. S., y Salcedo, A. R. (2017). La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 39–46. DOI:10.1016/j.reu.2016.12.003.
- Castro, P. S., Perilla, M. S., y Rocha, B. A. (2017). Estrategias preventivas del embarazo en adolescentes en la región de las américas: Una revisión narrativa. *Investigaciones Andina*, (19), 34, 1901-1924. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239057355008>.
- Cavero, C. C., Gimeno, M. S., Páramo, R. L., Rabanaque, H. M., Martos, J., C., y Zurriaga, O. (2017). Consumo de medicamentos en el embarazo y riesgo de anomalías congénitas en la Comunitat Valenciana. *Anales de Pediatría*, 87(3), 135-142. DOI:10.1016/j.anpedi.2016.08.003.
- Ceccaldi, P. F., Duvillier, C., Poujade, O., Chatel, P., Pernin, E., Davitian, C., y Luton, D. (2015). Control del embarazo normal. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 51(4), 1–14. DOI:10.1016/s1283-081x(15)74762-4.
- Centeno, P. M, Mata, G. A., Plascencia, O. M., Benítez, S. F., y Campos, R. B. (2018). Modelo de autocuidado de enfermería perinatal. *Perinatología y reproducción humana*, 31(3), 151-159. Doi.org/10.1016/j.rprh.2018.01.0050187.
- Christian, A., y Krumwiede, N. (2013). Simulation Enhances Self-Efficacy in the Management of Preeclampsia and Eclampsia in Obstetrical Staff Nurses. *Clinical Simulation in Nursing*, 9, e369-e377. Recuperado <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2012.05.006>
- Cisneros, D. G., y Bosch, N. A. (2014). Alcohol, tabaco y malformaciones congénitas labioalveolopalatinas. *Medisan* 18(9). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000900015.
- Clapés, E. J. (2012). Cómo hacer una dieta rica en hierro. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 19(3), 140–142. DOI:10.1016/s1134-2072(12)70322-5.
- Cohen, S., Cragin, L., Wong, B., y Walker, D. (2012). Self-Efficacy Change With Low-Tech, High-Fidelity Obstetric Simulation Training for Midwives and Nurses in Mexico.

- Clinical Simulation in Nursing* 8. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2010.05.004>.
- Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE). (2017). Acerca de nosotros. Recuperado <http://www.comle.org.mx/>
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (2015). Quienes somos. Recuperado <https://www.icn.ch/es>
- Constan, E., Cortés, F., De la Revilla, E., Fernández, G., Martín, M., y Prados, M. A. (1993). Atención Primaria, 12(5), 281-284. Recuperado de:
<https://europepmc.org/article/med/16977769>.
- Corey, S. M. (1937). Professed attitudes and actual behavior. *Journal of Educational Psychology*, 28(4), 271–280. DOI:10.1037/h0056871.
- Cornejo, G. K., García, C. M, Huerta, A. S, Cortes, R. C., Castro, H. G., y Hernández, P. R. (2014). Factores asociados con el parto prematuro en un hospital de segundo nivel. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 19(3): 308-315. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2014/rmq143i.pdf>.
- Corpus, R. R. (2019). Complicaciones maternas en la ruptura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, año 2016-2017. [Segunda especialidad en emergencias y alto riesgo obstétrico, Universidad de San Martín de Porres] Repositorio Universidad de San Martín de Porres. Recuperado de:
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/5416>.
- Cortes, T. (2001). Una primera aplicación de la teoría del comportamiento planificado para explicar el abandono del tratamiento por parte de los dependientes alcohólicos. *Revista de Psicología general y aplicada*, 54(3), 389-405. Recuperado de:
file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/Dialnet-UnaPrimeraAplicacionDeLaTeoriaDelComportamientoPla-2364841.pdf.
- Costa, M. G., Lima, S. A., y Silva, M. S. (2018). Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria. *Enfermería Global*, 52, 512-524. Recuperado de:
<https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/63779>.
- Costa, O. S., Carvalho, F. A., Ribeiro, V. E., Barbosa, X. L., Pedrosa, L. L., Tenório, S. C., y Oliveira, L. M. (2018). Efecto de una intervención educativa en el embarazo: ensayo clínico randomizado en clúster. *Acta Paulista de Enfermería*, 31(3), 291-298. Recuperado <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800041>
- Craveiro, F. R., Peripolli, R.A., Gomes, L. F., Maris de Mello, P. S., Almeida, P., y Barbosa, X. L. (2017). La autoeficacia en amamantar de multíparas en el puerperio inmediato. *Enfermería Comunitaria*, 13. Recuperado de: <http://www.index-f.com/comunitaria/v13/e9979.php>.

- Crocker, P. R. (1993). Sport and Exercise Psychology and Research with Individuals with Physical Disabilities: Using Theory to Advance Knowledge. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 10(4), 324–335. DOI:10.1123/apaq.10.4.324.
- Cruz, J. D., Gonçalves, C. J., y Bortoli, C. F. (2017). Percepciones de las mujeres embarazadas fumadoras sobre los peligros del tabaco durante el embarazo. *Nurse Health*, 7(2), 178-87. Recuperado de: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/9882>.
- Cuartero, G. V., Padilla, V. M., Sánchez, M. F., Sánchez, R. F. (2018). Factores que influyen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. *Metas Enfermería*, 21(8), 21-26. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6561510>.
- Cuentas, M. G., y Quispe, C. N. (2015). Conocimientos y Actitudes hacia la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes con niños de 0-6 meses que acuden al Puesto de Salud Canchi Grande, Juliaca 2015. [Licenciada en Enfermería, Universidad Peruana Unión Facultad Ciencias de la Salud] Repositorio Universidad Peruana Unión Facultad Ciencias de la Salud. Recuperado de: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/243?show=full>.
- Curbelo, Q. L., Durán, M. R., Villegas, C. D., Broche, H. A., y Dávila, A. A. (2015). Retinopatía del prematuro. *Revista cubana de pediatría*; 87(1), 69-81. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-740960>.
- Cutcliffe, J., McKenna, H., y Hyrkas, K. (2012). Modelos de enfermería: Aplicación a la práctica. D.F., México: Manual Moderno.
- Da Silva, V. K., Silva, G., Morais, B., Gomes, I., Vieira, L., y De Lima, C. (2019) Educación para la salud para mujeres embarazadas: la búsqueda de habilitación materna en el ciclo gravídico-puerperal. *Revista Fundamentos de Cuidado Online*, 11(4), 968-975. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975>.
- Dalla, C. L., Cales, C. C., Rodrigues, P.A., Francielle, F. V., y Schiavoni, B. D. (2016). Perfil epidemiológico de gestantes de alto riesgo. *Cogitare Enfermería*, 21(2), 01-08. Recuperado de: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/>.
- Dávila, F. A., Mendoza, F. C., Boada, N. A., Martínez, S. P., y Pardo, R. D. (2017). Validación de la escala europea de autocuidado en la falla cardíaca. *Revista Colombiana de Cardiología*, 24(2), 105-109. Doi.org/10.1016/j.rccar.2016.09.016.
- De Jesús, G. A., Jiménez, B. M., González, O. D., De la Cruz, T. P., Sandoval, J. L., y Kuc, P. L. (2018). Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(4), 256-62. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184e.pdf>.

- Diario Oficial de la Federación (2019). Acuerdo ACDO.AS3.HCT.270219/90.P.DF, relativo a los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica actualizados al año 2019. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5554895&fecha=22/03/2019.
- Dias, G. M., Sanches, G. K., y Sá, A. C. (2016). Atención al prenatal de bajo riesgo: actitudes de enfermeras de la estrategia de la salud de la familia. *Revista enfermería Rio de Janeiro*, 24(6), 1-6. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.18736>.
- Díaz, M. L. (2019). Educación para la salud sexual: una mirada a los componentes integradores de la didáctica. *Avances en Enfermería*, 37(2), 208-216. DOI:10.15446/av.enferm.v37n2.77324.
- Diaz, M. Z., Fernandes, G. S., y Correia, S. (2014). Dificultades de los padres con niños ingresados en una Unidad de Neonatología. *Referência*, 4(3), 85-93. Recuperado de: <http://www.index-f.com/referencia/2014pdf/43-085.pdf>.
- Dos Santos, A. E., Da Mota, S. J., Monteiro, B. S., y Barbosa, D. D. (2016). Consumo alimentar de gestantes atendidas em Unidades de Saúde. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, 40(1), 28-37. DOI: 10.15343/0104-7809.201640012837
- Dulany, D. E. (1968). Awareness, rules and propositional control: a confrontation with S-R behavior theory. In D. Horton and T. Dixon (Eds.)~ Verbal behavior and
- Duque, P. A., Valencia, R. C., y Araujo, J. J. (2018). Factores sociodemográficos y factores de riesgo preconceptionales en padres y madres de niños con cardiopatías congénitas. *Enfermería Clínica*, 9, 1-9. DOI:10.1016/j.enfcli.2018.03.003.
- Emergui, Z. Y., Figueras, F. T., García, H. J., Gutiérrez, G. L., y Martel, S. C. (2015). Rotura espontánea de varices uterinas como causa de hemoperitoneo en la segunda mitad de la gestación. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. DOI:10.1016/j.pog.2015.10.001.
- Espada, S. P., Hernández, S. O., Orgilés, A. M., y Méndez, C. X. (2010). A comparison of different strategies for modifying attitudes towards drug use in schoolchildren. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1033-1050.
- Espinoza, S. P., Ramos, P. V., y Lozano, Z. A. (2015). Hierro, déficit nutricional en el embarazo. Intervención educativa materna. *Monográficos de Investigación en Salud*, 9(22). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/477>.
- Estrada, R. P., y González, C. R. (2019). Estrategia para favorecer la actitud hacia la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, 24 (1), 30-35. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86794>.
- Farias, B. A., Costa, C. M., Silva, C. C., Da Silva, S. C. (2016). Conhecimento, atitude e prática dos cuidadores de crianças e adolescentes em hemodiálise ou diálise peritoneal. *Revista Eletrônica de Enfermería*, 1-12. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.34269>.

- Farré, R. R. (2015). La leche y los productos lácteos: fuentes dietéticas de calcio. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 1-9. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238518001>.
- Favier, T. M., Samón, L. M., Ruiz, J. Y., y Franco, B. A. (2018). Factores de riesgo y consecuencias del embarazo en la adolescencia. *Revista Información Científica*, 97 (5), 1043-1053. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551758538013>.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (2017). ¿Quiénes somos? Estatus. Recuperado de: <http://www.federacion-matronas.org/quienes-somos/estatutos>.
- Fernández, A. M. (2013). Análisis comparativo de las principales escuelas de educación maternal. *Index Enfermería* 22 (1-2). Doi.org/10.4321/S1132-12962013000100009.
- Fernández, F. M., Muñoz, S. I., y Torres, L. J. (2014). Características de los programas de educación maternal de atención primaria de la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. *Matronas Profesión* 15(1). Recuperado de: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17104/173/caracteristicas-de-los-programas-de-educacion-maternal-de-atencion-primaria-de-la-comunidad-de-madrid-espana-y-de-sus-as>.
- Fernández, M. A., Liria, H. C., y López, T. L. (2017). El consumo de tabaco durante el embarazo. *Monográficos de investigación en salud*, 11(27). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n27/273.php>.
- Ferraz, T. E., Magalhães, N. P., Aparecida, S. C., Do Carmo, L. H., Cubas, M.R., y Silva, M. S. (2017). Efecto de la consulta de enfermería en el conocimiento, calidad de vida, actitud ante la enfermedad y autocuidado en personas con diabetes. *Revista de Enfermería*, 22, 1-7. DOI:10.5935/1415-2762.20180034.
- Feulner, L. (2015). Preeclampsia: asunto de tensión. *Nursing*, 32(6), 32-35. DOI:10.1016/j.nursi.2015.11.009.
- Figuroa, F. P., Meraz, A. F., Navarro, E. M., Serafín, H. N., Beltrán, P. E., e Isiordia, E. M. (2016). Evaluación de factores de riesgo maternos y ambientales asociados a labio y paladar hendidos durante el primer trimestre de embarazo. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 12(3), 93-98. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>.
- Fishbein, M. (1963). An Investigation of the Relationships between Beliefs about an Object and the Attitude toward that Object. *Human Relations*, 16(3), 233-239. DOI:10.1177/001872676301600302.
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1974). Attitudes towards objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, 81(1), 59-74. DOI:10.1037/h0035872.
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1976). Misconceptions about the Fishbein model: Reflections on a study by Songer-Nocks. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12(6), 579-584. DOI:10.1016/0022-1031(76)90036-6.
- Fishbein, M., y Hunter, R. (1964). Summation versus balance in attitude organization and change. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(5), 505-510. DOI:10.1037/h0048533.
- Fishbein, M., y Raven, B. H. (1962). The AB Scales. *Human Relations*, 15(1), 35-44. DOI:10.1177/001872676201500104.
- Forigua, O. L., y Méndez, C. D. (2019). Rasgos característicos asociados al procesamiento sensorial de los niños nacidos prematuros y su efecto sobre el desarrollo integral [Licenciado en Enfermería, Universidad de Manizales] Repositorio Universidad de La Sabana. Recuperado de: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/36747>.
- Franco, S. A., Vizcaíno, T. J., Estelles, M. D., Villar, G. E., y Serrano, F. J. (2017). Morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas en una unidad de cuidados intensivos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 85(1), 7-12. Recuperado de: www.ginecologiayobstetricia.org.mx.
- García, G. J., Campistol, M. E., López, V. M., Morcillo, B. M., y Mur, S. A. (2018). Analysis of prenatal abuse in Catalonia between the years 2011 and 2014. *Anales de Pediatría*, 88(3), 150–159. DOI:10.1016/j.anpede.2017.04.007.
- García, V. M., Velázquez, D. B., Lozano, Z. M., Martínez, Á. B., Mascada, S. J., y López, Z. F. (2015). Factores de riesgo y factores protectores para el cáncer de mama, relacionados con el estilo de vida de mujeres michoacanas. *Revista Paraninfo Digital*, 22. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/383.php>.
- General Behavior Theory, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 340-387.
- Gomes, N. A., Prado, N. A., Guimarães, X. F., Rodrigues, S. A., Neyva, C. P., y Kowal O. C. (2011). Percepção das puérperas sobre a prevenção de complicações da doença hipertensiva específica da gestação. *Monográficos de investigação em saúde* 10 (14). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n14/158d.php>.
- Gómez, A. (2017). Predictores psicológicos del autocuidado en salud. *Hacia promoción de la salud*, 22(1), 101-112. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.8.
- Gómez, B. I., Sayú, D. L., Calderín, H. Y., Williams, K. I., y Terry, V. O. (2015). Caracterización de adolescentes embarazadas ingresadas en el servicio de cuidados especiales perinatales. *Revista Información Científica*, 93(5), 1033-1044. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757222003>.
- Gómez, O. M. (2014). Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Matronas Profesión*, 15(1), 10-17. Recuperado de:

<http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-necesidades-educativas-15-1.pdf>.

- Gonçalves, B. K., Pessoa, D. J., Januario, D.M., Vieira, D. B., Dos Santos, O. S., y Guimarães, O. M. (2015). Prevalencia de los síndromes hipertensivos específicos del embarazo (GHS). *Revista de pesquisa cuidados y fundamentos online*, 7(3), 2717-2725. DOI:10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2717-2725.
- González, G. M., y Solano, S. H. (2015). Aborto espontáneo y su influencia en los episodios depresivos en mujeres que ingresan al área de gineco-obstetricia del hospital General Isidro Ayora, periodo marzo-julio 2015. [Psicología clínica, Universidad Nacional de Loja Área de la Salud Humana]. Repositorio Universidad Nacional de Loja Área de la Salud Humana.
- González, G. N., Sánchez, G. A., Nieto, L. A., y Galindo, V. M. (2019). Actitud y enfoques de aprendizaje en el estudio de la Didáctica General. Una visión multivariante. *Revista de Psicodidáctica*. DOI:10.1016/j.psicod.2019.02.002.
- González, H. A., Martínez, R. C., Lorido, C. I., Cubero, S. A., Maynar, M. M., y Gil, M. C. (2018). Situación actual de la lactancia materna en una zona de salud urbana y factores que la condicionan. *Nure Investigacion*, 15(93), 1-14. Recuperado de: <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/1287>.
- González, M. E., Blasco, A. M., Gálvez, M. M., Lozano, B. I., Merino, G. F., Cuenca, C. F., y Bellido, E. I. (2015). High levels of alcohol consumption in pregnant women from a touristic area of Southern Spain. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(8), 821-824. DOI:10.3109/01443615.2015.1022139.
- González, O. C., Medina, S. C., Pontigo, L. A., Casanova, R. J., Escoffié, M. C. Tabares, M. G., y Maupomé, G. (2011). Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido y factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. *Anales de Pediatría*, 74(6), 377-387. DOI:10.1016/j.anpedi.2011.01.011.
- Gottfredsdottir, Steingrímisdóttir, Björnsdóttir, Guðmundsdóttir y Kristjánsdóttir (2016). Grupo de Trabajo Guías Clínicas y Consensos de la Sociedad Española de Diabetes. Perfil profesional del educador de pacientes con diabetes. *Avances en Diabetología*, 28(2), 38-47. DOI:10.1016/j.avdiab.2012.03.003.
- Grupo de Trabajo Guías Clínicas y Consensos de la Sociedad Española de Diabetes (2012). *Avances en Diabetología*, 28(2): 38-47. Recuperado de: <https://medes.com/publication/75086>.
- Guasch, E., y Gilsanz, F. (2016). Hemorragia masiva obstétrica: enfoque terapéutico actual. *Medicina Intensiva*, 40(5), 298-310. DOI:10.1016/j.medin.2016.02.010.
- Guerrero, R. P. (2019). Conocimientos, actitudes, y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en embarazadas de alto riesgo. [Médico cirujano, Universidad Peruana los Andes]. Repositorio Universidad Peruana los Andes. Recuperado de:

<http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/640/GUERRERO%20ROMERO%2c%20PAMELA%20LIZET.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- Guía de Práctica Clínica de Enfermería del Sistema Nacional de Salud de México. (2016). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en el Primer Nivel de Atención. Evidencias y Recomendaciones. Recuperado de: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-078-08/ER.pdf>.
- Gutiérrez, R. J., Díaz, M. J., Santamaría, B. M., Sil, J. P., Mendieta, Z. H., y Herrera, V. E. (2016). Asociación de factores de riesgo de preeclampsia en mujeres mexiquenses. *Revista Itauguá*, 8(1), 33-42. DOI:10.18004/rdn2016.0008.01.033-042.
- Guzmán, F. F., García, S. B., Rodríguez, A. L., y Alonso, C. M. (2014). Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontera norte*, 26 (51). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-73722014000100003.
- Heavey, E., y Maher, M. D. (2016). Desprendimiento de placenta: ¿Los perderemos a los dos? *Nursing (Ed. Española)*, 33(1), 34–37. DOI:10.1016/j.nursi.2016.02.012.
- Helguera, R. A. (2017). La medicina perinatal: campo de las especialidades médicas con un área de influencia en continuo crecimiento. *Perinatología y Reproducción Humana*, 31(3), 105–106. DOI:10.1016/j.rprh.2018.03.002.
- Hentges, I.C., y Petersen, A.L. (2017). Competencias desarrolladas por equipo de salud de familia acerca del acogimiento después de actividad educativa. *Nurs Health*, 7(1), 4-15. Recuperado de: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/163482>.
- Heredia, O. K., y Munares, G. O. (2016). Factores maternos asociados al bajo peso al nacer. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(5), 562. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27428336>.
- Hernández, Á. A., Barrera, R. E., y Castañeda, P. O. (2017). Prevalencia de embarazo en adolescentes, Yopal-Casanare. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(3), 168-175. DOI:10.18597/rcog.2922.
- Hernández, B. A., y Vásquez, T. M. (2015). El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Revista Universitaria de Salud*, 17(1). Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a08.pdf>.
- Hernández, H., Ríos, A., Hernández, B., Sánchez, S., y Velásquez, P. (2019). Morbilidad y mortalidad obstétrica en un hospital de segundo nivel del estado de Oaxaca. *Avances en Salud Médica*, 6(3), 77-81. Recuperado de: https://www.oaxaca.gob.mx/salud/wp-content/uploads/sites/32/2019/10/Art%C3%ADculo-Original_Morbimortalidad-obst%C3%A9trica.pdf.

- Hernández, N. J., Valdés, Y.M., Colque, D.V., y Roque, A. S. (2016). Síndrome de flujo vaginal en embarazadas de Santa Cruz del Norte. *Revista De Ciencias Médicas, La Habana*, 22(1), 69-80. Recuperado <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/928>
- Hernández, O. G. (2018). Factores de riesgo materno para hipertensión inducida por el embarazo en adolescentes hospital Santa Rosa de Piura 2018. [Médico cirujano, Universidad Cesar Vallejo] Repositorio Universidad Cesar Vallejo. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/26782/Hernandez_OGS.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Hernández, P. M., Díaz, G. N., Romero, M. A., Díaz, G. J., Rodríguez, P. V., y Jiménez, S. A. (2018). Eficacia de una intervención para mejorar conocimientos y actitudes sobre lactancia materna en adolescentes. *Revista España Salud Pública*, 92, 1-13. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/VOL92/ORIGINALES/RS92C_201806033.pdf.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., y Baptista, L. M. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. México. McGraw Hill.
- Hevia, P. (2016). Educación en diabetes. *Revista médica clínica Las Condes*, 27(2), 271-276. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-educacin-en-diabetes-S0716864016300165>.
- Ho, A., Flynn, A. C., y Pasupathy, D. (2016). Nutrition in pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 26(9), 259–264. DOI:10.1016/j.ogrm.2016.06.005.
- Howard, K., Bulechek, G., Dochterman, J., y Wagner, C. (2018). Nursing interventions classification. Séptima Edición. Elsevier.
- Iantosca, A .E., Butler, T. A., Basal, R. L., Serrano, V. C., Gagliardi, R. V., Giménez, G. L., Cattaneo, M., Solar, I. E., Degaetano, S., Jotko, C. A., Mele, S. L., Spina, M. S., Pertino, M. R., y Lazo. M. (2017). La automedicación, el tabaco y el alcohol durante el embarazo. Presentado en las Segundas Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas S.E.P.O.I. La Plata, Argentina.
- INEGI (2017). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) en el 2017. Recuperado de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/encuesta-nacional-de-ocupacion-y-empleo-enoe>.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2018). Las madres en cifras. Recuperado de: <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/las-madres-en-cifras>.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2019). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Recuperado <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

- Instituto Nacional de las Mujeres (2019). El embarazo en adolescentes es un fenómeno que ha cobrado importancia en los últimos años debido a que México ocupa el primer lugar en el tema. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Recuperado de: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). Las Madres en Cifras. Recuperado <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/las-madres-en-cifras>
- Instituto Nacional de Salud Pública de México (2019). Exposición a DDT durante la primera mitad del embarazo y perfil tiroideo materno. Recuperado de: https://repisalud.isciii.es/bitstream/20.500.12105/7505/1/Exposici%c3%b3nDDTdurantePrimera_2019.pdf.
- Islas, S. P., Pérez, P. A., y Hernández, O. G. (2015). Rol de enfermería en educación para la salud de los menonitas desde el interaccionismo simbólico. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 28–35. DOI:10.1016/j.reu.2015.05.005.
- Jansson, V. E., Haverinenb, S., Valkamac, A. M., y Korpilahtia, P. (2011). Los niños prematuros tienen un alto riesgo de dificultades en el procesamiento auditivo central, evidenciadas mediante los potenciales evocados auditivos. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 31(3), 125-132. Recuperado de: www.elsevier.es/logopedia.
- Jiménez, A. G., González, G. A., Gómez, V. F., y Gutiérrez, P. A. (2011). Estudio de la actividad eléctrica cerebral en niños expuestos intraútero a dosis bajas de cocaína, tabaco y alcohol. *Anuario de investigación en adicciones*, 12(1): 33-30. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario_investigacion_adicciones/index.html.
- Jiménez, A.G. (2010). Estudio de la actividad eléctrica cerebral en niños expuestos intraútero a cocaína, tabaco y alcohol. [Maestra en Ciencia del Comportamiento, Universidad de Guadalajara].
- Jiménez, M.A., Samperb, M.P., Marqueta, A., Rodríguez, G., y Nerína, I. (2012). Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes. *Gaceta Sanitaria*, 26 (2), 1-4. Recuperado http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200008
- Jiménez, V.J., Horta, L.C., Saavedra, V.H., Morán, M. J. (2016). Curetaje como tratamiento de apoyo en la reducción de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. *Editorial de Ciencias Médicas*, 42 (1). Recuperado https://www.researchgate.net/publication/317513633_Curetaje_como_tratamiento_de_apoyo_en_la_reduccion_de_la_enfermedad_hipertensiva_inducida_por_el_embarazo
- Joellen, W., Hawkins, S. C., Aber, C. C., y Coppinger, K., (2010). Women's reported self-care behaviors during pregnancy. *Health Care for Women International*, 19(6), 529-538. Doi.org/10.1080/073993398246098.

- Journal of Midwifery & Women's Health (2017). Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-midwifery-and-womens-health>.
- Judd, C. M., Drake, R. A., Downing, J. W., y Krosnick, J. A. (1991). Some dynamic properties of attitude structures: Context-induced response facilitation and polarization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(2), 193-202. DOI:10.1037/0022-3514.60.2.193.
- Kane, I., Mitchell, A. M., Finnell, D., Hagle, H., Puskar, K., Kameg, B., y Knapp, E. (2018). Cribado sobre consumo de alcohol e intervención informativa para prevenir los trastornos del espectro alcohólico fetal. *Nursing* (Ed. Española), 35(6), 14-19. DOI:10.1016/j.nursi.2018.11.005.
- Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. Cuarta edición. McGraw Hill.
- Kim, S., y Shin, G. (2016). Effects of nursing process-based simulation for maternal child emergency nursing care on knowledge, attitude, and skills in clinical nurses. *Nurse Education Today*, 37, 59–65. Doi:10.1016/j.nedt.2015.11.016
- Kocher, E. L., Sternberg, L. J., McGarvey, T. S., Faiaid, M. U., Muasau H. B., y Hawley, L. N. (2018). Conceptions of pregnancy health and motivations for healthful behavior change among women in American Samoa. *Women and Birth*, 31, e32–e41. Doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.011.
- Kraus, S. J. (1995). Attitudes and the Prediction of Behavior: A Meta-Analysis of the Empirical Literature. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(1), 58-75. DOI:10.1177/0146167295211007.
- Labbé, A., y Labbé, J. P. (2014). Tabaquismo pasivo en el niño. *Pediatría*, 49 (2), 1-9. Recuperado de: <http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2015/03/tabaquismo-pasivo-en-ninos.pdf>.
- Landero, R., y González, M. (2006). Estadística con SPSS y metodología de la investigación. México: Trillas.
- Lange, S., Shield, K., Koren, G., Rehm, J., y Popova, S. (2014). A comparison of the prevalence of prenatal alcohol exposure obtained via maternal self-reports versus meconium testing: a systematic literature review and meta-analysis. *Pregnancy and Childbirth*, 14(1). DOI:10.1186/1471-2393-14-127.
- LaPiere, R. T. (1934). Attitudes vs. Actions. *Social Forces*, 13(2), 230–237. DOI:10.2307/2570339.
- Laureano, J., Gil, E., Mejía, M. L., y De la Torre, A. C. (2016). Embarazo en adolescentes de Jalisco, México: una mirada desde la marginación social. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62(3), 211-220. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323448377002>.

- Lazo, E. D., Egoavil, A. I., Verastegui, D. A., y Mejia, C. R. (2018). Factores asociados a la toma de suplementos de calcio en gestantes en la ciudad de Huancayo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(6). Doi.org/10.4067/S0717-75262018000600595.
- Ledeá, C. E., Barbán, C. M., Ríos, D. L., y Rodríguez, C. G. (2018). Acciones en embarazadas para modificar factores de riesgo del bajo peso al nacer. Jiguaní Norte Cuba. III Congreso de Medicina Familiar. Recuperado de: <http://medicinafamiliar2019.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/viewPaper/151>.
- León, V. I., Guerrero, B. M., y Guerrero, B. P. (2013). Hemorroides en embarazo y puerperio; la educación para la salud como principal arma para el bienestar de la mujer. *Monográficos de Investigación en Salud*, 7(19). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n19/062d.php>.
- Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (S/A). Título Primero. Artículos 13, 16 y 17. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
- Lichtenberger, A., López, M., y Cremonte, M. (2015). Intervención breve para promover la abstinencia de consumo de alcohol en mujeres gestantes. Una reflexión crítica. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(3), 428. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333143435004>.
- Limas, H. M. (2010). Desarrollo humano en Ciudad Juárez, Chihuahua. Circunstancias en salud, educación e ingreso de las mujeres. *Nóesis*, 19(37), 54-90. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/859/85919842003.pdf>.
- Loboá, R. N. J., y León, S. P. E. (2018). Conocimientos y actitudes de enfermería sobre promoción de la salud: una mirada de región. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(1). DOI:10.11144/javeriana.ie20-1.caep.
- Lomax (2019) (Accepted/In press). Visual identities: Choreographies of gaze and speech in mother-midwife interaction. In P. Reavey (Ed.), *Visual Psychologies: Using and interpreting images in qualitative research* (2ed.). Routledge. Recuperado de: <https://pure.hud.ac.uk/en/publications/visual-identities-choreographies-of-gaze-and-speech-in-mother-mid>.
- López, A. A., López, M. M., y Linares, A. M. (2015). Estado emocional de mujeres primigestas con embarazo en vías de prolongación. *Investigación y educación en enfermería* (33) 1. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000100011&script=sci_arttext&tlng=es.
- López, A. A., y López, M. M. (2013). ¿Qué necesidades de apoyo tienen los padres y madres durante el embarazo? *Evidentia*, 21(1), 36-44. Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n45/ev9252.php>.
- López, A. C., Núñez, S. M., García, P. M, Santaolalla, J. B., Mueses, D. A., Gómez, R. I., Pérez, S. A., Ortuño, M. D., y Meoro, A. A. (2013). La figura de la enfermera

- educadora hospitalaria mejora la HbA1c y el perfil lipídico de los pacientes con diabetes tipo 1. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 1-3.
Doi.org/10.3305/nh.2013.28.6.6691.
- López, H. M., García, R. S., Escobedo, G. M., Bustos, L. D., y Guerra, I. F. (2018). *Revista chilena de Infectología*, 35(4), 371-376. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000400371>.
- Loredo, A. A., Vargas, C. E., Casas, M. A., González, C., y Gutiérrez, L. C. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 223-9.
- Loredo, F. M., Gallegos, T. R. Xequé, M. A. Palomé, V. G., y Juárez, L. A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159-165. Doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002.
- Lozano, A. L., Bohórquez, O. A. Z., y Zambrano, P. G. E. (2016). Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna. *Revista Universitaria de Salud*, 18(2), 364-372.
Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a16.pdf>.
- Lucchese, R., Paranhos, D. L., Netto, N. S., Vera, I., y Silva, G. C. (2016). Fatores associados ao uso nocivo do tabaco durante a gestação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(3), 325-331. DOI:10.1590/1982-0194201600045.
- Luna, G. S., Abdel, K. R., y Carreño, C. M. (2016). Autocuidado: cambiando las actitudes y los hábitos de fotoprotección tras el diagnóstico de melanoma. *Monográficos de investigación en salud*, 10(24), 1-7. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n24/001.php>.
- Machado, C. L., Tsunehiro, M. A., Almeida, P., y Chiesa, A. N. (2015). Tabagismo entre gestantes atendidas em maternidade filantrópica do Município de São Paulo# Smoking among pregnant women attending philanthropic maternity in São Paulo (Brazil). *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 39(1), 102-112. Recuperado de:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Tabagismo_entre_gest_antes_atendidas.pdf.
- Macías, M. M; Mínguez, M. L., y Gómez, M. R. (2017). Eficacia de un Programa de Educación para la Salud dirigido a mujeres climatéricas. *Biblioteca Lascasas*, 13.
Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11129.php>.
- Macías, V. H., Moguel, H. A., Iglesias, L. J., y Bernárdez, Z. I., y Braverman, B. A. (2018). Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(2), 125-132. Recuperado de:
https://scholar.google.es/scholar?start=120&q=embarazo+alcohol+en+mexico&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2010&as_yhi=2020.
- Maffei, L., Spontón, C., Spontón, M., Castellano, E., y Medrano, L. (2012). Adaptación del Cuestionario de Autoeficacia Profesional (AU-10) a la población de trabajadores

- cordobeses. *Pensamiento Psicológico*, 10(1). Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000100004.
- Manzano, V. C., López, V. M., Román, E. L., García, G. J., y Mur, S. A. (2017). Exposición prenatal a metanfetamina «shabú». *Anales de Pediatría*, 86(2), 96–97.
 DOI:10.1016/j.anpedi.2016.05.010.
- Márquez, D. R., y Ocón, H. O. (2015). Dolor de espalda en el embarazo. *Paraninfo Digital*, 22. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/504.php>.
- Marriner, T. A., y Raile, A. M. (2007). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona España: Elsevier Mosby.
- Martínez, G. J. (2012). Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido. Universidad de Granada, Tesis doctoral. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=62272>.
- Martínez, G. J., y Delgado, R. M. (2014). Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 15(4), 137-141.
 Doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.07.010.
- Martínez, G. M., Olivos, R. M., Gómez, T. D., y Cruz, B. P. (2016). Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 142-150. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358746914002>.
- Martínez, G. P., Martín, G. E., Macarro, R. D., Martínez, M. E., y Manrique, T. J. (2017) Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 54-66. Doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005.
- Martínez, G. R., Jiménez, O. A., y Navia, L. B. (2016). *Nutrición Hospitalaria*, 33, 3-7. Recuperado de: <http://dx.dpi.org/10.20960/nh.336>.
- Martínez, R. C., Siles, G. J., y Martínez, R. E. (2014). Los manuales escritos por matronas europeas: El origen de cuidados humanizados en el embarazo. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 106-110. Recuperado de: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n1-2/9464.php>.
- Martínez, R. J., Martínez, C. M., y Ramírez, R. C., (2015). Incidencia de Retinopatía del Prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Infantil del Estado de Sonora. *Boletín Clínica Hospital Infantil Estado Sonora*, 32(2), 82-86. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis152e.pdf>.
- Martínez, S. V., Dalmau, S. J., y Moreno, V. J. (2015). El pediatra y las recomendaciones nutricionales en la mujer embarazada y que lacta. *Acta Pediátrica Española*; 73(11), 305-e312. Recuperado de:

- [https://continuum.aeped.es/files/articulos/Nutricion_Rcomendaciones_embarazo_y_lactancia%20\(1\).pdf](https://continuum.aeped.es/files/articulos/Nutricion_Rcomendaciones_embarazo_y_lactancia%20(1).pdf).
- Martínez, V.E. (2016). El calcio, esencial para la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 26-31. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309246965007>.
- Martos, C. M., Avilés, G. A., Bueno, G. M., y Gómez, U. J. (2016). Enfermería como educadora en salud en pacientes pediátricos con diabetes. *Monográficos de investigación en salud*, 10(25). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n25/071.php>.
- Mata, S. M., Sánchez, C. M. y López, C. M. (2015). Beneficios de la Educación Maternal en el Parto. *Monográficos de Investigación en Salud*, 9(22). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/250.php>.
- Mateos, V. P., Aranda, R. J., Díaz, A. G., Mesa, C. P., Gil, B. B., Ramos, M. M., Moreno, P.M., Castro, B. J., y Luna, C. J. (2014). Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo y factores asociados en Andalucía. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 369-381. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n3/07_original6.pdf.
- Matos, D. Z., Gonçalves, C. F., y Correia, S. (2014). Dificultades de los padres con bebés ingresados en una Unidad de Neonatología. *Revista Enfermería*, 4(3), 85-93. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>.
- Mejía, M., Laureano, E. J., Gil, H. E., Ortiz, V. R., Blackaller, A. J., y Benítez, M. R. (2015). Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: Estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 66(4), 242-252. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195243540003>
- Meleis, A. (2012) *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5th Edition, Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer, Philadelphia. Recuperado de: [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1382498](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1382498).
- Melo, H. D., y Jaimes, V. M. (2015). Autoeficacia, actitud hacia el consumo de drogas y salud percibida de niños escolarizados. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 118-131.
- Mendoza, N. M., y Piña, R. A. (2016). Hoja verde como una herramienta clínica para la evaluación de factores de riesgo ambientales durante el embarazo y lactancia en derechohabientes del Hospital Materno Infantil. [Licenciatura en Enfermería, Universidad Autónoma del Estado de México] Repositorio Universidad Autónoma de México. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/70990>.
- Mendoza, T. L., Claros, B. D., Mendoza, T. L., Arias, G. M., y Peñaranda, O. C. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4).
Doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012.

- Menezes, G. B., Lisboa, G. C., Zanetti, M. L., Garibalde, S. R., y Santos, S. J. (2016). Qualidade de vida, conhecimento e atitude após programa educativo para Diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(3), 298-306. DOI:10.1590/1982-019420160004
- Míguez, M. C., y Pereira, B. (2018). Prevalencia del consumo de tabaco en el embarazo: optimización del diagnóstico. *Medicina Clínica*, 151(3), 124-125. DOI:10.1016/j.medcli.2017.11.001.
- Milla, E. (2017). Calidad de vida profesional y autoeficacia del personal de enfermería en una clínica privada. Tesis de posgrado. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17512/Milla_FEO.pdf?sequence=1.
- Minuesa, V. Y. (2019) ¿Cómo es la experiencia de los padres durante la estancia en la UCIN? ¿Cuál es el papel de la enfermera? Grado de enfermería. Universitat de les Illes Balears. Recuperado de: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150293/Minuesa_Velazquez_Yana_y.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Monsreal, J. F., Moo, M. M., Jiménez, B., Serralta, P. L., y Mota, M. L. (2015). Pesos específicos de factores de riesgo en bajo peso al nacer en el municipio maya de Tulum, Quintana Roo, México. *Ciencia y Mar*, 19(57), 19-45. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/es/revista/ciencia-y-mar/articulo/pesos-especificos-de-factores-de-riesgo-en-bajo-peso-al-nacer-en-el-municipio-maya-de-tulum-quintana-roo-mexico>.
- Monteiro, S. R., Grossi, M. R., Machado, V. A., y Grano, M. A. (2016) Perception of pregnant women about self-care and maternal care. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, (17)6, 758-765. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324049336005>.
- Mora, V. M., Peñaloza, D., Pullupaxi, C., y Díaz, R. J. (2019). Infecciones del tracto urinario como factor de riesgo para parto prematuro en adolescentes embarazadas. *FAC Salud*, 3(4), 26-35. Recuperado de: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/779>.
- Moraes, C. M., Duarte, M. V., Barceló, J. G., Báez, P., González, G., y Sosa, C. (2016). Consumo de tabaco, alcohol y marihuana según autodeclaración en mujeres que tuvieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rosell. *Revista Médica Montevideo*, 32(4). Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000400002.
- Moraes, C.M., González, R. G., Sosa, F.C., Umpiérrez, V. E., Ghione, R. A., Berta, L. S., Izubiajerez, F.C., Voitouret, B.P., Barceló, C. J., Duarte, M. V., Baez, P. P., y Borbonet, D. (2014). Identificación de consumo de alcohol y derivados de Cocaína en el embarazo en meconio. *Anales De La Facultad De Medicina*, 1(2), 43-50. Recuperado <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/64>

- Morales, V. Y., Borges, D. L., y Algozain, A. Y. (2015). Factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(2). Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/515/121>.
- Morell, G. R., Llore, I. D., y Morian, L. J. (2016). "Pasa la vida". Prevención selectiva del consumo de cannabis entre adolescentes. *Metamorfosis, Revista del centro Reina Sofía sobre adolescencia y juventud* 5, 20-31. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/321158586_Pasa_la_vida_Prevencion_selectiva_del_consumo_de_cannabis_entre_adolescentes.
- Moreno, Z. E., Becerril, M. V., y Alcalde, R. J. (2018). Conocimientos tácito y explícito: análisis comparativo de la priorización de problemas de salud materna en México. *Gaceta Sanitaria*, 32(3), 251-261. DOI:10.1016/j.gaceta.2017.04.006.
- Morilla, A. M., Romeu, M. M., y Carmona, D. M. (2017). Actuación en urgencias ante hemorragia del 3er trimestre de gestación: placenta previa. *Ciber Revista Española*, 54. Recuperado de: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2017/pagina8.html>.
- Mosha, D., Liu, E., Hertzmark, E., Chan, G., Sudfeld, C., Masanja, H., y Fawzi, W. (2016). Dietary iron and calcium intakes during pregnancy are associated with lower risk of prematurity, stillbirth and neonatal mortality among women in Tanzania. *Public Health Nutrition*, 20(04), 678-686. DOI:10.1017/s1368980016002809.
- Mota, C. P., Hernández, I. L., Pelcastre, V. B., y Rangel, F. Y. (2019). Experiencias y creencias de madres sobre la lactancia materna exclusiva en una región de México. *Nurs health*, 9(1), 1-14. DOI:10.15210/jonah.v9i1.14499.
- Mújica, S. A., Guido, G. P., y Mercado, D. S. (2011). Actitudes y comportamiento lector: una aplicación de la teoría de la conducta planeada en estudiantes de nivel medio superior. *Liberabit* 17(1). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000100009.
- Muñoz, M., Poo, A. M., Baeza, B., y Bustos, M. L. (2015). Riesgo relacional madre-recién nacido. Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(1), 25-31. DOI:10.1016/j.rchipe.2015.04.005.
- Nahabedian, S., Pascansky, D., Vanoni, S., Inza, F., Schönfeld, D., Svetliza, G., Pace, S., Alonso, Á., Gaitán, C., Scarinci, M., Carles, D., Martínez, C. M., Giugno, E., y Precerutti, J. (2015). Estudio multicéntrico sobre prevalencia de tabaquismo en mujeres embarazadas en 15 centros de salud de Argentina. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 15(1), 28-35. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382138401006>.
- Nascimento, C. A., Dargam, G. V., Azevedo, Q. A., Herdy, A.V., Pereira, R. D., y Martins, S. K. (2016). Morbilidad materna por enfermedad hipertensiva específica del embarazo: un estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo Morbilidad materna por

- enfermedad hipertensiva específica del embarazo: un estudio descriptivo de un enfoque cuantitativo. *Research Journal: Care is Fundamental Online*, 8 (2), 4290. Doi: 10.9789 / 2175-5361.2016.v8i2.4290-4299
- Nascimento, F. R. (2016). Desarrollo y crecimiento de un cohorte de recién nacido prematuro de muy bajo peso al nacimiento en comparación con los recién nacidos saludables. [Doctorado, Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul] Repositorio Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. Recuperado <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/149963>
- Nascimento, G. S., Pinto, J. E., Oliveira, M. N., y Luz, L. A. (2018). Prevalencia y factores asociados al pre-natal inadecuado. *Revista Enfermagem*, 7(3):17-22. Recuperado de: <http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/resultados.php?>
- Nascimento, S.D., Cordeiro, M. I., Tavares, O. E. Araújo, C. A., Oliveira, C. H., y Oliveira, B. O. (2014). Mortalidad materna por motivos de hipertensión y hemorragias: análisis epidemiológico de una década. *Revista Enfermería Rio de Janeiro*, 22(4), 500-506. Recuperado <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15314>
- Navarro, A. M., y Bejarano, B. M. (2019). Creencias y prácticas de cuidado genérico en gestantes Wayúu colombianas. *Revisa Ciencia y Cuidado*, 16(1), 8-18. Recuperado de: <https://doi.org/10.22463/17949831.1541>.
- Navarro, M. (2015). *La medicina emocional*. Madrid: Vivelibro.
- Nguyen, M.N., Béland, F., Otis, J., y Potvin, L. (1996). Diet and exercise profiles of 30- to 60-year-old male smokers: Implications for community heart health programs. *Journal of Community Health*, 21(2), 107-121. DOI:10.1007/bf01682302.
- Nicolle, L. E. (2015). Management of asymptomatic bacteriuria in pregnant women. *The Lancet Infectious Diseases*, 15(11), 1252-1254. DOI:10.1016/s1473-3099(15)00145-0.
- Norma Oficial Mexicana (2016). NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Recuperado de: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf>.
- Norma Oficial Mexicana. (2013). NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR41.pdf>.
- Novaes, S. E., Melo, E. C., Rodrigues, V. F., Oliveira, R. R., y Mathias, F. T. (2018). Riesgo gestacional y factores asociados en mujeres atendidas por la red de salud pública. 17(3). Recuperado de: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i3.45232>.

- Nungaray, G. L. (2019). Análisis de los indicadores para medición de Morbimortalidad Materna Extrema según criterios de la OMS en una institución materno-infantil de segundo nivel del Noreste de México. [Ginecología y Obstetricia, Tecnológico de Monterrey] Repositorio Tecnológico de Monterrey. Recuperado de: <http://documents.worldbank.org/curated/en/793971568908763231/pdf/Trends-in-maternal-mortality-2000-to-2017-Estimates-by-WHO-UNICEF-UNFPA-World-Bank-Group-and-the-United-Nations-Population-Division.pdf>.
- Núñez, C. E., y Jana, A. A. (2017). El legado de las enfermeras sanitarias en el cuidado de la salud chilena. *Ciencia y Enfermería*, 13(3), 113-124. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370455624011>.
- Nuño, S. R., Rodríguez, P. C., Piñera, E. K., Zaballa, G. I., y Bikandi, I. J. (2013). Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gaceta Sanitaria*, 27(4):332–337. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.008>.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (2017). Boletines de mortalidad materna 2017. Semanas de Epidemiológicas. Recuperado <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores-nacionales/boletines-de-mortalidad-materna/2017>
- Ojeda, G. J., Rodríguez, Á. M., Estepa, P. J., Piña, L.C., y Cabeza, P. B. (2011). Cambios fisiológicos durante el embarazo. Su importancia para el anestesiólogo. *Medi Sur*, 9(5), 67-74. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180022343011>.
- Oliveira, Á. M., Santos, B. A., Alvarez, C. F., Enokibara, M. P., y Medeiros, M. F. (2016). Study of the perceptions of women of childbearing age about the effects of alcohol intake during pregnancy as a proposal for systematization of teaching practices by nursing for the prevention of fetal alcohol spectrum disorders. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(1), 3860-3872. DOI:10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3860-3872.
- OMS (2008). Prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Salud sexual y reproductiva. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr_11_30/es/.
- OMS (2011). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Recuperado de: http://origin.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/.
- OMS (2013a) ¿A qué problemas de salud se enfrentan los bebés prematuros? Recuperado de: https://www.who.int/features/qa/preterm_health_challenges/es/.
- OMS (2013b). Recomendaciones de la OMS sobre la prevención y la gestión del consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno durante el embarazo. Recuperado de:

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/201660/WHO_NMH_PND_14.3_spa.pdf;jsessionid=FE3FA6C12E30CAFF16D7CAA9DC4ABFB6?sequence=1.
- OMS (2015a). Directivas en intervenciones efectivas para reducir la carga de las infecciones maternas y sus consecuencias en el parto. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205685/WHO_RHR_16.01_spa.pdf;jsessionid=E9B42F9B309E3B818DD1E12751456B14?sequence=2.
- OMS. (2015a) ¿Qué es un niño prematuro? Recuperado https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/
- OMS (2015b) Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto. Recuperado https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205685/WHO_RHR_16.01_spa.pdf?sequence=2
- OMS (2016a). Centro de Prensa: Mortalidad Materna. Nota Descriptiva. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
- OMS (2016b). La verdadera magnitud de la mortinatalidad y la muerte materna y neonatal está subestimada. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/stillbirths-neonatal-deaths/es/>.
- OMS (2016c). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Comunicado de prensa. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>.
- OMS (2017a). Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre bajo peso al nacer. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?ua=1.
- OMS (2017b). Lactante y recién nacido. Temas de Salud. Recuperado de: http://www.who.int/topics/infant_newborn/es/.
- OMS (2017c). El costo que conlleva beber alcohol durante el embarazo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/17-030517/es/>.
- OMS (2019a). Administración periconceptiva de suplementos de ácido fólico, con o sin preparados multivitamínicos, para prevenir los defectos del tubo neural. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Recuperado de: https://www.who.int/elena/titles/folate_periconceptional/es/.
- OMS (2019b). Asesoramiento nutricional durante el embarazo. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Recuperado de: https://www.who.int/elena/titles/nutrition_counselling_pregnancy/es/.

- OMS (2019c). Lactancia materna. Recuperado <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- OMS (2019d). Salud sexual y reproductiva. Recuperado https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/es/
- OMS (2020). El embarazo en la adolescencia. Datos y cifras. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
- Oneto, F. L., Parrado, S. M., y Fajardo, H. B. (2016). Implantación de talleres Educativos sobre el Periodo Preconcepcional. Promoción de la toma de Ácido Fólico. *Monográficos de investigación en salud*, 10(25). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n25/330.php>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. Recuperado https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592:2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es
- Ordoñez, V. A., y Suarez, O. F. (2015). Defectos del tubo neural y del ácido fólico: recorrido histórico de una intervención preventiva altamente efectiva. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 22(4), 1157-1172. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386142813004>.
- Ortega, A. R., Jiménez, O. A., y López, A. (2015). El calcio y la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 10-17. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238518002>.
- Ortiz, A. M. (2020). Ansiedad, depresión y estrés como factores de riesgo de amenaza de parto pretermino en el hospital de apoyo II-Sullana. [Médico cirujano, Universidad Privada Antenor Orrego Piura, Perú] Repositorio Universidad Privada Antenor Orrego Piura, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/6132>.
- Osorio, A. M., Landa, R. R., Blázquez, M. M., García, H. N., y León, V. J. (2018). Conocimiento y factores de finalización de la lactancia materna en mujeres de una comunidad en Veracruz, México. *Horizonte sanitario* 18(2), 195-200. DOI: 10.19136/hs.a18n2.2691.
- Osorio, A. M., Landa, R. R., Blázquez, M.M., García, H.N., y León, V.J. (2019). Conocimiento y factores de finalización de la lactancia materna en mujeres de una comunidad en Veracruz, México. *Horizonte sanitario*, 18 (2), 195-200. Recuperado <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
- Osorio, J., Carvajal, G., y Rodríguez, M. (2017). Preparation for Motherhood during Pregnancy: a Concept Analysis. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(3), 295-305. DOI:10.17533/udea.iee.v35n3a06.

- Osorno, N. M. (2013). Atención integral de la embarazada en la comunidad. *Hallazgos*, 10(20), 123-140. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835218008>.
- Ossé, L., Nebout, S., Filippov, J., y Keita, H. (2017). Hemorragias obstétricas. *Anestesia-Reanimación*, 43(3), 1-8. DOI:10.1016/s1280-4703(17)85629-2.
- Palacios, E., y Navas, Á. V. (2016). Movimientos anormales y embarazo. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25(2), 101-105. DOI:10.1016/j.reper.2016.04.001.
- Pallás, A.C. (2012). Actividades preventivas y de promoción de la salud para niños prematuros con una edad gestacional menor a 32 semanas o un peso inferior a 1500 gr. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 14(55), 249-263. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000400014>.
- Páramo, R. F., Tovar, S. A., y Rendón, M. M. (2015). Resistencia antimicrobiana en pacientes con infección de vías urinarias hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Nuevo Sanatorio Durango, de enero a diciembre de 2013. *Medicina Interna de México* 31(1), 34-40. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim151f.pdf>.
- Pareja, M. A., y Pérez, G. G. (2016). El cuidado parental del recién nacido sano en los primeros 15 días de vida. *Metas Enfermería*, 19(5), 63-70. Recuperado de: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/portada/>.
- Pasqualotto, A. J. (2017). Manejo del sangrado crítico guiado por objetivos. *Revista Argentina de Anestesiología*, 75(40). DOI:10.1016/j.raa.2017.11.085.
- Paz, P. C., Artieta, P. I., Grandes, G., Espinosa, C. M., Gaminde, I. I., y Payo, Gordon. J. (2016). Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Atención Primaria*, 48(10), 657-664. Doi:10.1016/j.aprim.2015.12.004.
- Paz, S., Masalan, P., y Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista médica clínica Las Condes*, 29(3), 288-300. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-la-educacion-en-salud-un-S0716864018300543>.
- Pereira, G. T., Santos, A. A.; Oliveira, S. J., y Carvalho, N. P. (2017). Perfil epidemiológico da mortalidade materna por hipertensão: análise situacional de um estado nordestino entre 2004-2013. *Revista Online de pesquisa*, 9(3), 653-658. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i3.653-658.
- Perez, B. N., Updegraff, K. A., Umaña, T. J., Jahromi, L., y Guimond, A. (2014). Coparenting Profiles in the Context of Mexican-Origin Teen Pregnancy. *Links to Mother-Daughter Relationship Quality and Adjustment. Family Process*, 54(2), 263-279. DOI:10.1111/famp.1211.

- Pérez, F. J., y Raffo, S. (2015). Uso de sustancias psicoactivas en el embarazo y conocimiento de los efectos sobre el feto en puérperas recientes. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(1), 37-46. DOI:10.5354/0719-5281.2015.36338.
- Pintado, G. M. (2017). Tesis Doctoral: Aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada en la Seguridad Vial: velocidad, alcohol y drogas. Recuperado de: <http://repositorio.ucam.edu/handle/10952/2678>.
- Pintó, X., Trias, V. F., Rius, T. J., y Mairal, S. E. (2018). Actitud clínica ante la dislipemia en pacientes con elevado riesgo cardiovascular en España. *Atención Primaria*, 50(1), 35-43. DOI:10.1016/j.aprim.2017.02.004.
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (2018). Programa de Salud Materna y Perinatal. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-salud-materna-y-perinatal-cnegsr-12031>.
- Popova, S. (2017). Counting the costs of drinking alcohol during pregnancy. *Bull World Health Organ*, 95, 320-321. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.030517>.
- Prado, S. L. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004.
- Programa de seguimiento de prematuros hospital materno infantil (2016). Claves en la promoción de la salud a largo plazo de los niños nacidos prematuros. Recuperado de: http://www.sarda.org.ar/images/Programa_de_Seguimiento_de_Prematuros.pdf.
- Pueyo, G. M., San Martín, L. Á., Caparrós, L. M., y Jiménez, M. C. (2016). Educación para la salud en el paciente trasplantado y su familia en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 27(1), 31-39. DOI:10.1016/j.enfi.2015.11.002.
- Querol, S. M. (2016). Comunicación en control de embarazo. Gestantes que practican ejercicio = Communication in prenatal control. Pregnant women who practice exercise. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(1). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3154>.
- Quesada, J. A., y Nolasco, A. (2017). Relación entre el mes de nacimiento y la prevalencia de enfermedades crónicas. *Medicina Clínica*, 148(11), 489-494. DOI:10.1016/j.medcli.2016.10.035.
- Quintero, R. A., y Rojas, B. H. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 222-237. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194238608016>.
- Quirós, G. G., Alfaro, P. R., Bolívar, P. M., y Solano, T. N. (2016). Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR*, 1(I), 75-80. Doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.449-466.

- Ramos, P. V., Espinoza, S. P., y Lozano, Z. A. (2016). Lactar a pecho descubierto. *Monográficos de investigación en salud*, 10(25). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n25/064.php>.
- Rebolo, B. B. (2017). Experiencias de las mujeres en el aborto espontáneo: Revisión narrativa. [Grado en Enfermería, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680632/rebolo_bravo_beatriztfg.pdf?se.
- Reche, T. D., Ureña, G. S., y Membrilla, B. L. (2018). Efectos tóxicos del consumo. Las drogas en la gestación. *Parainfo Digital*, (28). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n28/e113.php>.
- Regan, D. T., y Fazio, R. (1977). On the consistency between attitudes and behavior: Look to the method of attitude formation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13(1), 28-45. Doi: 10.1016/0022-1031(77)90011-7.
- Restrepo, M. M., Trujillo, N. L., Restrepo, B. D., Torres, G. Y., y Sierra, G. (2017). Sexual abuse and neglect situations as risk factors for adolescent pregnancy. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2), 74-81. DOI:10.1016/j.rcpeng.2017.05.003.
- Reynoso, C., Crespo, N., Alcázar, J. L., y Narbona, J. (2015). Motricidad fetal durante el segundo trimestre de gestación: estudio ecográfico longitudinal. *Anales de Pediatría*, 82(3), 183-191. DOI:10.1016/j.anpedi.2014.05.011.
- Richard, R., y Van, D. (1991). Factors affecting condom use among adolescents. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1(2), 105–116. Doi:10.1002/casp.2450010205
- Rivas, C. M., Del Valle, A. S., y De la Rosa, V. Z. (2015). Evaluación de conocimientos de la embarazada en el primer trimestre tras sesión de educación maternal. El empoderamiento de la gestante. *Parainfo digital*, 9(22). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/253.php>.
- Rivas, C. M., Teba, L. A., De la Rosa, V. Z. (2017). Superando una lactancia materna llena de obstáculos. *Monográficos de investigación en salud*, 11(27). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n27/143.php>.
- Rodríguez, L. D., Sánchez, P. B., y Dueñas, G. P. (2019). Experiencia familiar de la muerte materna.: Family experience of maternal death. *Revista Ciencia y Cuidado*, 16(1), 71-85. Recuperado <https://doi.org/10.22463/17949831.1534>
- Rodríguez, L. V., Partida, M. A., y Castro, G. C. (2015). Consumo de ácido fólico para prevenir los defectos del tubo neural. *Monográficos de investigación en salud*, 9(22). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/093.php>.

- Rodríguez, R. N., Cala, B. Á., Nápoles, J. L., Milán, A. Y., y Aguilar, T. (2018). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Revista Información Científica*, 97(5), 945-954. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551758538004>.
- Rodríguez, S. Y. (2018). Salud bucal, embarazo y género. *Revista Información Científica*, 97(2), 496-507. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551759247010>.
- Rodríguez, T. A., Páez, G. R., Altamirano, V. I., Paguay, C. F., Rodríguez, A. J., y Calero, M. S. (2017). Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. *Educación Media Superior*, 31(4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000400025.
- Rojas, V. L. (2010). La educación prenatal: una mirada desde la educación para la salud. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 19, 1-15. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44817863004>.
- Rosabal, G. E., Romero, M. N., Gaquín, R. K., y Hernández, M. R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010.
- Royuela, R. P., Rodríguez, M. L., Marugán, M. M., y Carbajosa, R. V. (2015). Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Pediatría Atención Primaria*, 17(66). Doi:[10.4321/S1139-76322015000300004](https://doi.org/10.4321/S1139-76322015000300004).
- Ruiz, M. T., Azevedo, C. T., Ferreira, M. B., y Mamede, M. V. (2015). Asociación entre síndromes hipertensivos y hemorragia pos-parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 55-61. DOI:[10.1590/1983-1447.2015.esp.56776](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56776).
- Ryan, A., Bernhard, H., y Fahlberg, B. (2016). Mejores prácticas para el cuidado paliativo perinatal. *Nursing*, 33(3), 9-10. DOI:[10.1016/j.nursi.2016.06.006](https://doi.org/10.1016/j.nursi.2016.06.006).
- Sáenz, H. E. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados a la suplementación con ácido fólico en gestantes que acuden a su atención prenatal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. [Licenciada en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú] Repositorio Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4860>.
- Sáez, L. L., Sáez, L. M., y Sáez, M. V. (2015). Actitud y actuación de enfermería ante la salud bucodental infanto-juvenil. *Revista Enfermería CyL*, 7(1), 39-49. Recuperado de: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/124>.
- Salazar, L. Y., Salazar, P. M., García, R. R., Martínez, R. M., y Marín, C. M. (2013). Intervención Educativa en Mujeres Embarazadas. *Revista Paraninfo Digital*, 17. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n17/033.php>.
- Salazar, V. E., Marín, G. I., y Lennis, Z. Y. (2016). Determinar el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas durante el embarazo adolescente, Galicia, Pereira, Colombia.

- Cuaderno De Investigaciones: Semilleros Andina*, (9). Recuperado de <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/861>
- Salazar, M. B., y Hernández, L. M. (2015). ¿Cuál es la evidencia de las características de la intervención de enfermería y orientación para la aplicación del autocuidado en las adolescentes embarazadas? *Revista Paraninfo Digital*, 4(22). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/423.php>.
- Saliba, E., Lopez, E., Storme, L., Tourneux, P., y Favrais, G. (2018). Fisiología del feto y del recién nacido. Adaptación a la vida extrauterina. *Pediatría*, 53(2), 1-29. DOI:10.1016/s1245-1789(18)90862-0.
- Sampaio, O. C., Ioccaa, F. A., Rezende, C. M., Almeida, T. M. (2015). Lactancia materna y complicaciones que contribuyen al destete precoz. *Revista Gaúcha Enfermería*, 36, 16-23. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56766>.
- Sananes, N., Gaudineau, A., Akladios, C. Y., Lecointre, L., y Langer, B. (2016). Hipertensión arterial y embarazo. *Ginecología-Obstetricia*, 52(2), 1-15. DOI:10.1016/s1283-081x(16)77882-9.
- Sánchez, C. M., Luna, V. J., y Mata, S. M. (2016). Origen, evolución y situación actual del programa de educación maternal en España. *Monográficos de investigación en salud*, 10(25). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n25/156.php>.
- Sánchez, G. M. (2017). El humanismo y la enseñanza de las humanidades Médicas. *Educación Médica*, 18(3), 212-218. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.001>.
- Sánchez, G. S., Medina, M. J., Mendoza, P. M., Ugarte, A. A., y Martínez, A. A. (2015). Investigación acción participativa; la educación para el autocuidado del adulto maduro, un proceso dialógico y emancipador. *Atención Primaria*, 47(9), 573-580. DOI:10.1016/j.aprim.2014.12.008.
- Santiago, P. M., Pérez, R. M., Malvar, P. A., y Hervada, V. X. (2019). Consumo de tabaco en el embarazo: prevalencia y factores asociados al mantenimiento del consumo. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1-8. Recuperado de: https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr/VOL93/O_BREVES/RS93C_201907034.pdf.
- Scherrer, W., García, W., Zandonade, E., y Costa, M. (2016). Los efectos de la relajación sobre los niveles de depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo: un ensayo clínico aleatorizado. *Revista latinoamericana Enfermagem*, v16, 1-3. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02806.pdf.
- Schuindt, A., Sousa, V. M., Martins, M., Silva, S., Cordeiro, N. G. (2018). Educación para la salud de las mujeres puerperales con respecto al cuidado del recién nacido: informe de experiencia. *Saúde coletiva Brasil*, 8(43), 638-641. <http://revistasaucoletiva.com.br/educacao-43/>.

Secretaría de Salud (2010). Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/prevencion-diagnostico-y-manejo-de-la-hemorragia-obstetrica>.

Secretaría de Salud (2013). Consecuencias del consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/consecuencias-del-consumo-excesivo-de-bebidas-alcoholicas>.

Secretaría de Salud (2015). Programa de Salud Materna y Perinatal. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-salud-materna-y-perinatal-cnegsr-12031>.

Secretaría de Salud (2015). Tabaquismo, adicción que se puede controlar. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/taquismo-adiccion-que-se-puede-controlar>.

Secretaría de Salud (2016). Ácido fólico, una vitamina fundamental para las funciones del organismo. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/acido-folico-una-vitamina-fundamental-para-las-funciones-del-organismo>.

Secretaría de Salud (2016). Durante el embarazo tu alimentación es esencial para evitar la desnutrición. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/durante-el-embarazo-tu-alimentacion-es-esencial-para-evitar-la-desnutricion>.

Secretaría de Salud (2016). Sabías que... La única forma de curar la preeclampsia es dando a luz al bebé. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/sabias-que-la-unica-forma-de-curar-la-preeclampsia-es-dando-a-luz-al-bebe>.

Secretaría de Salud (2017). Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas 2017 - Sem. Epidemiológica 42. Dirección General de Epidemiología - Dirección General Adjunta de Epidemiología. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2017-sem-epidemiologica-42>.

Secretaría de Salud (2019). Conoce tus derechos y obligaciones durante el embarazo. Recuperado de: <http://ss.pue.gob.mx/conoce-tus-derechos-y-obligaciones-durante-el-embarazo/>.

Secretaría de Salud. (2015). Consulta del niño sano. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/consulta-del-nino-sano-9634>.

Secretaría de Salud. (2015). Señales de Alarma durante el Embarazo. Comunicados. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/senales-de-alarma-durante-el-embarazo-cnegsr>.

Secretaría de Salud. (2017). Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud y el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal.

Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/triage-obstetrico-codigo-mater-y-equipo-de-respuesta-inmediata-obstetrica>
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/131801/web_TriageObstetricoCM.pdf.

- Segovia, M. R. (2019). Morbilidad materna severa como indicador de los cuidados maternos. *Investigación Científica en Salud*, 17(3), 3-4. Recuperado de: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/viewFile/1565/1568>.
- Serçekuş, P., y Başkale, H. (2015). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34, 166-172. Doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.016.
- Shahrour, R. B., Carrillo, M. M., y Ortega, P. E. (2015). Efectos de un programa de ejercicio físico supervisado en mujeres gestantes sobre la ganancia de peso, riesgo de diabetes gestacional e hipertensión, y factores relacionados con el trabajo de parto. *Revista Paraninfo Digital*, 22. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/267.php>.
- Silva, V. R., Silveira, A. M., y Gomes, A. S. (2016). Relatos de morbilidad materna grave: estudio cualitativo sobre la percepción de mujeres. *Revista Brasileira de Enfermería*, 69(4), 662-668. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000400662&script=sci_abstract&tlng=es.
- Silveira, R. R., Cavalcante, B. S., Welington, O., y Da Silva, C. F. (2013). Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. *Revista Gaúcha Enfermería*, 34(2), 37-45.
- Soares, N. E., Melo, E., Rodrigues, V. F., Rosseto, D. R., y Freitas, M. T. (2018). Riesgo gestacional y factores asociados en mujeres atendidas por la red pública de salud. *Ciência Cuidado e Saúde*, 17(3). DOI:10.4025/ciencucuidsaude.v17i3.45232.
- Sola, M. A., Gómez, B. M., y Martín, O. S. (2016). Relevancia del conocimiento enfermero en el desarrollo de una lactancia materna exitosa. *Monográficos de investigación en salud*, 10 (25). Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n25/160.php>.
- Solano, H. P., Martínez, C. L., García, M. M., Tejeda, G. M., Garrido, C. C., y Rodríguez, D. M. (2016). Cada paciente una actitud. ¡Cuidándoles crecemos juntos! *Monográficos de investigación en salud*, 10(23), 1-11. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n23/004.php>.
- Soto, P. M., y Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 288-300. DOI:10.1016/j.rmclc.2018.05.001.
- Soto, R. E., Ávila, E. F., y Gutiérrez, G. V. (2010). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, II(3), 117-122. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/maternoinfantil>.

- Sousa, N. D., Mendes, C. I., Oliveira, T. E., Chagas, A. A., Catunda, O. H., Oriá, O. M., y Batista, R. (2014). Mortalidad materna por motivos de hipertensión y hemorragias: análisis epidemiológico de una década. *Enfermería Enfermagem*, 22(4), 500-506. Recuperado de: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a11.pdf>.
- Souza, M. G., Santos, I., y Silva, L. A. (2015). Educación en salud y acciones de autocuidado como determinantes para la prevención y el control del cáncer. *Revista de pesquisa*, 7(4), 3289- 3290. DOI:10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3274-3291.
- Spindola, T., Lincoln, D. L., y Lazone, C. R. (2013). La incidencia de pre-eclampsia en mujeres primigestas en control pre-natal de un hospital universitario. *Journal of research fundamental care online*, 5(3), 235-44. DOI:10.9789/2175-5361.2013v5n3p235.
- Stecher, M. J., Pavlovic, B. M., Contreras, C., y Carvajal, J. (2015). Prematuros tardíos: estudio clínico retrospectivo de sus causas y consecuencias. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(3), 2. Doi.org/10.4067/S0717-75262015000300004.
- Teixeira, S. C., Gonçalves, F. A., y Almeida, S.J. (2018). Asociación entre la salud materna y la salud del recién nacido en Porto, Portugal. *Journal Health*, 3(2), 308-326. Recuperado <http://dx.doi.org/10.30681/252610103104>
- Telumbre, T. J., Esparza, A. S., Alonso, C. B., y Alonso, C. M. (2017). Actitudes hacia el consumo de alcohol y consumo de alcohol en estudiantes de enfermería. *Investigación Enfermería Imagen Desarrollo*, 19(2), 69-81. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.ahca>.
- The American College of Nurse-Midwives. (2017). Historia, Misión y Visión. Recuperado de: <http://www.midwife.org/Our-History> y <http://www.midwife.org/Our-Mission-Vision-Core-Values>.
- Thurstone, L. L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33, 529-554. Recuperado de: <https://doi.org/10.1086/214483>.
- Thurstone, L. L. (1959). The Measurement of Value Part III: Attitude Measurement. Chicago: University of Chicago, 213-214. Recuperado de: https://brocku.ca/MeadProject/Thurstone/Thurstone_1959_2.html.
- Tierra, B. M., Villa, C. Z., Marín, S. C., y Pedregal, G.M. (2015). Satisfacción sobre la educación materno infantil de las madres de Huelva. *Enfermería Comunitaria*, 11(2). Recuperado de: <http://www.index-f.com/comunitaria/v11n2/ec9784.php>.
- Tituaña, F. E. (2019). Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el centro de salud anidados Otavalo. [Lic. en Enfermería, Universidad Técnica del Norte Otavalo Ecuador] Repositorio Universidad Técnica del Norte Otavalo Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9479>.

- Tomás, A. E., y Salas, M. A. (2016). Prevalencia de bacteriuria en pacientes embarazadas de una unidad de medicina familiar del Estado de México. *Atención Familiar*, 23(3), 80-83. DOI:10.1016/j.af.2016.07.002.
- Ulloa, R. A., Del Castillo, M. J., y Moreno, M. A. (2016). Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacimiento. *Revista Hospital Juárez de México*, 83(4), 122-128. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2016/ju164b.pdf>.
- UNICEF (2018). Guía para la implementación de la estrategia nacional para la prevención del embarazo en adolescentes en las entidades federativas. Publicaciones. Recuperado de: <https://www.unicef.org/mexico/informes/gu%C3%ADa-para-la-implementaci%C3%B3n-de-la-estrategia-nacional-para-la-prevenci%C3%B3n-del-embarazo>.
- UNICEF (2019). Embarazo adolescente. Adolescencia. Recuperado de: https://www.unicef.org/mexico/buscar?force=0&query=embarazo+Adolescentes&combined_sort=relevance_desc&search_date_range_picker=&created%5Bmin%5D=&created%5Bmax%5D=&name=&name=&name=.
- Urquizu, B. X., Rodríguez, C. M., García, F. A., y Pérez, P. E. (2016). Anemia en el embarazo y el posparto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo. *Medicina Clínica*, 146(10), 429-435. DOI:10.1016/j.medcli.2016.01.029.
- Valencia, R. E., Villasmil, E. R., Torres, C. D., Mejía, M. J., Reyna, V. N., Fernández, R. A., y Rondon, T. M. (2017). Disminución de los movimientos fetales y resultante perinatal en embarazos a término. *Avances en Biomedicina*, 6(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331355420002>.
- Valenciano (2017). Papel de la enfermera pediátrica en la consulta externa de neurodesarrollo del hospital san Rafael de Alajuela en niños de 0 a 2 años durante el periodo de Mayo –Julio 2017. [Maestría en enfermería pediátrica, Universidad Hispanoamericana] Repositorio Universidad Hispanoamericana. Recuperado <http://13.65.82.242:8080/xmlui/bitstream/handle/cenit/5501/ENFE-441.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Valongo, Z. A., y Colli, M. (2016). Validación de un plan de alta de enfermería para embarazadas y parturientas de alto riesgo. *Revista Ministerio Enfermería*, 20, 1-6. DOI:10.5935/1415-2762.20160004.
- Vanegas, B. C., Pabón, G. P., y Plata, S. R. (2018). Contribución de la investigación a la educación en sexualidad para prevenir el embarazo en adolescentes. *Revista Colombiana de Enfermería*, 16(13), 32-42. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v16i13.2302>.
- Vasco, R. M. (2012). Management strategies using non-technical skills to reduce maternal and perinatal morbidity and mortality. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 41(1), 20-23. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=126dfacd-ec7b-415f-9752-9601f2ac4f97%40sessionmgr120>.

- Vázquez, M. F. (2001). Educación: ¿postura o actitud? *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 31(1), 41-66. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/270/27031103.pdf>.
- Vega, A. J. (2018). Frecuencia de complicaciones en mujeres que cursaron con síndrome de preeclampsia/eclampsia comparado con embarazo normo evolutivo. Especialista en ginecología y obstetricia. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2088/Frecuencia%20de%20complicaciones%20en%20mujeres%20que%20cursaron.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Vega, M. E., Torres, L. M., Patiño, V. V., Ventura, R. C., y Vinalay, C. E. (2016). Vida cotidiana y preclamsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 12-24. Doi.org/10.1016/j.reu.2015.11.006.
- Vega, M. E., Torres, L. M., Patiño, V. V., Ventura, R., y Vinalay, C. (2015). Creencias y normas subjetivas como predictores de intención de comportamiento proambiental. *Suma psicológica*, 22, 86-92. Recuperado de: <http://www.index-f.com/reu/13/01224r.php>.
- Velasteguí, E. J., Hernández, N.M., Real, C. J., Roby, A. A., Alvarado, H. J., y Franco, H.V. (2018). Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 37-44. Recuperado <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v34n1/mgi05118.pdf>
- Vieira, F. S., Portela, N. L., Sousa, G. C., Costa, E. S, Oliveira, D. E., y Neiva, M. J. (2017). Interrelación de las acciones de educación en salud en el contexto de la Estrategia de Salud Familiar: percepción de las enfermeras. *Revista pesquisa*, 9(4), 1139-1144. DOI:10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1139-1144.
- Viera, P. J. (2018). Perfil Clínico - Epidemiológico de cesáreas realizadas en el hospital de la amistad Perú Corea Santa Rosa. *Repositorio Digital de la Universidad Privada Antenor Orrego*. Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/6032>
- Vigil, D. G., y Olmedo, J. (2017). Diabetes gestacional: conceptos actuales. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(6), 380-390. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n6/0300-9041-gom-85-06-380.pdf>.
- Vila, C. R., Mateu, C. C., Bellvis, V. E., Planells, L. E., Requena, M. M., y Gómez, S. M. (2015). Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera. *Matronas Profesión*, 16(1): 28-36. Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/influencia-del-programa-de-educacion->

maternal-en-el-cambio-de-preferencias-del-plan-de-parto-en-gestantes-del-departamento-de-salud-de-la-ribera/.

- Vila, Candel, R. (2015). Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de La Ribera. *Matronas Profesión*, 16(1), 28-36. Recuperado de: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-programa-educacion-maternal>.
- Villacieros, M., Bermejo, J. C., y Steegman, L. (2018). Escala de actitud ética en residencias. Desarrollo de un instrumento para profesionales asistenciales sociosanitarios. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(6), 352-359. DOI:10.1016/j.jhqr.2018.09.004.
- Villalobos, H. A. Campero, D. L., Suárez, L. L., Atienzo, E. E., Estrada, F., y De la Vara, S. E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 57(2). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008.
- Waldow, V. R. (2008). *Cuidar: Expresión humanizadora*. México: Editorial Nueva Palabra.
- Weitzman, A. (2017). The effects of women's education on maternal health: Evidence from Perú. *Social Science & Medicine* 180, 1-9. DOI:10.1016/j.socscimed.2017.03.004.
- White, K. M., Hogg, M. A., y Terry, D. J. (2002). Improving Attitude-Behavior Correspondence Through Exposure to Normative Support From a Salient Ingroup. *Basic and Applied Social Psychology*, 24(2), 91-103. Doi:10.1207/s15324834basp2402_2
- Wicker, A. W. (1969). Attitudes versus Actions: The Relationship of Verbal and Overt Behavioral Responses to Attitude Objects. *Journal of Social Issues*, 25(4), 41-78. DOI:10.1111/j.1540-4560.1969.tb00619.x.
- Zabalegui, A. (2018). Las enfermeras y las matronas son clave para la mejora de la salud y de la asistencia. *Nursing*, 35(6), 1-6. DOI:10.1016/j.nursi.2018.11.001.
- Zamudio, R. C., Silva, C. J., Gómez, A. C., y Chacón, V. P. (2018). Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. *Atención Familiar*, 25(2), 54-58. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63555>.
- Zeballos, S. S., Villar, C. S., Ramos, N. C., Zeballos, S. G., y Sánchez, L. M. (2017). Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal intraparto en recién nacidos pretérmino. *Anales de Pediatría*, 86(3), 127-134. DOI:10.1016/j.anpedi.2016.04.018.
- Zerna, B. C., Fonseca, T. R., Viteri, R. A., y Zerna, G. C. (2018). Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. *Revista Ciencia UNEMI*, 11 (26), 134-142. Recuperado de:

file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/Dialnet-IdentificacionDeFactoresDeRiesgoDePartoPreterminoC-6892848.pdf.

Zevallos, M. K. (2018). Morbilidad y características de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud la libertad, Huancayo 2018. [Especialista en: emergencias y alto riesgo obstétrico, Facultad de ciencias de la salud Huancavelica, Perú]. Repositorio Facultad de ciencias de la salud Huancavelica, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2649/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2019-MARCELO%20ZEVALLOS.pdf?sequence=1>.

ANEXOS

Anexo 1.

UACH -Facultad de Filosofía y Letras

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Ley General de Salud en materia de investigación menciona en el Artículo 13 que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En el Artículo 16, refiere que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice; por tal motivo, se le solicitará el consentimiento informado. Por último, el Artículo 17 señala que se considera como riesgo de la investigación, a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría con riesgo mínimo, riesgo de datos a través de procedimientos comunes.

I.- La justificación y los objetivos:

Es necesario brindarle apoyo a la mujer que se encuentra embarazada para que ella aprenda a actuar por sí misma, para llevar a cabo y mantener por sí misma acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida.

Objetivo general: Predecir la intención de autocuidado en mujeres embarazadas para determinar la conducta deseada durante la gestación.

II.- Los beneficios que pueden observarse: conocer en qué medida la actitud predice el autocuidado en el embarazo.

III.- Queda garantizada la confidencialidad de la información proporcionada. - La información recogida se utilizará con fines de investigación, con el compromiso de manejar la información con ética, confidencialidad y privacidad.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el protocolo, acepto participar en el estudio titulado: La Teoría de la Acción Planeada y el Autocuidado Percibido en el Embarazo.

Nombre y firma de la mujer embarazada
