



**UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN**

**Escuela de Obstetricia y Matronería
Carrera Obstetricia
Sede Santiago**

**BARRERAS Y FACILITADORES DE LA ADHERENCIA DE LAS GESTANTES A
PROGRAMAS NACIONALES DE CONTROL DE PESO EN LOS CENTROS DE
SALUD DE LA COMUNA EL BOSQUE EN EL AÑO 2022**

Tesina para optar al grado de licenciado en obstetricia

Profesor guía: Mg. Sergio Felipe Jara Rosales

PhD. Delia Indira Chiarello Peñaranda

Estudiantes: Camila Francisca Araya Gárate

Gabriela Paola Castro Casanova

Aylynm Victoria Chávez Yévenes

Carla Eugenia Esther Guillón Sepúlveda

Paola Cecilia Ramírez Argüelles

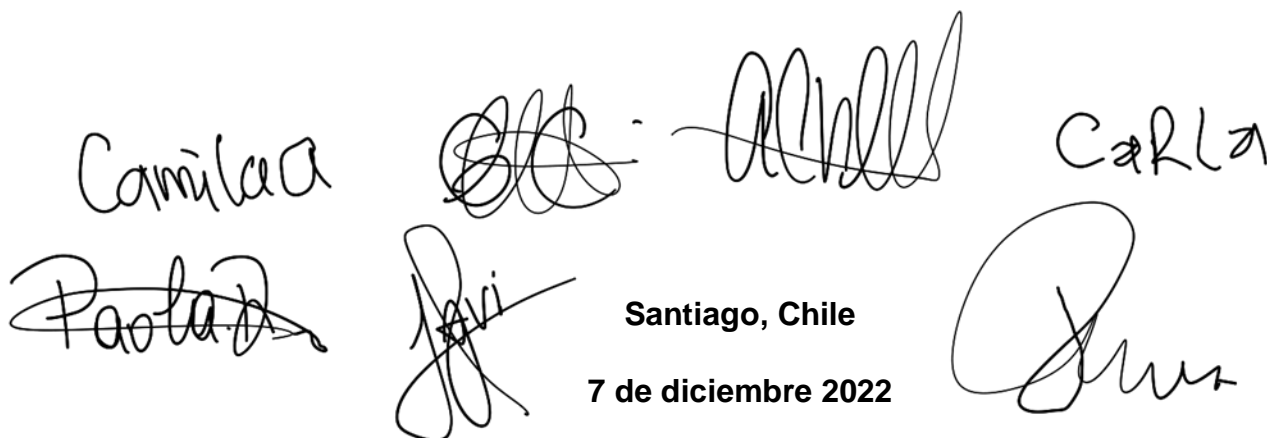
Javiera Valentina Salazar Contreras

Javiera Paz Verónica Vargas Becerra

© Camila Francisca Araya Gárate, Gabriela Paola Castro Casanova, Ayllyn Victoria Chávez Yévenes, Carla Eugenia Esther Guillón Sepúlveda, Paola Cecilia Ramírez Argüelles, Javiera Valentina Salazar Contreras, Javiera Paz Verónica Vargas Becerra.

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Camila
Paola
Paola
Santiago, Chile
7 de diciembre 2022
Carla

The image shows several handwritten signatures in black ink. On the left, there are three signatures: 'Camila', 'Paola', and another 'Paola'. In the center, there is a signature that appears to be 'Javi'. On the right, there is a signature that appears to be 'Carla'. The text 'Santiago, Chile' and '7 de diciembre 2022' is printed in the center of the page.

HOJA DE CALIFICACIÓN

En _____, el _____ de _____, de _____, los abajo firmantes dejan constancia que los alumnos Camila Francisca Araya Gárate, Gabriela Paola Castro Casanova, Ayllyn Victoria Chávez Yévenes, Carla Eugenia Esther Guillón Sepúlveda, Paola Cecilia Ramírez Argüelles, Javiera Valentina Salazar Contreras, Javiera Paz Verónica Vargas Becerra de la carrera de Obstetricia y Matonería han aprobado la tesis para optar al título de Licenciado en Obstetricia y Matonería, con una nota de:

Delia Indira Chiarello Peñaranda.

Felipe Calderón

Isabeau Mendez

(Nombre y firma profesor evaluador)

DEDICATORIA

Quiero dedicar este inmenso logro principalmente a mi mamá, Alejandra, mi compañera de vida y persona que más ha apoyado y acompañado durante mi vida, gracias por tu paciencia, tus consejos y los regalones cuando me iba bien en clases, a mi papá, Miguel, por su cariño, sus enseñanzas y por siempre tenerme en cuenta, a mis abuelos Leonor y Raúl por su infinito apoyo y amor cuando los he necesitado, a mis abuelos Alejandro y Gabriela por recibirme siempre en su casa cuando necesitaba despejar la mente de la universidad, a mi familia en general por alegrarse de mis logros y apoyarme en todo, y por último a mis queridas amigas, gracias por todo el amor que hemos compartido estos años, son el recuerdo más lindo que me deja esta experiencia, a todos, les quiero mucho.

Camila Araya Gárate.

Yo quisiera agradecer principalmente a mi abuela Rosa por ser mi pilar fundamental en la vida, por creer en mí, por apoyarme defenderme y cuidar de mí siempre, a mi abuela Paola y a mi madre por creer y confiar en mí, por su comprensión, por siempre confiar en mi e incentivarme a dar lo mejor, a mi hermana Valentina que es la luz de mi vida y mi motivación a seguir, a mis tíos por tanto, los amo mucho a todos, a mi hermosa amiga por ser parte de este camino que comenzamos juntas hace un tiempo, por la lealtad y los buenos momentos, quisiera también agradecer a nuestro equipo, que pese a las dificultades en el camino, no nos rendimos y nos esforzamos el doble y finalmente quiero agradecer, a mí, por persistir, por no rendirme, por siempre dar lo mejor de mí.

Gabriela Paola Casanova

Quiero agradecer este logro a mi familia que son un pilar fundamental en mi vida, a mi madre por su inmensa paciencia, su amor incondicional y por todo el apoyo que me entrega día a día. A mi padre por todo su amor y apoyo que me entrega a pesar de la distancia, a ambos por sus abrazos, palabras de ánimo y especialmente por sus lecciones que me han convertido en la persona que soy hoy en día y que me

hacen seguir adelante. Gracias a mis hermanos Víctor y Nector por siempre sacarme una sonrisa con sus locuras cuando más lo necesitaba. Agradecer a mis abuelos por la preocupación y el amor entregado siempre. A mi pareja por estar en las buenas y malas, por darme ánimos y no dejar que me rindiera. Y, por último, agradecer a mis amigas que han hecho de esta etapa una de las más increíbles, gracias por todos los momentos compartidos, por las risas, las locuras, y especialmente el cariño entregado. ¡A todos, Gracias!, los amo.

Aylynm Chávez Yévenes

Principalmente se la dedico a mi hija Renata ya que si ella no existiera quizás no le hubiera puesto tanto empeño por salir adelante, le agradezco por el esfuerzo que también ha tenido que hacer ella para que logre ser Matrona, por todas las veces que ella me tuvo que acompañar a mis clases después de sus jornadas del colegio, las veces que llovía, nos mojábamos y teníamos frío pero ella feliz me acompañaba, todos los cambios que hemos tenido que pasar, de casa, de colegio, por todas las veces que me ha tenido que soportar cuando estoy estresada y al borde del colapso. cuando veo su carita e imaginamos el futuro que podremos tener, también agradezco a mi madre Ángela por siempre apoyarme y creer en que puedo lograr cosas grandes, por ayudarme y apoyarme en mi cambio de sede, por recibirme nuevamente, por el inmenso amor a mi hija, por cuidarla mientras voy a clases o estudiar, y por toda la mucha paciencia. también dedico esta tesis a mi padre Ricardo por siempre enseñarme y empapararme de su sabiduría, por apoyarme en mi carrera y por mostrarme el amor y dedicación que él tiene hacia la obstetricia ya que fue lo que me llevó a estudiar esta hermosa carrera.

Carla Guillón Sepúlveda

Quisiera empezar agradeciendo por este logro a toda mi familia en general, por ser mi pilar fundamental y creer siempre en mí, incluso cuando yo no me creía capaz. Agradecer a mis padres, por siempre sacrificarse y entregarme tanto, a mis hermanos por ser un orgullo y ejemplo de superación para mí, a mis sobrinos por traermme alegría y mucho amor, a mis amigas por siempre sentir las conmigo,

motivándome a seguir adelante, aconsejando y apoyando cada vez que las necesitaba, en especial a mi mejor amiga. Agradecer también a mis mascotas, por alegrarme día a día, son mi luz y contención en mis momentos más difíciles. Por último, agradecerme a mí, por nunca rendirme y estar convirtiéndome poco a poco en la persona que siempre soñé. A todos, decirles que los amo mucho y soy muy feliz de tenerlos en mi vida. ¡Gracias!

Paola Ramírez Argüelles.

Quisiera agradecer a mi hermosa familia y mi hijo Facundo, que siempre están apoyándome y creyendo en mí, en especial a mis padres por haberme inculcado valores inmensamente importantes para desarrollarme de manera plena en toda mi vida universitaria, su esfuerzo de todos los días me hace apreciar aún más todas las oportunidades que se me han brindado y saber que el esfuerzo es la clave del éxito.

Javiera Salazar Contreras

Yo le dedico este logro a mi familia, a mis padres que día a día me dan ánimo para seguir adelante, que celebran cada uno de mis logros por más pequeño o grande que sea, esperando que sean eternos y que se sientan orgullosos de mí y de lo que he logrado en esta vida, y en especial a mi hija perruna que amo tanto. A la vero, al Maximo y a Rene que hacen de cada uno de mis días único e inigualable, por su apoyo incondicional, por las risas y por hacerme la madrina más feliz del mundo y por darme un motivo para vivir la vida.

Javiera Vargas Becerra

AGRADECIMIENTOS

Como grupo quisiéramos agradecer a todas las personas que aportaron en nuestra investigación, a nuestra tutora Delia Indira Chiarello Peñaranda por su apoyo, su gestión al momento de la recolección de datos y su compromiso con nuestro equipo,

Al profesor Sergio Jara Rosales por apoyo en este proceso y por guiarnos cuando era necesario.

También agradecer a las gestantes que respondieron la encuesta, ya que sin ellas no habría sido posible desarrollar nuestra investigación.

Agradecer finalmente al personal de CECOSF por responder todas nuestras dudas y permitirnos recabar más antecedentes para el desarrollo de esta tesis.

ÍNDICE GENERAL

HOJA DE CALIFICACIÓN	1
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS	5
ÍNDICE GENERAL	6
ÍNDICE DE FIGURAS.....	9
RESUMEN	10
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCION	14
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.	16
Justificación del problema.....	17
Área del problema.	19
Delimitación.....	19
Limitaciones.....	19
Estado del arte.	20
Pregunta de investigación.	21
OBJETIVOS	22
1.1 Objetivo general.....	22
1.2 Objetivos específicos.....	22
MARCO TEORICO	23
1.1 Estado nutricional.....	23
1.1.1 IMC o Índice de Quetelet.	23
1.1.2 Estado nutricional en gestantes.	23
1.2 Mal nutrición.....	24
1.3 Obesidad.....	24
1.4 Desnutrición.....	25
1.5 Obesidad gestacional.....	25
1.6 Hijo de madre obesa. (Obesidad en el embarazo y sus consecuencias en el recién nacido).....	26
1.7 Atención primaria en salud en Chile y el mundo.....	26
1.8 Centro de salud familiar en Chile.	27
1.9 Atención Primaria de la mujer en Chile y el mundo.....	27
1.10 Control preconcepcional en Chile.	28

1.11	Controles prenatales en Chile.	28
1.12	Controles de peso.	29
1.12.1	Determinantes sociales de la salud.	29
1.13	Embarazo y determinantes sociales de la salud.	30
1.14	Prevención primaria.	31
1.14.1	Prevención primaria y embarazo.	32
1.15	Prevención primaria y nutrición.	33
1.15.1	Programa nacional de alimentación complementaria (PNAC).	33
1.16	Barreras para la adopción de una nutrición saludable en Latinoamérica.	34
1.17	Facilitadores para la adopción de una nutrición saludable.	35
1.18	Adherencia a los programas de control de peso en Chile.	36
	METODOLOGIA	38
2	Metodología elegida.	38
2.1	Paradigmas y perspectivas filosóficas que la sustentan.	38
2.2	Diseño de la investigación.	39
2.2.1	Universo.	39
2.2.2	Población.	39
2.2.3	Perfil de la mujer.	39
2.3	Muestra.	40
2.3.1	Tipo de muestreo.	40
2.3.2	Unidad de análisis.	40
2.3.3	Unidad de Muestreo.	40
2.3.4	Tiempo.	40
2.4	Criterios de inclusión y exclusión.	40
2.4.1	Criterios de inclusión.	40
2.4.2	Criterios de exclusión.	41
2.5	Conceptualización y operacionalización de las variables.	41
2.6	Descripción de las técnicas e instrumentos.	43
2.6.1	Recolección de datos.	43
2.6.2	Procesamiento de la información.	45
2.6.3	Análisis de datos.	45
2.6.4	Resguardos ético.	45
2.6.5	Validación de instrumentos.	45

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	46
2.7 Exposición de análisis y resultados.....	46
2.7.1 Perfil de la mujer.....	46
2.8 Percepción de los profesionales respecto a las barreras y facilitadores.	57
2.9 Discusión de resultados.	63
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	67
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS.	74
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE TITULACIÓN	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Cuadro 1: Conceptualización y operacionalización de las variables.	41
Tabla 1: Perfil sociodemográfico y obstétrico	46
Gráfico 1: características sociodemográficas y obstétricas.....	50
Tabla 2: Visitas a la aplicación y página web de Chile crece contigo	51
Gráfico 2: Visita a la aplicación Chile crece contigo.....	52
Gráfico 3: Visita de la página web de Chile crece contigo.....	52
Tabla 3: Distribución porcentual de los aspectos que pueden influir en la decisión de aumentar o no el consumo de los alimentos.	53
Gráfico 4: Aspectos que pueden influir en la decisión de aumentar o no el consumo de alimentos.	54
Tabla 4: Respecto al cuidado de su peso durante el embarazo, usted mantendría dentro de lo recomendado si la matrona/ nutricionista se lo indica.	54
Gráfico 5: Cuidado del peso por recomendación del profesional.	55
Tabla 5: Respecto al cuidado de su peso durante el embarazo, usted se mantendría dentro de lo recomendado si le informan acerca de los efectos de la ganancia de peso en su salud/ salud de su hijo.	56

RESUMEN

Introducción: En Chile se crearon programas de alimentación nacional debido a la situación nutricional principalmente presente entre las mujeres gestantes, debemos considerar que las gestantes que se presenten bajo el peso adecuado pueden desencadenar una desnutrición fetal, que se puede presenciar bajo peso al nacer, riesgo de morbilidad neonatal e incluso restricción del crecimiento intrauterino. Según la OMS el indicador IMC se relaciona el peso con la talla de la persona y dependiendo de este resultado se clasifica y evalúa como enflaquecido, normopeso, sobrepeso y obesidad. Siendo esta última la que afecta a la gran mayoría de la población, entre las mujeres del 69% de las gestantes, un 37% tiene sobrepeso y un 32% presenta obesidad. Es por esta razón que se incorpora al control prenatal los controles de peso, con el fin de regular el estado nutricional de las gestantes.

Objetivo: Analizar las barreras y facilitadores de la adherencia de gestantes para asistir a los programas de control de peso en atención primaria en el año 2022.

Metodología: Se realizó un estudio mixto de tipo cualitativo y cuantitativo, en el que participaron 16 gestantes, aplicando un instrumento de recolección de datos basado en un cuestionario de 55 preguntas, que buscan responder aspectos en relación con las características obstétricas, sociodemográficos, hábitos alimenticios, antecedentes mórbidos, adherencia al control prenatal, conocimientos acerca de signos y síntomas de alarma. Los datos fueron procesados y tabulados por nuestro equipo, utilizando estadísticas descriptivas.

Resultados: El perfil encuestado corresponde a un 81,25% es de nacionalidad chilena, un 9,75% siendo nacionalidad extranjera, el 6,25% tiene educación media incompleta, un 56,25% tiene carrera universitaria completa; 56,25% es trabajadora dependiente, 25% dueña de casa y un 12,4% desempleada. Referente al IMC pregestacional el 18,75% se encuentra normal, 31,25% en sobrepeso y un 50%

obesidad; antecedentes en diagnósticos de patologías en embarazos previos 18,75% diabetes gestacional y 12,5% preeclampsia.

Conclusión: Es de suma importancia generar un esfuerzo como equipo multidisciplinario profesional, con el fin de disminuir los índices de desnutrición, sobrepeso y obesidad en nuestras gestantes, enfocándose en la prevención y promoción de buenos hábitos para salud entregando una atención integral y completa.

Palabras claves: (gestantes, control de peso, desnutrición, sobrepeso, obesidad).

ABSTRACT

Introduction: In Chile national feeding programs were created due to the nutritional situation mainly present among pregnant women, we must consider that pregnant women who present under adequate weight can trigger fetal malnutrition, which can be witnessed with low birth weight, risk of neonatal morbidity and even intrauterine growth restriction. According to the WHO, the BMI indicator relates the weight with the height of the person and depending on this result is classified and evaluated as underweight, normal weight, overweight and obesity. The latter is the one that affects the vast majority of the population, among women, of the 69% of pregnant women, 37% are overweight and 32% are obese. It is for this reason that weight controls are incorporated to prenatal control, in order to regulate the nutritional status of pregnant women.

Objective: To analyze the barriers and facilitators of adherence of pregnant women to attend weight control programs in primary health care in the year 2022.

Methodology: A mixed qualitative and quantitative study was carried out, in which 16 pregnant women participated, applying a data collection instrument based on a 55-question questionnaire, which seeks to answer aspects related to obstetric characteristics, sociodemographics, eating habits, morbid antecedents, adherence to prenatal care, knowledge about alarm signs and symptoms. Data was processed and tabulated by our team, using descriptive statistics.

Results: The surveyed profile corresponds to a 81,25% chilean citizens, a 9,75% foreign citizens, 6,25% has an incomplete secondary education, a 56,25% has a complete college career; 56,25% is a dependent worker, 25% is a housewife and a 12,4% is unemployed. Pertinent to the progestational IMC the 18,75% is normal, 31,25% is overweight and 50% is obese; background and diagnosis of pathologies in previous pregnancies 18,75% gestational diabetes and 12,5% preeclampsia.

Conclusion: It is of utmost importance to generate an effort as a professional multidisciplinary team, in order to reduce the rates of malnutrition, overweight and

obesity in our pregnant women, focusing on prevention and promotion of good health habits by providing comprehensive and complete care.

Key words: (pregnant women, weight control, malnutrition, overweight, obesity).

INTRODUCCION

Los controles de peso en las gestantes comenzaron a tener importancia en el control prenatal en la salud pública en el año 1954, con implementación el programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), debido a que la situación nutricional en Chile se encontraba en niveles bajos de carácter críticos, sobre todo en la población gestante, en base a estudios que demuestran la incidencia que tiene el peso del embarazo en el estado nutricional del recién nacido. (Ministerio de Salud., 2016).

El estado nutricional es el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales y secundariamente, de múltiples determinantes en un espacio dado, representado por factores físicos, biológicos, culturales, psico - socio - económicos y ambientales” (Figuroa, 2004)

Dentro de los estados nutricionales, por un lado, se presenta la malnutrición por bajo peso de las gestantes, estado que se define como “la falta de nutrientes, un peso insuficiente respecto a la talla debido a una alimentación deficiente” (Organizacion mundial de la salud., 2021.). Hay que considerar que las gestantes que se encuentran bajo el peso adecuado pueden generar que el feto presente desnutrición, bajo peso del feto al nacer y riesgo de morbilidad neonatal y materna e incluso restricción del crecimiento intrauterino. (Rodríguez & Ojeda, 2011.)

Por otro lado, está la obesidad, que la OMS define como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, el indicador IMC que relaciona el peso con la talla de la persona, se utiliza para evaluar el sobrepeso, el cual debe dar un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25, en obesidad debe dar un valor igual o superior a 30.” (Organizacion mundial de la salud., 2021.)

De igual manera, el último estudio de la organización para la cooperación y desarrollo económico (OECD), dice que el rango de obesidad de la población, en Chile, corresponde a un 34,4% al año 2016, este en comparación al año anterior, demostrando así un aumento de un 9,3%, ocupando el segundo lugar a nivel

mundial. Se ha demostrado en algunos estudios que las mujeres superan a los hombres en sobrepeso, y entre las mujeres, del 69% de las gestantes, un 37% tiene sobrepeso y un 32% obesidad.

En Chile y de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud, el incremento recomendado depende del IMC y el diagnóstico nutricional pregestacional. Por tanto, para una mujer bajo peso (IMC <18.5 kg/m²), se recomienda un incremento de peso entre 12 y 18 kg; para mujeres normopeso (IMC 18.5–24.9 kg/m²) el incremento recomendado es entre 10 y 13 kg; para mujeres sobrepeso (25 - 29.9 kg/m²) el incremento debe ser entre 7 y 10 kg; mientras que para las mujeres con obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) el incremento de peso recomendado durante el embarazo es entre 6 y 7 kg (Ministerio de Salud., 2015.), Este aumento de peso es por el bienestar de la gestante y del feto, ya que requiere de vitaminas y nutrientes fundamentales para esta etapa de crecimiento fetal; pero, aunque esté recomendado que la gestante aumente un cierto porcentaje de peso, el incremento excesivo de este, como la obesidad, es considerado uno de los riesgos obstétricos más frecuentes; el tener obesidad se asocia a “malformaciones congénitas, aborto recurrente, diabetes gestacional, hipertensión gestacional, preeclampsia, macrosomía fetal, cesárea, parto instrumental, tromboembolismo, infecciones puerperales, mortalidad materna y fetal” (Fárias M. , 2013.)

A raíz de todo lo mencionado anteriormente, es que se incorporan al control prenatal los controles de peso para las gestantes, con el fin de regular estas situaciones nutricionales que pueden presentar un factor de riesgo tanto para la gestante como para el futuro recién nacido. Es por esto, que nace la búsqueda de factores que inciden en la asistencia a controles de peso, generando la interrogante que da origen al estudio.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Formulación del problema.

La gestación se encuentra dentro de los periodos de la vida humana en los que existe un gran cambio en el estado nutricional, este es uno de los múltiples factores que influyen directamente sobre el desarrollo y crecimiento fetal, ya que es a través de los múltiples nutrientes que entrega la madre al feto se logra un correcto desarrollo en el embarazo.

Debido a esto es que la alimentación materna juega un papel fundamental en este proceso del ciclo vital, ya que, si la alimentación es incorrecta, puede haber un déficit en los nutrientes necesarios y estos, que serán pasados al feto, pueden ser escasos o excesivos, generando un desarrollo inadecuado

En Chile, se conoce que “las gestantes bajo control atendidas en el sistema público de salud presentan un 64,21% de malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), un 31,66% está con estado nutricional normal y 4,13% con bajo peso (Ministerio de salud,, 2017.). Esto es de suma importancia ya que afecta de manera directa el embarazo, teniendo repercusiones negativas sobre este. Entre las afecciones más frecuentes en la madre podemos encontrar; preeclampsia, síndromes hipertensivos, diabetes gestacional, desgarros vaginales, aborto recurrente (Fárias M. , 2013.), incluso puede afectar su salud con el desarrollo de patologías que se extienden más allá de la gestación, como lo son la hipertensión y la diabetes, teniendo que controlar estas enfermedades a lo largo de toda su vida; puesto que “la variable nutricional es modificable mediante una intervención oportuna, es imperativo el manejo adecuado de la embarazada con algún trastorno nutricional desde el inicio de la gestación y preferentemente para el grupo de las obesas y con sobrepeso, la intervención más efectiva sería en el período pregestacional” (Lagos, Espinoza, & Orellana, 2003.)

Por otro lado, en el recién nacido se pueden producir macrosomía fetal, distocia de posición, hipoglucemia, aumento de la incidencia de obesidad infantil y riesgo de morbilidad fetal o neonatal. (Soderlund, 2016)

Tradicionalmente, la educación nutricional se ha centrado exclusivamente en la entrega de conocimientos nutricionales como la cantidad de calorías en los alimentos o ejemplos de comida saludables versus comidas alta en grasa, etc., aunque, resulta insuficiente para producir un cambio en la conducta alimentaria de los individuos (Ritchie & King, 2008). Desde Chile Crece Contigo (ChCC) y Elige Vivir Sano (EVS), se han hecho grandes esfuerzos para entregar información sobre nutrición durante la gestación a través de talleres presenciales y medios digitales. Sin embargo, en el informe de evaluación de ChCC realizado en 2017 por el Ministerio de Desarrollo Social, se reporta que la cobertura de talleres en general es baja, en promedio solo el 23% de las gestantes asistió al menos a un taller en 2014; mientras que en 32 comunas no se reportó asistencia alguna a talleres (Ministerio de Desarrollo Social., 2017). Lo que se traduce en una baja adherencia al programa.

A la fecha no existen cifras respecto a los motivos de la baja adherencia de las gestantes a las actividades presenciales de programas de educación sobre autocuidados prenatales. En el año 2020 las actividades presenciales fueron muy limitadas debido a la pandemia del COVID-19. Sin embargo, no hay cifras respecto al uso de los recursos digitales como páginas web o la aplicación móvil de ChCC.

Justificación del problema.

El Ministerio de salud ha implementado programas debido a la preocupación por mejorar la atención, calidad y acceso a controles para las usuarias, con el objetivo de prevenir factores de riesgo que puedan afectar a las gestantes o por otro lado detectarlos a tiempo para dar una atención adecuada en el momento oportuno; uno de estos programas es el de “Chile crece contigo”, cuyo principal objetivo es “lograr un óptimo desarrollo integral de niños y niñas menores de 4 años” (Saavedra, 2015),

este programa se preocupa en relación a la madre y el niño mediante controles periódicos donde se evalúan su estado físico y nutricional.

Otro programa es “Elige vivir sano”, el cual tiene como objetivo “disminuir los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (dieta inadecuada, sobrepeso, obesidad y mala condición física) en lactantes, niños, niñas, adolescentes, adultos, embarazadas y mujeres post parto, de 6 meses a 64 años que sean beneficiarios de Fonasa.” (Ministerio de Desarrollo social y Familia, 2010). Chile ha sido pionero en el desarrollo de guías de peso, las cuales han sido adaptadas para diferentes países vecinos, pese a esto, no se ha podido revertir el aumento de peso progresivo y obesidad materna en el país. (Fárias M. , 2013.). Para analizar la importancia del factor nutricional se ha utilizado la talla y el peso materno, de forma separada o combinados como índices de la relación peso/talla, relación que se expresa como porcentaje de peso ideal o estándar (PPE). Desde 1987, en nuestro país para categorizar el estado nutricional materno se utiliza la tabla de Rosso-Mardones, la que utiliza el índice PPE y su objetivo primordial es identificar mujeres enflaquecidas (Lagos, Espinoza, & Orellana, 2003.). Es por esto que se debe obtener información para poder detectar y comprender cuales son los motivos de las usuarias para no asistir a sus controles nutricionales, enfocando sobre estos la promoción en salud, con el fin de tener resultados favorables en los estudios mencionados y también lograr que se eviten complicaciones.

Es relevante que las gestantes reconozcan la existencia de inconvenientes al momento de implementar un cambio en su estilo de vida durante la gestación, ya que, si no, puede haber presencia de complicaciones durante el embarazo, además de producir una carencia en el conocimiento y en el tipo de apoyo social brindado (Orozco, Pacheco, Arredondo, Torres, & Reséndiz, 2020.).

Área del problema.

Barreras y facilitadores de la adherencia de las gestantes a los programas de control de peso.

Delimitación.

- El área geográfica de investigación corresponde a la comuna de El Bosque, Ciudad de Santiago, Región Metropolitana
- Mujeres de más de 18 años que asisten a sus controles en el Cesfam Santa Laura de la comuna de El Bosque.
- Mujeres que iniciaron su gestación con un IMC en los valores normales, de obesidad y sobrepeso

Limitaciones.

- Falta de literatura sobre la adherencia a los programas de control de peso en gestantes.
- Falta de disposición de las embarazadas a responder la encuesta.
- Escasa disponibilidad horaria de los profesionales, matronas y nutricionistas, en el Cecosf para responder encuestas.

Estado del arte.

Barreras y facilitadores para una alimentación saludable y actividad física en mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad.

En una investigación de tipo cuantitativa longitudinal, se realizó una encuesta a mujeres embarazadas del país de México, la cual resaltó los siguientes resultados:

Las consideraciones económicas ocuparon un papel destacado. Estas barreras incluyeron aspectos de tiempo para preparar alimentos y el contar con recursos económicos para hacer las compras correspondientes. En el primer caso se reportaron situaciones en donde la preparación de alimentos tiende a ser demandante cuando la madre desempeña alguna actividad remunerativa o bien donde las preferencias alimenticias al seno del hogar comprometen su propia alimentación. Esta problemática fue más aguda en las entrevistadas que cursaron complicaciones durante el embarazo y en las que presentaron mayor sobrepeso durante el control prenatal.

La red social y los hábitos familiares pueden facilitar igualmente mejores oportunidades para lograr una alimentación saludable durante el embarazo y otras etapas de la vida. Desde la perspectiva de algunas informantes, la socialización y el apoyo familiar resultan significativos para poder desarrollar buenas prácticas alimenticias. (Orozco, Pacheco, Arredondo, Torres, & Reséndiz, 2020.)

Implementación de control de peso durante el embarazo y directrices sobre la obesidad: un metasíntesis de la asistencia alimentaria, barreras y facilitadores de profesionales que utilizan el marco teórico de dominios.

Esta investigación es una revisión bibliográfica sistemática, en la cual se busca identificar los determinantes del comportamiento de los profesionales de la salud en relación con la obesidad materna y los controles de peso. Se incluyeron 25 estudios de tipo cualitativos y cuantitativos.

La obesidad en el embarazo se ve aumentada y está a su vez trae consigo enfermedades que afectan directamente la salud de la madre, del niño o niña que

está por nacer. Pese a la existencia de diferentes guías enfocadas en la obesidad materna, su riesgo y prevención, solo difundirlas de manera pasiva no basta, es necesario que los profesionales de salud implementen medidas más activas para lograr los objetivos de las guías.

Se identificaron diversas barreras y facilitadores para la práctica como; habilidades, influencias sociales, motivación y contexto ambiental.

En general los profesionales de la salud consideraron significativamente importante la obesidad materna y tenían una buena disposición e interés para abordarla, pero muchos de ellos carecían de información formal sobre cómo abordar esta patología, siendo esta la mayor barrera. Donde la práctica de control de peso de los profesionales de la salud tuvo la mayoría de las barreras en comparación con cualquier otra área de atención materna.

La nutrición en la mayoría de los estudios es percibida como importante durante la gestación, sobre todo con los requerimientos nutricionales y vitaminas que se necesitan en esta etapa. La mayoría de los profesionales entregaban información sobre nutrición, las matronas orientan sobre la dieta que debe llevar cada mujer y se proporcionan folletos respecto a esta. Junto con esto la matrona educa sobre la suplementación de minerales y se realizan consejerías en buenos hábitos alimenticios. (Heslehurst, y otros, 2014)

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las barreras y facilitadores de la adherencia de las gestantes a los programas de control de peso en los centros de salud de la comuna de El Bosque en el año 2022?

OBJETIVOS

1.1 Objetivo general.

Analizar las barreras y facilitadores de la adherencia de gestantes para asistir a los programas de control de peso en atención primaria durante el año 2022.

1.2 Objetivos específicos.

- Identificar las barreras que condicionan la asistencia de las gestantes a sus controles nutricionales y a los programas de peso.
- Identificar los facilitadores que condicionan la asistencia de las gestantes a sus controles nutricionales y a los programas de control de peso.
- Conocer la percepción de los profesionales de la salud con respecto a las barreras que condicionan la asistencia de las mujeres en estado de gravidez a la consultas nutricionales y adherencia a los programas de control de peso.
- Conocer la percepción de los profesionales de la salud con respecto a los facilitadores que condicionan la asistencia de las mujeres en estado de gravidez a las consultas nutricionales y la adherencia a los programas de control de peso.

MARCO TEORICO

1.1 Estado nutricional.

Resulta del equilibrio y/o desequilibrio en el gasto energético y la cantidad de calorías que se consumen (Esparza, 2017). Es una forma de determinar el estado de salud, pero depende de muchos factores como lo son ambientales, genéticos y orgánicos, estos factores generan una ingesta insuficiente o excesiva de los nutrientes (Figueroa, 2004). Los sistemas de evaluación del estado nutricional utilizan diferentes métodos para definir las diferentes etapas de una malnutrición. La evaluación a través de mediciones antropométricas, se enmarcan en la antropometría nutricional, que es la medición de la variación de la dimensión física y la composición corporal en base a la edad. Las variables más empleadas para esta medición son el peso y la estatura (Monterrey & Porrata, 2001).

1.1.1 IMC o Índice de Quetelet.

Es uno de los métodos de evaluación de masa corporal, se define como peso dividido por la estatura al cuadrado. El IMC tiene una gran correlación con el peso y es independiente de la altura, el resultado de este ejercicio es un reflejo de las reservas corporales de energía. Sus valores van desde menor a 16 hasta más de 40, siendo el menor número desnutrición en tercer grado y el mayor número sobrepeso en tercer grado (Monterrey & Porrata, 2001)

1.1.2 Estado nutricional en gestantes.

La gestación es una de las etapas más vulnerables en la salud pública. La mortalidad y morbilidad materna son problemas que se asocian a situaciones complejas como la alimentaria y nutricional, determinadas por el incremento de calorías que necesita la gestante para mantener sus procesos vitales y los del feto. El déficit nutricional, el bajo peso pregestacional y la inadecuada ganancia de peso incrementa el riesgo de insuficiencia cardíaca, parto prematuro, defectos del tubo neural y bajo peso al nacer (Restrepo, Mancilla, Parra, Manjarrés, & Zapata, 2010).

En este grupo el IMC varía, siendo menor a 18,5 el número para bajo peso y más de 30 el número para obesidad; ya que valorar el estado nutricional de la gestante es de mayor dificultad debido a que el peso incrementa de manera gradual en función a las semanas de gestación (Pajuelo, 2014)

1.2 Mal nutrición.

Se define como los desequilibrios de ingesta calórica, ya sea por exceso o déficit de estos. En cualquiera de sus formas, presenta riesgos relevantes para la salud de la población humana. Generalmente la malnutrición por carencias de nutrientes se da en países de ingresos bajos y/o medianos ingresos. Por otro lado, la malnutrición por exceso se desencadena en países en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud, 2021)

Las estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), hacen hincapié en la subalimentación, pero el estado nutricional de una persona puede verse afectado no solo por la falta de alimentación, sino también por diferentes enfermedades, mal saneamiento y otros factores que impiden que las personas obtengan un beneficio nutricional completo de los alimentos que ingieren (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Es la causa más importante de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo. Está asociada a 50% de todas las muertes de niños menores de 5 años, siendo un grave problema en países de ingresos bajos, debido a múltiples variables que afectan la alimentación (Hernández, Rodríguez, & Giménes, 2017).

1.3 Obesidad.

La obesidad se define como el aumento o acumulación de grasa corporal que puede llegar a ser perjudicial para la salud, desde el año 1980 se ha duplicado el aumento de esta enfermedad a nivel mundial según la OMS, en Chile existe una prevalencia en el aumento de la obesidad, afectando a toda la población sin importar el rango etario. Esta es una enfermedad crónica de alta prevalencia en Chile que ha evolucionado de forma alarmante, teniendo consecuencias físicas, psíquicas y sociales. Junto con el sobrepeso, la obesidad constituye un importante factor de

riesgo de defunción, siendo responsables de alrededor de 3 millones de personas al año (Moreno, 2012).

La causa principal de la obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas, sumado a una alimentación alta en alimentos ricos en grasas, sal y azúcar, pero pobre de vitaminas, minerales y otros micronutrientes; y a esto se le suma también la falta de actividad física o estilo de vida sedentaria. La obesidad es considerada un factor de riesgo para enfermedades no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y algunos cánceres como el de endometrio, mama y colon (Moreno, 2012).

1.4 Desnutrición.

La desnutrición se explica como la carencia de micronutrientes, se subdivide en cuatro tipos, la emaciación, que es la insuficiencia de peso respecto a la talla, en donde se presenta una pérdida de peso de manera reciente, ya sea por falta de alimentación o debido a alguna enfermedad presentada que interfiera en la pérdida de peso, otro tipo sería el retraso del crecimiento, que es la talla insuficiente con respecto a la edad, generalmente se presenta debido a una desnutrición recurrente o crónica, la insuficiencia ponderal es aquella en donde el peso es insuficiente para la edad, por otro lado también existe la falta de vitaminas y minerales, como el yodo, vitamina A y el Hierro lo que afecta directamente en el desarrollo de la población, en particular a los niños y embarazadas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

1.5 Obesidad gestacional.

La obesidad gestacional se presenta como una enfermedad crónica y de las más comunes en mujeres en su edad reproductiva, por lo que, al momento de presentarse una gestación, ésta debe ser manejada desde un principio, ya que la mujer debe estar en las mejores condiciones físicas y mentales para lograr así una gesta apropiada. En este caso, se debe considerar la posibilidad de que los embarazos se vuelven complicados y puedan derivar en diabetes gestacional, preeclampsia, partos prematuros, cesáreas, algún tipo de infección o hemorragias. Además de existir la probabilidad de que se puedan presentar malformaciones congénitas, distocia de hombros, macrosomía, o en el peor caso, muerte fetal. Es

por esto que se debe tener en cuenta que, durante los controles prenatales, siempre se debe manejar en equipo esta situación, junto con distintos profesionales, incluyendo nutricionista y/o endocrinólogo (Pacheco, 2017).

1.6 Hijo de madre obesa. (Obesidad en el embarazo y sus consecuencias en el recién nacido).

La obesidad en el embarazo además de afectar directamente en la gestación y el desarrollo de esta, también puede generar complicaciones o consecuencias en el recién nacido, como partos prematuros, o que al momento de nacer el recién nacido tenga un peso mayor al promedio, lo que sería una macrosomía fetal, existe también la posibilidad de riesgo de mortalidad neonatal en donde este riesgo se duplica en gestaciones con obesidad, por otro lado también puede tener una incidencia en el sobrepeso en los primeros años de vida (Aguilar, Baena, & Sánchez, 2016)

1.7 Atención primaria en salud en Chile y el mundo.

Para la OMS la atención primaria en salud (APS) está comprendida por tres componentes que están interrelacionados y sinérgicos: servicios de salud coordinados y completos, en los que se encuentran como pieza central, la atención primaria, las funciones y bienes de salud pública; acciones y políticas de carácter multisectorial y el diálogo con personas, familias y comunidades para aumentar la participación social (Organización mundial de la salud, 2021).

La atención primaria en salud es la atención que ofrecen todos los centros de salud a sus comunas correspondientes y esta atención es la entrada al sistema público de salud. La atención primaria es un sistema que fomenta la responsabilidad personal y colectiva, la participación del individuo, su familia y la comunidad. (Ministerio de salud, 2022)

La atención primaria se realiza u obtiene en los consultorios o postas urbanas y/o rurales, y sus acciones son promoción de la salud, quiere decir, enseñar autocuidado, prevención de las enfermedades mediante controles de salud, vacunas,

entrega de apoyo y alimentación a embarazadas; también se enfoca en el tratamiento de enfermedad crónicas, cuidados y visitas de usuarios postrados y entrega de implementos como lo son los lentes ópticos , audífonos auditivos; y de la rehabilitación además del tratamiento de personas con secuelas de enfermedades (Ministerio de salud, 2022) Incluye además muchos programas de ayuda a la población.

1.8 Centro de salud familiar en Chile.

Estos establecimientos proporcionan cuidados básicos de salud en base a la promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud de manera ambulatoria. En estos centros se trabaja bajo un modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, da importancia a la participación ciudadana, con un equipo de cabecera que atiende a toda la familia durante todo el ciclo vital. (Ministerio de Salud, 2019)

1.9 Atención Primaria de la mujer en Chile y el mundo.

La atención a la mujer en el área obstétrico - ginecológica es una parte sustancial de la atención primaria, aquí a la mujer se le presta atención en lo que se considera nivel primaria y se le ofrece apoyo biopsicosocial, continuidad y longitudinalidad en la asistencia, actividades de prevención primaria y atención integral. También se le atiende en sus controles de embarazo fisiológico, planificación familiar, climaterio y menopausia, diagnósticos de cáncer y consejerías en salud sexual y reproductiva (Bailón, Delgado, Arribas, & Melguizo, 1996).

Durante todo su ciclo vital la atención a la mujer es de vital importancia para la prevención y detección de las principales enfermedades que le afectan, para así buscar disminuir su morbilidad y mortalidad, siendo las mujeres en edad fértil o menopáusicas las que más buscan ayuda médica, por lo que es primordial identificar y controlar los factores de riesgos de la enfermedad a través de métodos de detección y tratamiento que deben practicarse de manera preventiva para

pesquisar estas afecciones a tiempo y conseguir los mejores resultados posibles (Coronel, 2006).

Existe un programa llamado programa de Salud de la mujer, el cual tiene distintos objetivos pero que tienen en común la finalidad de resguardar y fomentar las buenas condiciones de salud de la población femenina en las diferentes etapas del ciclo vital, incluyendo entre estas el proceso reproductivo. En el cual se entrega una atención dietética o dieto terapéutica a embarazadas y puérperas con alteraciones fisiopatológicas o nutricionales, para así modificar o reforzar su alimentación. Cumpliendo con el objetivo de entregar una atención adecuada a cada situación que presente una embarazada o puérpera y así lograr elevar su nivel de salud (Ministerio de salud, 1997.).

1.10 Control preconcepcional en Chile.

Estos se realizan con el objetivo de tener una evaluación diagnóstica al momento de decidir un embarazo. Se evalúan los antecedentes de la pareja para detectar factores de riesgo y patologías, además de evaluar hábitos que pueden ser nocivos y podrían ser modificados o eliminados. También en este control se deben entregar las indicaciones y educación sobre alimentación, situaciones de riesgo y consejos para un control prenatal precoz. También se da la indicación de iniciar con ácido fólico profiláctico (Ministerio de Salud., 2015.)

1.11 Controles prenatales en Chile.

Los controles prenatales en Chile, se llevan a cabo desde el comienzo del embarazo, es decir, en el momento en que la mujer se da cuenta de que está embarazada, puede ir a su centro de salud y pedir una hora con el profesional, para asistir a su primer control, el cual sería un control de ingreso, donde este se enfoca principalmente en conocer a la gestante, sus antecedentes o historial clínico, su entorno y su red de apoyo, además de poder guiar y educar en todos los aspectos que sean necesarios, debemos recalcar que es de suma importancia, que asistan a

todos sus controles prenatales, idealmente acompañada, ya sea de su pareja/ padre del bebe, estos controles permiten proteger la salud de la madre y de también detectar posibles complicaciones a tiempo (Ministerio de desarrollo social, 2009).

1.12 Controles de peso.

En cada control prenatal se realizara una evaluación nutricional en donde se medirá peso y talla, para evaluar el incremento o la disminución de este en la gestante, determinando el IMC, también es necesario saber y debemos tener en cuenta el peso pregestacional ya que con este dato se clasifica en: bajo peso- normo peso - sobrepeso - obesidad, para así poder saber cuánto es el peso que se deberá ir aumentando en los próximos controles, calculando el porcentaje y aumento necesario para cada embarazada (Ministerio de salud, 2014) .

1.12.1 Determinantes sociales de la salud.

Son condiciones de carácter social, como acceso a salud y educación, trabajo, vivienda, entorno social y comunitario, contexto político y cultural, que tienen un impacto en la salud de las personas.

Estos factores van a influir en la calidad de vida de las personas, en su salud y bienestar, al trabajar con estos determinantes y enfocar la salud pública en ir mejorando estos factores va a mejorar considerablemente la calidad de vida de las personas, ya que como sabemos el contexto en el que crecemos, vivimos y nos desarrollamos, va a influir en la persona que seamos, ya que somos seres dinámicos e integrales. Un ejemplo de esto sería el acceso a la educación, si hay acceso a la educación las personas se encuentran más informadas y empoderadas de su situación pudiendo exigir derechos y deberes, empoderándose en su salud y bienestar, en cambio una persona sin acceso a la educación esto no será de la misma manera, ya que puede no saber a qué tiene derechos y por ejemplo no sabrá cómo reconocer cuándo ir al médico, pudiendo afectar su calidad de vida (Departamento de salud y servicios Humanos de EE.UU., 2022)

Es por estos factores que van aumentando exponencialmente a nivel mundial que la Organización Mundial De La Salud (OMS) en el año 2005 ordenó la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de reunir evidencia científica para crear un movimiento global por la equidad en salud. El resumen final de esta ratifica tres ejes de acciones a saber: 1. Mejorar las condiciones de vida, 2. Luchar contra la distribución desigual de poder, el dinero y los recursos, y; 3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar las intervenciones, por lo que los gobiernos deben tener como objetivo la evaluación y seguimiento de los Determinantes de la Salud.

En el año 2008 el Ministerio de Salud de Chile creó la Secretaría técnica de Determinantes Sociales de Salud, la que estuvo en funcionamiento hasta el año 2010 y que tenía como finalidad promover la iniciativa “13 pasos hacia la equidad en salud en Chile”, la cual se enfoca en grupos específicos de la población.

También existe el sistema de protección social que está dirigido a familias en situación de pobreza, el cual cuenta con apoyo psicosocial, subsidios monetarios y acceso preferente a programas sociales y al programa Chile Crece Contigo.

Un reto importante que debe enfrentar Chile es superar la alta desigualdad en la distribución de los ingresos, ya que existe mayor aseguramiento monetario privado en comparación con el aseguramiento monetario público (Frenz, 2005)

1.13 Embarazo y determinantes sociales de la salud.

Si bien se sabe de la importancia de los controles prenatales para identificar los factores de riesgo y a su vez incentivar un embarazo con una mayor calidad de vida, tanto para las mujeres gestantes y su entorno, un estudio realizado en Ecuador se grafica que el 89% de las gestantes se sometieron solo a un control prenatal y el 70% asistió a un control después de su parto (Calle, Acuña, & Ríos, 2017). En estudios anteriores se pudo evidenciar la baja captación de embarazadas y puérperas de las provincias de Orellana y Sucumbíos principalmente, que presentan Determinantes Sociales de la Salud relacionadas con la pobreza, barreras culturales, entre otras que impiden el acceso a los servicios de salud (Piña, 2020).

El embarazo es un periodo de mayor vulnerabilidad biopsicosocial para la mujer, ya que requiere de mayor demanda fisiológica y los factores de riesgo biopsicosocial durante la gestación pueden aumentar la prevalencia de malestares físicos, emocionales, conductas de riesgo, maltrato y enfermedades crónicas.

Se pueden distinguir los determinantes intermedios, en el que podemos encontrar factores Biológicos, que abarcan la actividad física, nutrición, consumo de tabaco o drogas. Una situación de riesgo sería una adolescente menor a 18 años y alguna embarazada con una enfermedad física grave. También contiene los factores Socio - Culturales, el cual se basa principalmente en las relaciones con las demás personas y situación socioeconómica, por ejemplo, si sufre de violencia intrafamiliar, abuso sexual, aislamiento social, si es mujer sostenedora y si tiene algún nivel de pobreza.

Otro determinante importante es el Ambiental, en el cual se puede ratificar el acceso a servicios básicos, acceso a áreas verdes, mala calidad de la vivienda y exposición a agentes tóxicos ambientales. Se deben tener claros los factores de riesgo y factores protectores, para evaluar los Determinantes Sociales de la Salud que generen desigualdades en el desarrollo social del niño o niña antes de nacer para poder intervenir, minimizarlos para reducir el impacto y con ello disminuir las inequidades sociales a futuro (Organización Panamericana de la salud, 2012).

1.14 Prevención primaria.

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia, abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de una enfermedad, sino también a la reducción de los factores de riesgo, detener el avance y atenuar las consecuencias de esta si se llegase a producir. También se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud, pero la prevención se define como una actividad distinta, es una acción que emana del sector sanitario y considera a los individuos y poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo (Organización Mundial de la Salud, 1998).

En este primer nivel de prevención cuyo objetivo es evitar la incidencia de nuevo casos en alguna patología o disminuir estas cifras, donde se realizan acciones y/o actividades promocionando la salud y sus buenos hábitos, en la población, comunidades, grupos familiares, para poder detectar factores de riesgo, con el fin de disminuir la incidencia de estos en la población. Por medio de estas acciones de prevención primaria, se busca lograr una mejoría en la calidad de vida (Quintero, Fe de la Mella, & Gomez, 2017)

Sabemos que existen factores predisponentes o de riesgo para desarrollar alguna patología gracias a los avances científicos, debido a esto podemos enfocar la prevención en etapas tempranas como puede ser antes de que aparezcan las patologías, gracias a esta información se creó la estrategia de prevención primaria. (Vignolio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011)

1.14.1 Prevención primaria y embarazo.

El objetivo de la prevención primaria es evitar la aparición de alguna patología, y en el embarazo esto es de mucha importancia, ya que se pueden presentar algunas patologías durante la gestación, de las cuales podrían evitarse o darle tratamiento a tiempo, con la información suficiente obtenida de los controles prenatales, podemos identificar factores de riesgo, antecedentes mórbidos, factores psicosociales, ambientales, que afectan el desarrollo de la gestación y que podrían llegar a producir alguna patología y/o complicación para el embarazo (Vignolio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011).

Como sabemos el MINSAL recomienda hacer controles preconceptionales, para antes que ocurra la gestación con el fin de pesquisar factores de riesgo en la madre que puedan producir alguna patología o complicaciones durante el embarazo y tratarlas esto se realiza mediante una anamnesis dirigida o enfocada en factores de riesgo y completando con exámenes de rutina. También en los controles prenatales se hace un seguimiento riguroso al peso de cada gestante entre cada control, para así conocer si el incremento de peso entre un control y otro está dentro de lo recomendado, esto según su requerimiento nutricional y recomendación según

peso de la guía perinatal. Además, a todos las gestantes se les deriva a nutricionista para que puedan controlar este aumento de peso fisiológico con ayuda y asesoría, en un ambiente de equilibrio y control (Ministerio de Salud., 2015.).

1.15 Prevención primaria y nutrición.

La prevención de enfermedades como la obesidad y otras enfermedades no transmisibles ha desencadenado una serie de estrategias públicas a nivel país para mejorar el estado nutricional de las personas. El Ministerio de Salud de Chile desarrolló programas enfocados en ciclos vitales específicos para un desarrollo y crecimiento saludable del niño desde la gestación, estos programas son dinámicos y se tienen que ir adaptando a las diferentes realidades a nivel país (Ministerio de salud, 2011).

1.15.1 Programa nacional de alimentación complementaria (PNAC).

Es un programa universal que contempla una serie de actividades de apoyo nutricional preventivo para niños menores de 6 años, que al nacer presentaron un peso menor de 1.500 gramos y/o nacieron antes de las 32 semanas de gestación, niños y adolescentes con enfermedades metabólicas, gestantes y madres que amamantan. Este consta de la entrega de alimentos complementarios que son adecuados para la edad y estado nutricional (Durán, y otros, 2017).

Se divide en subprogramas; PNAC Básico, que contempla niños/as, gestantes y madres que amamantan que presentan un estado nutricional normal, sobrepeso u obesidad. También existe el subprograma PNAC Refuerzo, que contempla niños/as que presentan desnutrición o tienen un riesgo mayor de presentarla, gestantes con bajo peso y madres que amamantan con estado nutricional de bajo peso. Los alimentos que se distribuyen en estos subprogramas son la Leche Purita Fortificada, Purita Cereal y Purita Mamá. Conjuntamente existe PNAC Prematuros, que va dirigido a recién nacidos con peso menor de 1.500 gramos y/o menos de 32 semanas de gestación, donde se distribuyen productos lácteos especiales para la condición biológica de estos niños y niñas. A las madres de estos recién nacidos se les entregan bebidas lácteas de Purita Mamá (Ministerio de salud, 2011).

1.16 Barreras para la adopción de una nutrición saludable en Latinoamérica.

A nivel prevención primaria la nutrición es un factor de riesgo modificable durante la gestación (Hashmi, y otros, 2018). Gran parte de la literatura cuantitativa sugiere que la clave para tener un embarazo saludable y la prevención primaria de las complicaciones materno-fetales es establecer conductas dietéticas saludables (Grenier, y otros, 2019). Aun cuando muchas mujeres son conscientes de la importancia de una alimentación saludable durante el embarazo, la falta de conocimientos de autocuidado nutricional representa una barrera significativa para el control de peso durante esta etapa (Kavle & Landry, 2017). Si bien en Chile no existen datos respecto a las barreras percibidas por las gestantes para adoptar conductas alimentarias saludables durante la gestación; a nivel internacional se ha reportado que el desconocimiento de aspectos como la cantidad de peso que pueden aumentar durante el embarazo, las recomendaciones dietéticas específicas para la gestación o los efectos perjudiciales de la excesiva ganancia de peso gestacional en la salud de la madre y la de su hijo en desarrollo, es la barrera más importante para el mantenimiento del peso (Forbes, Graham, Berglund, & Bell, 2018)

Un estudio hecho en Colombia relacionado con la Identificación de barreras a las políticas de nutrición y alimentación en Colombia, refiere que las limitaciones de estos programas se relacionan, con falta de mecanismos de vigilancia y evaluación de estas políticas, esto es consecuencia de la disminución del presupuesto destinado a evaluar los programas de salud pública, de la ausencia de indicadores que midan el efecto de estos y del escaso desarrollo metodológico (Ortiz, Ruiz, & Gascón, 2003).

Por otro lado, un estudio realizado por la Facultad de ciencias médicas de la universidad César Vallejo de Perú, da a conocer las barreras de la alimentación saludable y su relación con el estado nutricional, teniendo en cuenta que la situación estudiada no solo ocurre en Perú sino en otros países de Latinoamérica como Chile, esto respaldado por algunos estudios realizados. Se identificaron como barreras

para la compra de alimentos sanos a la baja disponibilidad, el aroma y el sabor, pero además de ellos también el alto precio de los mismos, además se identifican como barreras para la alimentación saludable el costo, la falta de disciplina y la nula influencia familiar (Cornejo, 2016).

Esto tiene como consecuencias que las familias y sus integrantes consuman alimentos que tengan un costo más bajo o accesible para sus bolsillos y acorde a sus sueldos, que comúnmente en Chile no son tan altos, además de que se prioriza el pago de deudas antes que de comida saludable por lo que al momento de ir al supermercado se eligen los productos más económicos como lo serían el arroz, tallarines, pan, papas fritas, etc. abarcando la gran mayoría alimentos con altos porcentajes de grasas saturadas (Cornejo, 2016)

1.17 Facilitadores para la adopción de una nutrición saludable.

La adopción de buenos hábitos alimenticios desde temprana edad no recae únicamente en la promoción de la salud que desarrollan los organismos gubernamentales, sino que también es una tarea de los padres en el hogar, los cuales deben ser complementados con la educación recibida en la escuela y en otros medios de desarrollo. La educación alimentaria nutricional es esencial para que las personas puedan tomar decisiones de manera informada y actuar en beneficio de su propia salud. Es por eso, que se debe evaluar la adquisición de habilidades para la buena toma de decisiones en base a estos conocimientos y así mejorar la salud (Muñoz, 2017)

En un estudio realizado en México, donde se buscó correlacionar la educación nutricional con el nivel socioeconómico de las personas, pudo evidenciarse que familias de bajos niveles socioeconómicos tienen una alimentación que provee escasos suplementos energéticos; como la vitamina B2, hierro y proteínas. Por el contrario, las clases sociales altas y de clase media presentan dietas diversas, elaboradas y tienen alimentos de todos los grupos. Existen diversos programas nacionales para potenciar el estado nutricional de los habitantes de México, modificando de manera paulatina los hábitos alimenticios, incorporando nuevos alimentos a la dieta cotidiana. Pese a los esfuerzos realizados por las instituciones

nacionales, se debe tener en cuenta que la alimentación del ser humano está sujeta a determinantes biológicos y cada persona es vulnerable a recibir información errónea sobre la alimentación adecuada y puede ser alejada de lo deseable (Rivera, 2007).

Es por lo mencionado anteriormente que debe existir una educación en la correcta selección de alimentos, manipulación, identificación de los grupos de estos, variedad que debe contener cada platillo, uso de cantidades y porciones. También se debe tener en cuenta el presupuesto y la biodisponibilidad de cada uno de ellos. Al educarse, las personas pueden seleccionar de buena manera los alimentos y cómo prepararlos, favoreciendo a su vez la promoción de buenos hábitos alimenticios que protejan la salud de ellas mismas. Para que las personas mantengan los buenos hábitos alimenticios se tienen que crear diversas estrategias que favorezcan y saquen los mejores sabores de los alimentos, siempre contemplando la sustentabilidad económica de cada persona, promoviendo el menor impacto ecológico posible y cultura alimentaria de cada una de las personas (Muñoz, 2017).

1.18 Adherencia a los programas de control de peso en Chile.

Los programas realizados por el gobierno enfocados en el control de peso, cada determinado tiempo realiza un informe en el cual se evalúan los resultados de este, el cumplimiento de las metas, los porcentajes de adherencias al mismo, etc. El informe presentado mediante un análisis estadístico busca medir y/o evaluar, cual es la adherencia a los programas de control de peso en gestantes, definiendo los indicadores que serán analizados para comprender de mejor manera aquellas circunstancias o situaciones que se comportan como barreras o facilitadores, para evaluar la eficiencia del programa, debe existir un mecanismo que permita verificar estos mismos, su implementación y nivel de impacto en las usuarias, se debe tener en consideración la escasez de estos instrumentos de evaluación, lo que limitará los resultados y se verá reflejado en estas mediciones (Atalah, y otros, 2013)

Las gestantes que participan de manera activa en sus controles prenatales, generalmente tienen una mejor adherencia a los programas complementarios, talleres, charlas educativas, lo que es muy relevante en el desarrollo de estos

informes evaluativos, por otro lado aún sigue siendo muy baja la asistencia a estos programas, el objetivo de ir mejorando el acceso a la educación e información, para obtener resultados que se verán reflejados a largo plazo, principalmente la asistencia activa a los programas nacionales (Atalah, y otros, 2013).

Considerando la complejidad de los programa nacionales, se debe tener presente que se necesita tener un mayor plazo para una mejor implementación de los programas en los servicios de salud, con el fin de tener un impacto positivo en todos los usuarios beneficiados por estos programas y de generar futuras estrategias para mejoras tanto en los programas como en los resultados de la evaluación de estos (Ministerio de planificación, 2011) .

METODOLOGIA

2 Metodología elegida.

El tipo de estudio que realizaremos es mixto, ya que, por una parte, es cuantitativo, en donde se analizaron variables objetivas con datos obtenidos de la encuesta respondidas por las gestantes, por otro lado, también se midieron caracteres cualitativos percibidos por los profesionales de la salud que realizan los controles de peso principalmente nutricionista y matronas.

2.1 Paradigmas y perspectivas filosóficas que la sustentan.

Es importante en el inicio de un proyecto de investigación conocer y situarse en un paradigma que va a guiar el proceso investigativo, Esto según Guba y Lincoln (Guba & Lincoln, 1994)

Durante la gestación se producen diversas etapas, en donde ocurren grandes cambios, ya sean emocionales, físicos, personales y/o familiares. Cada embarazo es una experiencia única, independiente del número de la gestación actual. El modelo ecológico, de la teoría de BRONFERNBRENNER (Sandoval, 2015), el cual utilizamos, analiza a nivel individual, nivel de comunidad, nivel social y a nivel de las relaciones, los intervinientes que influyen en los comportamientos el cual repercute y da a conocer todas las redes de apoyo e instituciones que deben velar por el bienestar materno-fetal. Respecto a la información entregada a la usuaria debe ser clara, precisa y concisa, es deber del profesional aclarar dudas y comprobar que la información entregada sea comprendida.

La educación prenatal es una base muy importante, fundamental para el cuidado y desarrollo del embarazo con el fin de obtener una gestación saludable, el programa Chile Crece Contigo es la primera instancia de acercamiento, de acceso a la información, cuidado y prevención de patologías en el embarazo, con el fin de disminuir el riesgo de que estas patologías puedan afectar al recién nacido. En algunos casos, la preeclampsia o hipertensión gestacional pueden desencadenar un parto prematuro, lo que conlleva un riesgo mayor para el recién nacido por la inmadurez de sus sistemas.

2.2 Diseño de la investigación

El diseño de investigación es cuantitativo transeccional descriptivo, debido a que se analizan los resultados de la encuesta realizada y la incidencia de estos, además de ser transversal ya que se establece en un momento en particular en el tiempo.

2.2.1 Universo.

Compuesto por gestantes integradas en el programa prenatal del Centro comunitario de salud Familiar; Santa Laura, de la comuna de El Bosque.

2.2.2 Población.

Mujeres gestantes mayores de 18 de edad, que asisten a control en el Centro de salud Familiar; Santa Laura, la comuna de El Bosque.

2.2.3 Perfil de la mujer.

La población de estudio corresponde a mujeres gestantes en edad fértil, mayores de 18 años con más de 7 semanas de gestación, estén cursando un embarazo único; pertenecientes al Centro de salud Familiar; Santa Laura, de la comuna de El Bosque ubicada en la Región Metropolitana, correspondiente a la provincia de Santiago.

La comuna cuenta con seis Centros de Salud Familiar (CESFAMS), y cuatro centros de atención de urgencias ubicados estratégicamente dentro de la comuna, con una población inscrita al año 2017 de 171.720 personas y 148.759 personas pertenecientes al Fondo Nacional de Salud (FONASA) al año 2017.

Por otra parte, en el año 2017 la Comuna de El Bosque cuenta con 73 establecimientos particulares subvencionados, 21 establecimientos de educación municipal y 2 establecimientos particulares.

Según el Censo del año 2017 realizado por el INE, las proyecciones al año 2021 en Chile demostraban que habría una población de 19.678.363 personas, de las cuales 171.789 personas pertenecerán a la comuna de El Bosque, de esto a nivel país 9.969.851 serán mujeres y 86.840 mujeres pertenecerán a la comuna de El Bosque. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile., 2021)

2.3 Muestra.

La muestra está compuesta por 16 embarazadas mayores de 18 años de edad. Este total de la muestra cumple con los criterios de inclusión para realizar este estudio.

2.3.1 Tipo de muestreo.

Muestreo no probabilístico por conveniencia, técnica donde las muestras se seleccionan solo porque están convenientemente disponibles para el investigador y porque este no consideró seleccionar una muestra que represente a toda la población. En este estudio las mujeres gestantes se ubicaban en sus hogares y respondieron la encuesta voluntariamente mediante un link de WhatsApp, en modo anónimo, confidencial y éticamente correcto.

2.3.2 Unidad de análisis.

Establecidos por mujeres mayores a 18 años de edad gestantes inscritas en el Centro de salud familiar, Santa Laura.

2.3.3 Unidad de Muestreo.

Mujeres embarazadas que cumplan los criterios de inclusión pertenecientes al Centro de salud Familiar; Santa Laura de la comuna de El Bosque.

2.3.4 Tiempo.

La investigación se realizará durante el segundo semestre del año 2022.

2.4 Criterios de inclusión y exclusión.

2.4.1 Criterios de inclusión.

- Mujeres gestantes mayores de 18 años de edad que reciben atención en el Cesfam Santa Laura de la comuna de El Bosque.
- Gestantes con edad gestacional mayor o igual a 7 semanas de gestación.
- Gestantes con embarazo único.
- Mujeres chilenas o inmigrantes que hablen español.

- Gestantes que cuenten con un dispositivo móvil que permita la comunicación vía aplicación WhatsApp.
- Gestantes que acepten ser aleatorizadas.
- Gestantes que hayan firmado voluntariamente el consentimiento informado para participar del estudio.

2.4.2 Criterios de exclusión.

- Embarazo múltiple.
- Condiciones que requieren de una dieta especial.
- Mujeres con antecedentes de aborto recurrente.
- Gestantes menores de 18 años.

2.5 Conceptualización y operacionalización de las variables.

Cuadro 1: Conceptualización y operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones (variables contenidas en la definición conceptual)	Indicador (definición operacional)
Características sociodemográfica	Características biológicas, socioeconómicas, culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que	Edad, nacionalidad, profesión, situación laboral, nivel educativo, con quien vive.	Características personales

	puedan ser medibles.		
Características obstétricas	Antecedentes gineco-obstétricos de la usuaria.	Edad gestacional, altura, peso, examen de orina alterado, paridad, cesáreas anteriores, patologías gestacionales anteriores, patologías gestacionales actual, consumo de medicamentos, edad gestacional, altura, peso	gestaciones anteriores
Barreras que influyen en el control de peso	Manejo de información sobre generalidades en el embarazo.	Alimentación sana en el embarazo.	Asistencia a sus controles gestacionales. Acude a sus controles con la matrona. Acude a sus controles con el nutricionista.
Facilitadores que influyen en el control de peso.	Manejo de información sobre generalidades en el embarazo.	Alimentación sana en el embarazo.	Asistencia a sus controles gestacionales.

			Acude a sus controles con la matrona. Acude a sus controles con el nutricionista.
Percepción de los profesionales con respecto a las barreras.	Situaciones o condiciones que los profesionales pueden barreras.	Desconocimiento del funcionamiento del centro. Disponibilidad de tiempo por parte de las gestantes. Escasez de recursos para la movilización Desconocimiento de la importancia de los controles	A través de una encuesta realizada a los profesionales
Percepción de los profesionales con respecto a los facilitadores.	Situaciones o condiciones que los profesionales pueden considerar facilitadores.		A través de una encuesta realizada a los profesionales

Creación 1: elaboración propia

2.6 Descripción de las técnicas e instrumentos.

2.6.1 Recolección de datos.

Los datos se recopilaron mediante una encuesta precodificada que se aplicó a 16 gestantes de entre 18 años y más, de la comuna de El bosque. En la elaboración

del cuestionario se utilizó vocabulario técnico, en el cual fue explicado el significado de las palabras que pueden causar dudas a las gestantes para mayor comprensión y entendimiento

El cuestionario consta de datos epidemiológicos y socioeconómicos que se basan en obtener información como la edad, nacionalidad, estado civil, nivel educacional, ingresos económicos, ocupación, entre otros. Estos datos se obtuvieron con el fin de determinar cuáles son las barreras o facilitadores que afectan o facilitan la asistencia de las gestantes a sus controles de peso.

El ítem I de esta encuesta abarca los antecedentes sociodemográficos, contando de 2 preguntas de respuesta abierta y 2 preguntas de alternativas, en las cuales se pregunta la compañía telefónica que tiene contratada y el tipo de servicio que utiliza, prepago o plan.

El ítem II también abarca los antecedentes sociodemográficos, consta de 2 preguntas de respuesta abierta y 3 de alternativas.

El ítem III busca conocer las características obstétricas de la gestante, contando de 4 preguntas abiertas y 8 preguntas de alternativa.

El ítem IV consta de 4 preguntas de alternativas que buscan conocer las prácticas generales de autocuidado del embarazo, lo que nos proporcionará información sobre el conocimiento que tienen las gestantes sobre su estado actual y el cuidado que deben tener en este periodo.

El ítem V cuenta con 4 preguntas de alternativas, enfocadas en las generalidades del embarazo, buscando conocer el manejo de información de las gestantes sobre el embarazo, y la relación de su salud con la del embrión en desarrollo.

Para finalizar, el último ítem VI consta de alternativas que recolectan información respecto de las barreras del autocuidado, en relación con la alimentación que tienen en este periodo y que impide mantener hábitos alimenticios saludables.

2.6.2 Procesamiento de la información.

La información fue procesada por nuestro equipo y tabulada según corresponde.

2.6.3 Análisis de datos.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. En las variables cuantitativas se calcularon las frecuencias absolutas y relativas en cada categoría.

La tabulación se hizo en base a los objetivos de la investigación, inicialmente se hizo un análisis independiente de las variables y luego un análisis relacional entre ellas.

2.6.4 Resguardos ético.

En esta investigación se aseguró el anonimato, protección de identidad y confidencialidad de la mujeres de la encuesta realizada, además de un consentimiento informado donde las mujeres dejan claro que aceptan participar en la encuesta y utilización de sus respuestas en investigaciones, cumpliendo con la legislación. También se dio a conocer los protocolos, características, métodos de obtención de resultados y principios éticos de la discusión de resultados como la confidencialidad, autoría y plagio.

2.6.5 Validación de instrumentos.

El instrumento se validó mediante docentes del área de salud de la Universidad San Sebastián y gestantes que se atienden en el Centros de salud Familiar; Santa Laura de la comuna de El Bosque.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

2.7 Exposición de análisis y resultados.

2.7.1 Perfil de la mujer.

Tabla 1: Perfil sociodemográfico y obstétrico

Características sociodemográficas	N	%	
Edad de las gestantes			
entre 18-34	12	75%	
mayor o igual a 35 años	4	25%	
Nacionalidad			
Chilena	13	81,25%	
Venezolana	1	6,25%	
Ecuatoriana	1	6,25%	
Peruana	1	6,25%	
Con quien comparte su hogar			
Pareja	3	18,75%	
Pareja e hijos	7	43,75%	
Pareja y otros	1	6,25%	
Pareja, hijos y familia indirecta	1	6,25%	
Pareja, hijos y familia directa	2	12,5%	
Hijos	1	6,25%	
Otros	1	6,25%	
Nivel de estudios			
Básica incompleta			
Básica completa			
Media incompleta	1	6,25%	
Media completa	4	25%	

Técnica incompleta		
Técnica completa		
Universitaria Cursando	2	12,5%
Universitaria incompleta		
Universitaria completa	9	56,25%
Ocupación		
Trabajadora independiente	1	6,25%
Trabajadora dependiente	9	56,25%
Estudiante		
Dueña de casa	4	25%
Desempleada	2	12,5%
Características obstétricas		
edad gestacional		
1° trimestre	8	50%
2° trimestre	6	37,5%
3° trimestre	2	12,5
IMC pregestacional		
Obesidad	8	50,0%
Sobrepeso	5	31,25%
Normal	3	18,75%
Bajo peso		
Examen de orina alterado		
Ninguna vez	13	81,25%
1 vez	3	18,75%
2 veces		
3 veces o más		
Gestaciones		

1° gestación	5	31,25%	
2° gestación	7	43,75%	
3° gestación	1	6,25%	
4° gestación o más	3	18,75%	
Cesáreas			
Si	3	18,75%	
No	13	81,25%	
Diagnóstico de patologías en embarazos previos			
Diabetes gestacional	3	18,75%	
Preeclampsia	2	12,5%	
RCIU	1	6,25%	
Colestasia intrahepática			
Ninguna complicación	10	62,5%	
Diagnóstico de patología en el embarazo actual			
Obesidad	5	31,25%	
Obesidad, Diabetes e Hipertensión	1	6,25%	
Sobrepeso	1	6,25%	
Hipertensión			
Diabetes			
Hipertiroidismo			
Hipotiroidismo			
Resistencia a la insulina	1	6,25%	
Artritis	1	6,25%	
No tengo ninguna condición o patología	7	43,75%	
Toma algún medicamento			

Si	9	56,25%
No	7	43,75%

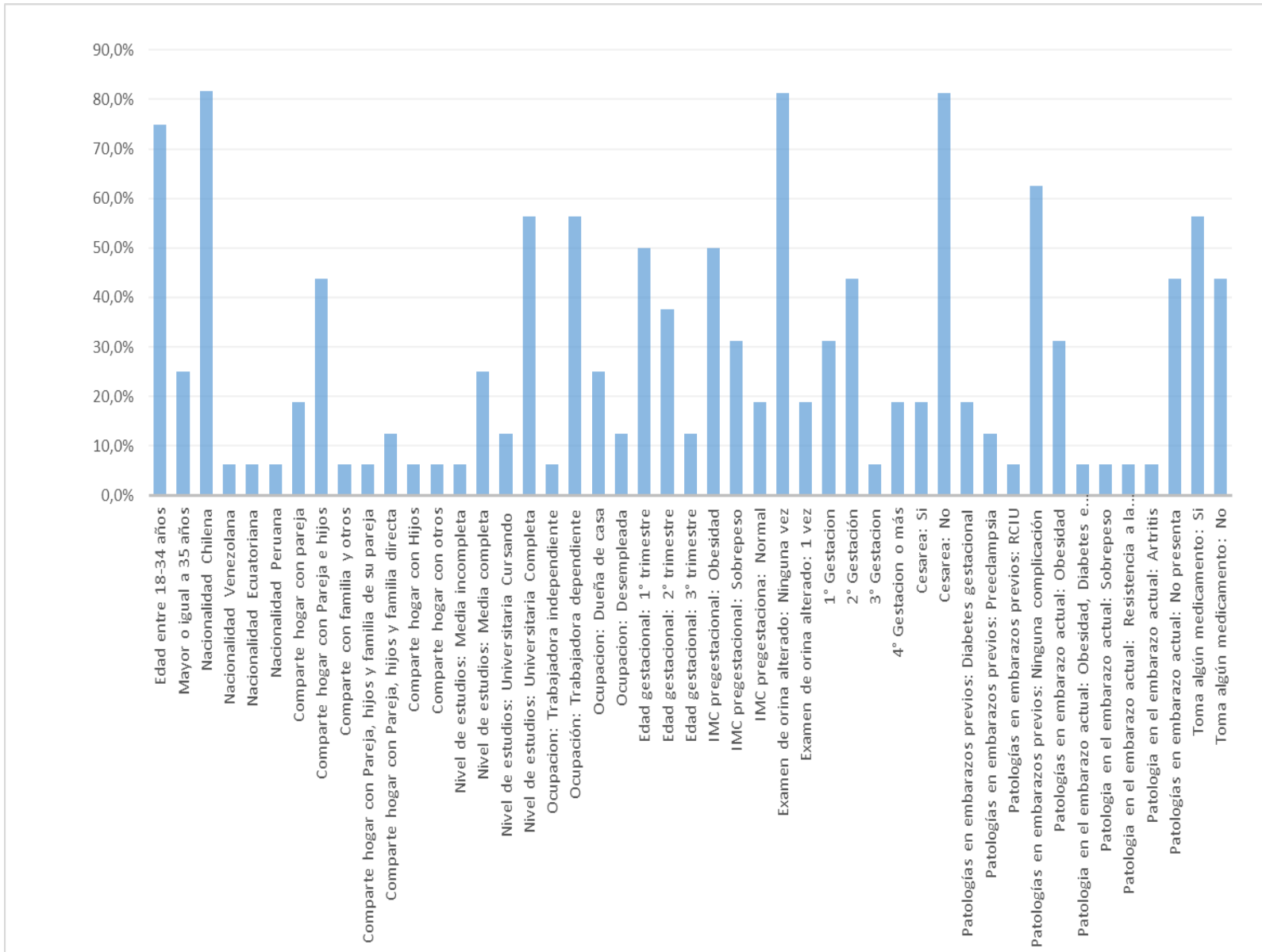
Creación 2: elaboración propia

En la tabla número 1 se observan las características sociodemográficas y obstétricas de un total de 16 gestantes encuestadas del Cesfam de la comuna de El Bosque. La mayor parte de las gestantes encuestadas 75% (12) se encuentran entre los 18 y 34 años, mientras que el 25% (4) es mayor o igual a 35 años. En relación con quien comparte su hogar un 43,75 (7) lo hace con su pareja e hijos. En relación con el nivel de estudios, un 6,25% (1) se encuentra con una educación media incompleta, un 25% (4) cuenta con educación media completa, un 12,5% (2) se encuentra cursando una carrera universitaria y un 56,25% (9) tiene una carrera universitaria completa.

Respecto a las características obstétricas el 50% (8) cursa el 1er trimestre de su gestación, mientras que un 37,5% (6) se encuentra cursando su 2do trimestre y un 12,5% (2) se encuentra cursando su 3er trimestre.

Para calcular el índice de masa corporal IMC, se utilizaron los datos obtenidos en la encuesta respondida por las gestantes. Se aplicó la fórmula $\text{Peso} / \text{Altura}^2$ (Kg/m²). Según la guía Perinatal del MINSAL, los valores de IMC durante la gestación pueden categorizarse como bajo peso, normal, sobrepeso, y obesidad. Una mujer bajo peso (IMC <18.5 kg/m²), se recomienda un incremento de peso entre 12 y 18 kg; para mujeres normopeso (IMC 18.5–24.9 kg/m²) el incremento recomendado es entre 10 y 13 kg; para mujeres sobrepeso (25 - 29.9 kg/m²) el incremento debe ser entre 7 y 10 kg; mientras que para las mujeres con obesidad (IMC \geq 30 kg/m²) el incremento de peso recomendado durante el embarazo es entre 6 y 7 kg. Se evidencio que el 50% de las gestantes fueron clasificadas como obesas y el otro 50% tienen sobrepeso.

Gráfico 1: características sociodemográficas y obstétricas.



Creación 3: elaboración propia

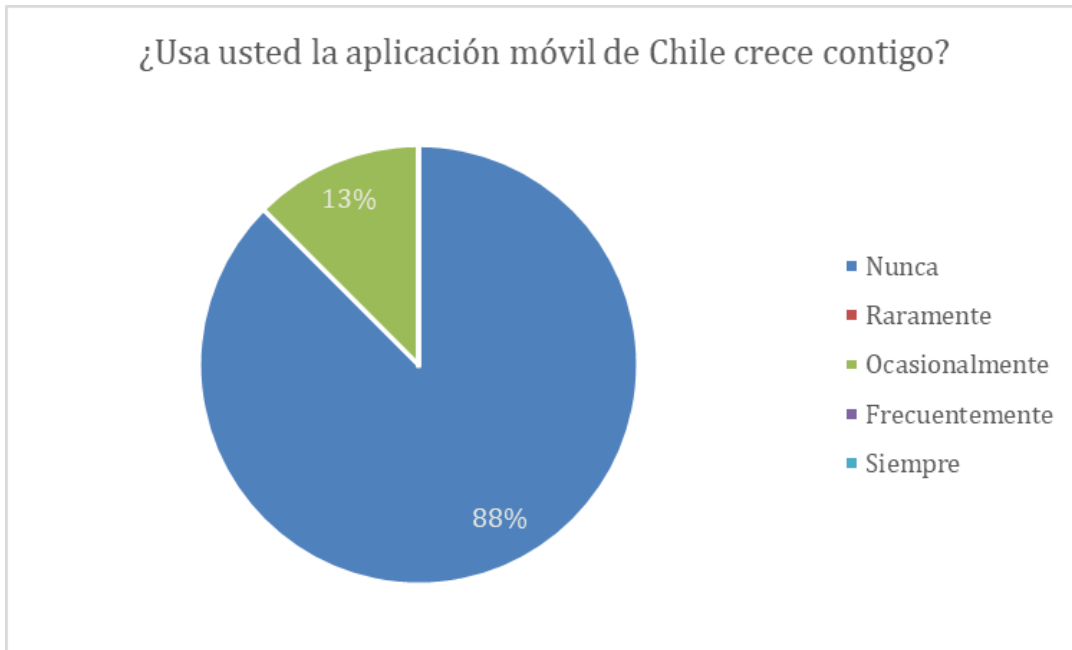
Tabla 2: Visitas a la aplicación y página web de Chile crece contigo.

Veces que visita	App ChCC	%	Página Web	%
Nunca	14	88%	12	75%
Raramente				
Ocasionalmente	2	13%	4	25%
Frecuentemente				
Siempre				

Creación 4: elaboración propia.

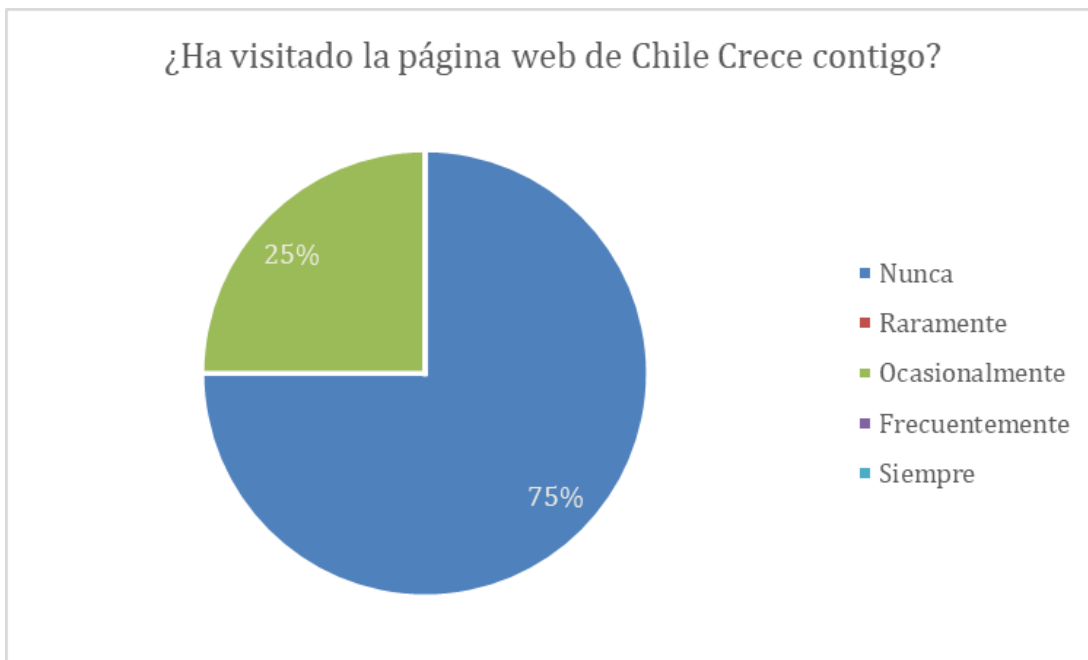
En la tabla número II se puede apreciar la cantidad de veces que fueron visitadas la aplicación y la página web del programa Chile crece contigo por las 16 gestantes encuestadas. Con respecto a la aplicación del programa ChCC un 88% (14) de las gestantes nunca la han visitado, mientras que el 13% (2) restante la han visitado de forma ocasional. Por otra parte, la mayor parte de las gestantes correspondientes a un 75% (12) nunca han visitado el sitio web del programa, la mayoría de ellas concuerda con las 14 que nunca han visitado la aplicación y el 25% restante la ha visitado de forma ocasional. Esto deja en evidencia el poco manejo de información de las gestantes, de lo cual podemos sacar 2 conclusiones, uno no conoce la app y la página web del programa Chile crece contigo, o no les genera el interés suficiente la página web y/o la app para ingresar.

Gráfico 2: Visita a la aplicación Chile crece contigo.



Creación 5: elaboración propia.

Gráfico 3: Visita de la página web de Chile crece contigo



Creación 6: elaboración propia.

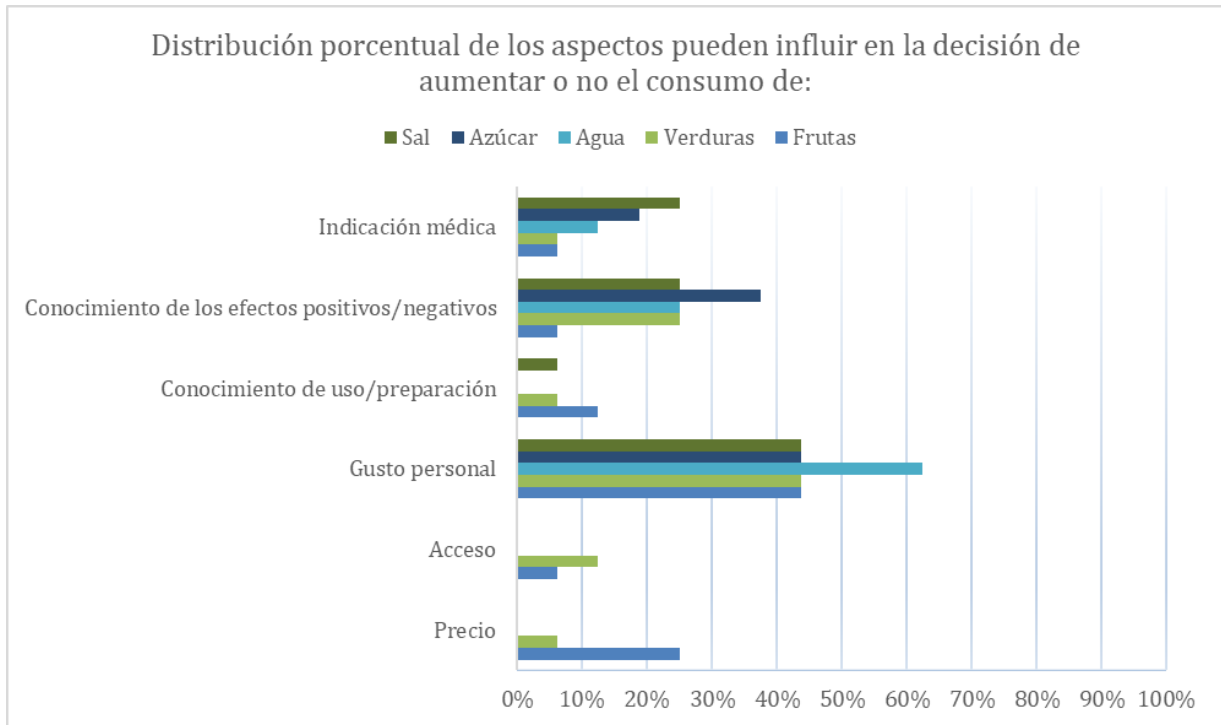
Tabla 3: Distribución porcentual de los aspectos que pueden influir en la decisión de aumentar o no el consumo de los alimentos.

Factores	Fruta	%	verduras	%	Agua	%	Azúcar	%	Sal	%
Precio	4	25%	1	6%						
Acceso	1	6%	2	13%						
Gusto personal	7	44%	7	44%	10	63%	7	44%	7	44%
Conocimiento de uso/ preparación	2	13%	1	6%					1	6%
Conocimiento de los efectos positivos	1	6%	4	25%	4	25%	6	38%	4	25%
Indicación medica	1	6%	1	6%	2	13%	3	19%	4	25%

Creación 7: elaboración propia.

En la tabla número III se puede observar que la mayoría de las gestantes encuestadas influye el gusto personal en la decisión para aumentar o no el consumo de alimentos, en este caso en todas las categorías las gestantes que señalan que lo harían por gusto personal corresponden entre el 44- 63% (7-10), esto nos indica que el gusto personal es tomado más en cuenta por sobre la indicación médica, la cual debería tener mayor peso o importancia por sobre cualquier otro factor, pero la encuesta refleja que solo entre el 6-25% le dan importancia a la indicación médica.

Gráfico 4: Aspectos que pueden influir en la decisión de aumentar o no el consumo de alimentos.



Creación 8: elaboración propia.

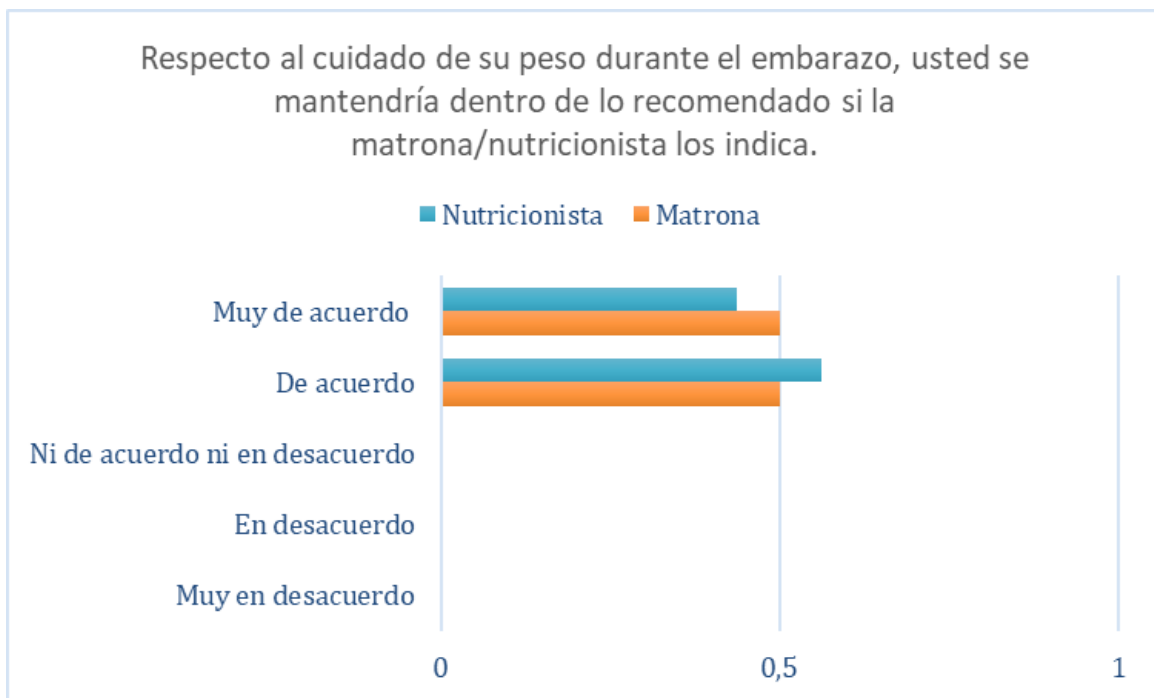
Tabla 4: Respecto al cuidado de su peso durante el embarazo, usted mantendría dentro de lo recomendado si la matrona/ nutricionista se lo indica.

	Matrona	%	Nutricionista	%
Muy en desacuerdo				
En desacuerdo				
Ni de acuerdo ni en desacuerdo				
De acuerdo	8	50%	9	56%
Muy de acuerdo	8	50%	7	44%

Creación 9: elaboración propia.

En la tabla número IV se observa la opinión de 16 gestantes con respecto a la relación que tiene el mantenerse dentro de lo recomendado en el peso si la matrona o nutricionista se lo indica. En esta ocasión la mitad de las gestantes, es decir el 50% (8) está de acuerdo en que se mantendrá dentro de lo recomendado. Por otra parte, si la nutricionista fuera el profesional que le indica un 56% (9) estaría de acuerdo en mantenerse dentro de lo recomendado y el otro 44% (7) estaría muy de acuerdo. Esto deja en evidencia que la indicación de un profesional ya sea matrona o nutricionista tiene una gran importancia para las gestantes, siendo la nutricionista la que tiene mayor implicación e influencia en la decisión de las gestantes.

Gráfico 5: Cuidado del peso por recomendación del profesional.



Creación 10: elaboración propia.

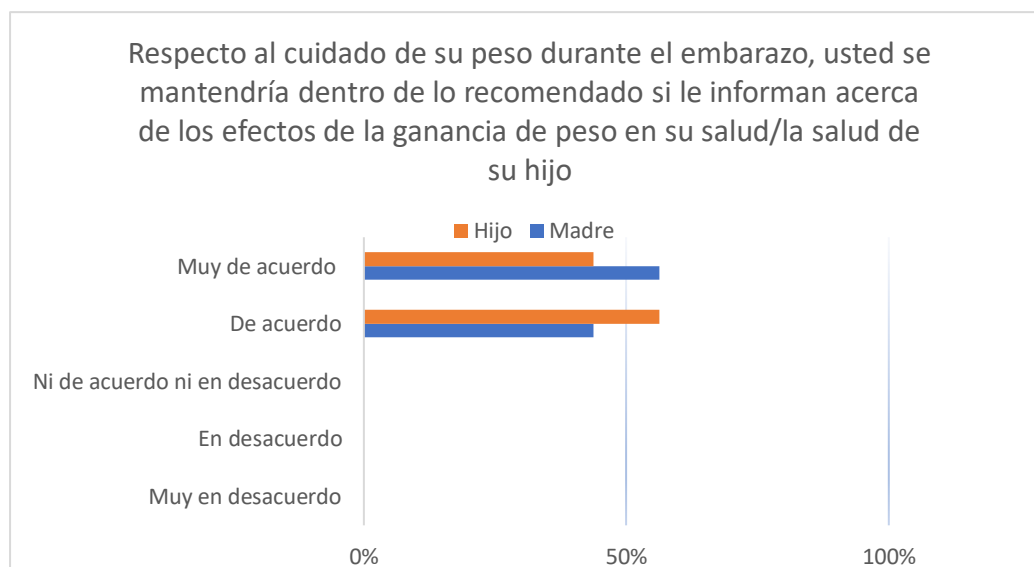
Tabla 5: Respecto al cuidado de su peso durante el embarazo, usted se mantendría dentro de lo recomendado si le informan acerca de los efectos de la ganancia de peso en su salud/ salud de su hijo.

	Salud materna	%	Salud del bebé	%
Muy en desacuerdo				
En desacuerdo				
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo				
De acuerdo	7	44%	9	56%
Muy de acuerdo	9	56%	7	44%

Creación 11: elaboración propia.

En la tabla V se evidencia que existe un alto porcentaje entre 44-56% que tomaría en consideración las recomendaciones de los profesionales sobre los efectos que puedan afectar la salud de su hijo con respecto a la incidencia de la ganancia de peso en la gestación.

Gráfico 6: Cuidado del peso por información de efectos en la salud personal y la de su hijo.



Creación 12: elaboración propia.

2.8 Percepción de los profesionales respecto a las barreras y facilitadores.

Pregunta 1: ¿Cuál cree que es la razón principal por la cual las gestantes no asisten a los controles de peso?

Respecto a esta pregunta, la matrona clínica Heidi Quiroz responde: *“Pudiese ser porque hay un desconocimiento en la importancia que tienen estos controles, siento que ellas no le toman el peso, las embarazadas de por si suben de peso, como que ellas lo normalizan, entonces como que no ven los riesgos asociados que pudiese tener el no venir a control.”*

También respecto a esto la nutricionista Pamela Pontigo dice: *“Gestantes es lo que menos veo, en general las personas no ven la importancia de alimentarse adecuadamente, no es algo puntual de las gestantes, es algo general en la población chilena. No saben que alimentándose bien se pueden evitar una serie de cosas o evitar, mejorar o sentirse mejor, para mi es que las gestantes no saben lo importante que es alimentarse bien en la gestación.”*

Y La matrona Katherine Fuentes, encargada del CECOSF, responde:

“Algunas de ellas ya tienen hijos, entonces el tema del cuidado, tiempo, eso tiene mucha dificultad a que la mujer pueda participar a todas estas actividades, por otra parte, algo que hemos conversado siempre con el equipo es que cuando se asiste a controles nutricionales siempre se da una pauta y son super difíciles de seguir, es algo que se está trabajando hoy día dentro de las estrategias en las personas con patologías, con comorbilidades de cómo uno trabaja el tema del cuidado de la nutrición y desde otro punto de vista ver de cómo la persona puede cambiar sus hábitos alimenticios y no desde imponer una pauta de alimentación y finalmente eso es lo que provoca que la gente se resista más de que quiera venir a tratar de mejorar sus hábitos alimenticios, lo cual es algo difícil y eso hace que la mujer no quiera asistir a un control nutricional, en relación al tiempo y a lo que apunta el control.”

Pregunta 2: ¿Qué cree que podría cambiar/mejorar el programa para que se impulse la asistencia a control?

Respecto a esta pregunta, la matrona clínica Heidy Quiroz responde: *“Ahí yo creo que más que mejorar el programa pudiese ser como, una forma de fortalecer la educación, como más promoción, prevención y nosotras como matronas educar en nuestros controles a las gestantes el porqué es tan importante que ellas acudan a sus controles de peso, yo creo que todo está basado en la educación que les entreguemos a ellas.”*

Respecto a esta pregunta, la nutricionista Pamela Pontigo responde: *“Quizás explicar lo más breve posible, porque yo sé que nadie tiene mucho tiempo en los controles, pero, quizás ahí las matronas cuando hacen el ingreso, explicar lo más fácil y breve posible porque es tan importante cada control que van a derivar, claro derivan a nutrición, dental, asistente social y a casi ninguno de nosotros tres llegan, solo a matrona, entonces quizás explicar un poquito la importancia de porque tienen que ir a esos controles, al ingreso y a los controles después que nosotros citamos, la matrona explicar porque tiene que ir si o si aunque sea al primero.”*

Y la matrona Katherine Fuentes, encargada del CECOSF, responde: *“Yo creo los talleres del Chile Crece ayudan bastante a que las mujeres puedan tener una opción, ya que los talleres están hechos de forma de no imponer cosas si no del autocuidado, de la toma de decisiones en el cuidado de su salud, en los talleres si se da la instancia y yo creo que mientras más mujeres asisten a estos talleres también las motiva más a asistir a los controles ya que ven una forma distinta de buscar en la alimentación saludable, la empiezan a entender de otra forma y pueden generar cambios, yo creo que sí deberían establecer formas de cuidado de alimentación que sean con objetivos más simples que entregar una pauta de alimentos que muchas veces vienen con alimentos que son super difíciles de conseguir para las mujeres”*

Pregunta 3: ¿Cuál sería una debilidad o fortaleza del programa actual sobre control de peso?

Respecto a esta pregunta, la matrona clínica Heidy Quiroz responde: *“Como dentro de las fortalezas, por lo menos acá en nuestra realidad local yo debiese considerar como la disposición y la voluntad que tiene la profesional de salud, como para mejorar este tipo de atenciones, porque yo sé que ella siempre está dispuesta, siempre que le preguntamos tiene mucha voluntad. Pero por otro lado como su agenda siempre está acotada, no da abasto, no es capaz para toda la población que tenemos”*

Respecto a esta pregunta, la nutricionista Pamela Pontigo responde: *“Yo creo que una fortaleza podría ser que en el fondo siempre la atención que damos es muy individual, el tema es que para todos los pacientes igual, no hay nada pauteado, la hoja que entregamos se llena según los horarios de las persona, lo que hace, sus gustos, la cultura, del país que viene, entonces siempre es muy adecuada a cada individuo, o a la sintomatología de la embarazada, podría ser eso como una fortaleza, y una debilidad, no sé si tanto el tema de las horas, porque nosotros tenemos, pero en general nos faltan horas, si por ejemplo hay un diabético descompensado tomo las horas de las gestantes y lo pongo ahí, faltan mucho, entonces siempre tomamos esas horas porque no vienen, la embarazada al derivar al control lo mejor sería agendar una hora entre nosotras, pero no sé si es muy real, porque yo nunca tengo horas, tendríamos que dejar cupos bloqueados especiales para embarazadas. Es mejor acordar entre nosotras, pero lo veo un poco difícil.”*

Y la matrona Katherine Fuentes, encargada del CECOSF, responde: *“Osea la fortaleza es que de partida en este equipo en particular hay una disposición a la escucha de la usuaria y de sus necesidades, entonces Pamela trabaja eso, y yo creo que las debilidades tienen que ver con cumplir con ciertas pautas demasiado establecidas, que la idea es que se vayan estableciendo más acuerdos de cambio en cosas pequeñas a hacer un cambio brusco, ya que es algo difícil de lograr, osea si hay alguien que no toma desayuno, y está acostumbrada toda su vida y llega al*

control embarazada y hay que decirle que tome desayuno hay que partir con ciertos acuerdos, no le voy a dar al tiro una pauta que dice que se tiene que comer tales y tales cosas porque si no lo ha hecho nunca probablemente nunca lo va a hacer, o la que come muy tarde en la noche, hay que empezar a bajar la cantidad de consumo de alimentos pero con acuerdos y hacer algún tipo de seguimiento para poder ver esos cambios sobre todo si estamos hablando de pacientes con obesidad que tienen riesgos de otras patologías durante el embarazo, yo creo que por ahí podría ir”

Pregunta 4: ¿Cree usted que algunas de las siguientes barreras influyen en la asistencia de las gestantes a los controles de peso?

- Desconocimiento del funcionamiento del centro por parte de las gestantes
- Disponibilidad de tiempo por parte de las gestantes para asistir a los controles
- Escasez de recursos para la movilización de las gestantes al centro de salud
- Desconocimiento por parte de las gestantes acerca de la importancia de los controles de peso durante la gestación

Respecto a esta pregunta, la matrona clínica Heidi Quiroz responde: *“Yo creo que de esas pudiese ser la número 2, que era la de la disponibilidad de tiempo, porque esa es la excusa que mayor nos llegan, no que no tengo tiempo, no que no me dan permiso en el trabajo, no que no tengo donde dejar a mis hijos, etc. La otra pudiese ser lo que mencionaba al comienzo, que ellas no saben, no hay un conocimiento de la importancia de estos controles. “*

Respecto a esta pregunta, la nutricionista Pamela Pontigo responde: *“La falta de tiempo, porque yo atiendo muchos niños y adultos mayores, porque la mayoría de las veces tienen tiempo, en cambio las embarazadas la mayoría trabajan y las que no trabajan tienen igual problemas de tiempo, porque tienen otros hijos, entonces*

están como mucho más ocupadas. Entonces de nuevo creo que lo que dije anteriormente sería la solución, porque algunas dicen que prefieren más temprano las horas para pasar a dejar a los hijos al colegio y luego asistir a los controles o a última hora.”

Y la matrona Katherine Fuentes, encargada del CECOSF, responde: *“Yo me quedaría con la dos, que es algo que tiene que ver con el tiempo, que había mencionado antes, ya sea por las mujeres que trabajan o mujeres que están al cuidado de otros también y eso implica más tiempo y a veces nuestros controles tampoco son tan amigables en los horarios, va dependiendo de las horas que van quedando disponibles también, entonces de repente son horarios en que están en preparación de almuerzo, hay que ir a dejar a los niños al colegio y eso también lo dificulta, y el cuarto punto tenía que ver con conocer la importancia, yo creo que esos son los factores que más influyen, el sentir que uno va a ir a un control de peso donde te van a ir a retar por ejemplo, pero finalmente no conoces el por qué es tan importante asistir a ese control, yo creo que las estrategias tienen que ir más por educar, ir tomando acuerdos, por ese lado.”*

Pregunta 5: ¿Cree usted que los centros de salud tienen facilidades para hacer más accesible la asistencia de las usuarias a los controles?

Respecto a esta pregunta, la matrona clínica Heidy Quiroz responde *“Yo creo que si porque si la usuaria no viene a control se le está llamando, se le cambia su hora, incluso se le hacen visitas domiciliarias, entonces yo creo que es como que las alternativas para que ellas vengán a sus controles están”*

Respecto a esta pregunta, la nutricionista Pamela Pontigo responde: *“La agenda la hace la jefa, igual ella nos pregunta, pero lo mejor sería dejar un cupo por día, por ejemplo, a las 8:00 hrs los lunes, 13:00 hrs los miércoles y así. Nosotras igual hacemos visitas, no es que se las haga a todas, realizo más a postrados y*

embarazadas, pero generalmente le pregunto a las matrona a quien voy a ver, porque ellas las tienen controladas, entonces si ellas no han controlado a alguna yo voy o cuando hay alguna embarazada con diabetes gestacional prefieren que las vea yo o alguna que tenga mucho riesgo. Hay mayor cobertura para las que tienen más riesgos, tenemos los planes consensuados, donde nos juntamos todos los lunes las matronas, asistentes sociales y yo, conversamos cuales son las gestantes con mayor riesgo y hacemos un plan de atención para ellas, vemos la ficha, si asiste a control, la llamamos y preguntamos cuándo puede venir, le damos la hora ahí mismo, agendamos visita con asistente social y realizamos seguimiento de esa embarazada para saber de su asistencia. Esto es por el programa Chile Crece Contigo, vemos las embarazadas y los niños con factores de riesgo, por ejemplo, los niños que tienen alguna malformación, ya estamos en alerta porque conocemos todo el proceso desde el embarazo y se hace visita.”

Y la matrona Katherine Fuentes, encargada del CECOSF, responde: *“La verdad es que nosotros funcionamos con horarios establecidos de 8.00 hrs a 17.00 hrs, entonces efectivamente no hay atención un día sábado para las mujeres que trabajan, no existe un horario de 17.00 hrs a 20.00 hrs de extensión, entonces hay muchas mujeres que preferirían eso, ya que no todas tienen las facilidades de salir cuando trabajan sino hasta que tienen su licencia prenatal a las 34 semanas, entonces, los horarios son muy rígidos, entonces no hay una facilidad real, si se trata de hacer educación en la alimentación desde distintos ámbitos”*

2.9 Discusión de resultados.

¿Cuáles son las barreras y facilitadores de la adherencia de las gestantes a los programas de control de peso?, En relación a nuestra interrogante es que en esta investigación se evaluó la relación entre las barreras y facilitadores para la adherencia a los programas de control de peso, esta información se obtuvo a través de una encuesta realizada a las gestantes del Cesfam Santa Laura y una entrevista por parte de los profesionales de salud que las atienden, con la finalidad de comparar ambas respuestas y al analizar los resultados obtenidos se puede deducir lo siguiente.

Se consideraron los resultados de nivel de escolaridad en comparación a la asistencia a sus controles con matrona, el 56,25% (9) de las gestantes cuenta con un nivel de escolaridad alto, con una carrera universitaria finalizada y un 12,5% (2) cursando una carrera universitaria, el 25% (4) cuentan con escolaridad media completa y solo el 6,25% (1) posee estudios de enseñanza media incompleta, esto comparado con un 100% que asiste a sus controles periódicos con la matrona, evidenciando un alto grado de conocimiento frente a la importancia de asistir a los controles con la matrona durante la gestación, pero no así la importancia de la asistencia a los controles con nutricionista.

Por otra parte, comparamos los resultados de la asistencia a los controles con nutricionista y el peso antes de la gestación, según los resultados obtenidos un 31,25% se encuentra en sobrepeso y el otro 50% se encuentra en obesidad, es decir que un gran porcentaje de la población, previo a su gestación se encuentra en una mal nutrición, lo que podría ser un factor de riesgo en el embarazo, pudiendo tener consecuencias en la mujer y en su recién nacido, si no se controla, no se realiza el manejo correcto, además de seguir toda las recomendaciones por parte de los profesionales de la salud durante su gestación.

Un 37,5% (6) asiste a control con nutricionista y un 62,5% (10) no asiste a control con nutricionista, dejando en evidencia que aquellas usuarias que no asiste a control de peso con nutricionista son aquellas que principalmente se encuentran con algún tipo de malnutrición, como, por ejemplo, sobrepeso u obesidad.

Otra incidencia importante para nuestra investigación es que el 88% de las gestantes encuestadas nunca han visitado la aplicación móvil de Chile Crece Contigo, la cual fue creada en el año 2017 con el fin de brindar información a los padres sobre el cuidado, crianza y desarrollo de sus hijos. Se puede deducir que desconocen la existencia de esta plataforma, además de contar con una escasez de tiempo o simplemente hay una falta de interés en visitarla. Teniendo en consideración esta nula visita y participación de la plataforma, se podría tener un mayor enfoque en su promoción e incentivar su uso, dando énfasis en los beneficios e información de importancia y relevancia que contiene para la gestante, su familia y entorno.

En general la mayoría de las mujeres están informadas sobre el peso recomendado que deben adquirir durante toda la gestación, sin embargo, las gestantes en la encuesta señalan que se mantendría en el peso ideal si los profesionales de la salud, especialmente matronas y nutricionistas se lo indican, el 50% esta muy de acuerdo y el otro 50% de acuerdo.

Respecto a los posibles riesgos tanto para la madre como para su hijo, el 56% de las gestantes está de acuerdo en que se mantendría en lo recomendado si le informan sobre los efectos que tiene este aumento excesivo de peso sobre la salud de su hijo, el otro 44% está muy de acuerdo. Por otra parte, el 44% de las gestantes esta de acuerdo en que se mantendría en el peso ideal si les informaran acerca de los efectos sobre ellas mismas que tiene el aumento excesivo de peso y el 56% se encuentra muy de acuerdo.

Las barreras que se mencionaron en la encuesta permitieron evaluar que para el 44% de las gestantes, presentan como una barrera, el gusto personal sobre la ingesta de frutas y verduras, lo que evidencia la poca cultura e información sobre una alimentación saludable que se encuentra presente en el país, un 25% considera que el precio de las frutas es una barrera, algo que influye directamente en el consumo de vegetales y frutas, el gran costo dificulta la accesibilidad a estos productos, lo que por otra parte genera que se prefiera la compra o ingesta de otro tipo de alimentación. La barrera mas importante considerada por las gestantes para aumentar el consumo de agua es el gusto personal en un 63%, de este modo se

debe incentivar la ingesta de agua como fundamental para el desarrollo de una buena alimentación.

Respecto a disminuir el consumo de azúcar el 44% considera que el gusto personal es una barrera, el 38% encuentra que una barrera es el conocimiento de los efectos positivos y el 19% considera que la indicación médica podría influir en disminuir el consumo de esta.

En cambio, en disminuir el consumo de sal, el 25% declara que disminuiría el consumo de sal si fuera por una indicación médica, el 44% considera que una barrera para disminuir su consumo es el gusto personal.

Por otra parte, en la entrevista realizada a los profesionales de salud nos indica que entregan información y hacen énfasis en la importancia del peso y del control de este, pero podemos evidenciar que las gestantes no les quedan tan clara esta información o no es comprendida de manera completa, porque a pesar de generar un ambiente óptimo para la entrega de esta, no se genera la conciencia necesaria. Para esto, se podría reforzar de diversas maneras y así lograr una comprensión y cambio de conducta por parte de las gestantes, pidiéndoles tal vez que expliquen que es lo que entendieron, permitiendo saber así si se logró una escucha activa, es decir, que las gestantes no solo escuchen la educación entregada, si no que también lo comprendan y lo apliquen tomándole el peso e importancia necesaria.

Los profesionales de la salud indicaron que principalmente una de las barreras que tienen las gestantes para poder acceder a los controles de peso es la poca accesibilidad o flexibilidad en el tiempo, ya que a la mayoría de las mujeres les complica poder acceder a permisos laborales para asistir a control, debido a que los horarios de atención establecidos son muy rígidos y no existe otra opción para las mujeres trabajadoras, por otra parte también mencionan que hay mujeres que se encuentran en control por su segundo o tercer embarazo, por lo cual ya tienen hijos a los cuales también tienen que entregarle parte de su tiempo y no siempre tienen la posibilidad de que alguien más la ayude, lo que genera que ellas tengan que postergar sus controles en general. También mencionan por parte del personal de salud las fortalezas y debilidades, donde mencionan que las fortalezas son la buena disposición que tiene el personal para que la gestante acceda a sus controles ya

que si no asisten se realizan visitas domiciliarias entregando una atención individual, adecuada y personalizada, sobre todo a gestantes con comorbilidades como diabetes gestacional. Como debilidades se hace hincapié en la escasa cantidad de horas disponibles para toda la población gestante y la poca adherencia a los cambios alimenticios, ya que estos en algunos casos son muy bruscos.

Las respuestas dadas por los profesionales nos hacen deducir que se requiere de más profesionales por sector, ya que en el CECOSF Santa Laura solo hay una nutricionista para todo el sector, lo que evidencia la poca accesibilidad de horas para esta, además que no da abasto para toda la población que la requiere.

Por último, con respecto a lo que se podría mejorar, todas las profesionales hacen hincapié en mejorar la educación y promoción que se les entrega a las gestantes respecto al cuidado del peso en el embarazo. También un punto importante que menciona la encargada del CECOSF es que se debería reforzar y/o incentivar la asistencia a los talleres del Chile Crece Contigo, ya que en estos talleres se explica más en profundidad la importancia de la alimentación saludable y es la instancia adecuada que tiene la gestante para aclarar todas sus dudas con respecto al tema.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Para concluir, es sumamente importante que las mujeres que están gestando y las que estén en plan de quedar embarazadas, sean conscientes y estén informadas de la importancia de tener buenos hábitos alimenticios, su autocuidado y su bienestar en general. Por otra parte, es imprescindible que se cumpla nuestro rol profesional en la entrega de la información y educación, mediante una escucha activa, donde la gestante sea capaz de escuchar las referencias que se le están entregando, así como también pueda entenderlo y aplicarlo.

Durante la gestación se pueden presentar diversas complicaciones, en la cual se pueden adquirir algunas patologías propias del embarazo tales como; diabetes gestacional, preeclampsia, etc. Estas pueden provocar en la madre, infecciones puerperales, abortos recurrentes, mortalidad materna, entre otros, y, en el recién nacido, estas patologías pueden influir en diversas consecuencias, algunas de estas podrían ser, macrosomía fetal, riesgo de sobre peso en los primeros años de vida y/o riesgo de mortalidad neonatal.

Como mencionamos anteriormente estas patologías propias del embarazo se pueden desencadenar debido a los malos hábitos alimenticios a lo largo de su vida, poca accesibilidad a la información, así como la dificultad de acceder a control nutricional preconcepcional. Debido a estas faltas de herramientas, accesibilidad de oportunidades e información es que se da la poca adherencia a los programas nacionales, además de la poca difusión, renovación e innovación de estos programas y proyectos.

Es de suma importancia aprovechar los proyectos y actividades que estos programas entregan, ya que, buscan mejorar la calidad de vida, el buen desarrollo de la gestación, además de crear instancias para resolver dudas e inquietudes por parte de la gestante, la persona de compañía y su entorno.

Como profesionales de la salud y futuras Matronas, debemos tomar más medidas para incentivar la importancia necesaria sobre la asistencia a los controles de peso, controles prenatales y derivaciones a especialistas, los cuales se deben implementar idealmente y rigurosamente en todos los centros de salud primaria del país, con el fin de controlar y pesquisar de forma oportuna la existencia de alguna

patología propia del embarazo para lograr un óptimo desarrollo gestacional, disminuyendo los factores de riesgo durante el trabajo de parto, promoviendo e incentivando un parto y puerperio fisiológico.

BIBLIOGRAFÍA.

- Aguilar, M., Baena, L., & Sánchez, A. (2016). Obesidad durante el embarazo y su influencia en el sobrepeso en la edad infantil. *Nutrición hospitalaria*, 33, 18-23.
- Atalah, E., Cordero, M., Quezada, S., Carrasco, X., Romo, M., & Guerra, M. (2013). Monitoreo de la implementación del programa Chile Crece Contigo en el embarazo: 2008-2011. *Rev. Chilena de obstetricia y ginecología*, 310-316.
- Bailón, M., Delgado, A., Arribas, L., & Melguizo, M. (1996). La atención a las mujeres en atención primaria. *Atención primaria*, 483-485.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2021). *Reportes comunales*. Obtenido de Reportes comunales.: https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?idcom=13105
- Calle, J., Acuña, C., & Ríos, P. (2017). Método de búsqueda activa comunitaria para la capacitación de gestantes y púerperas en Ecuador. *Rev. Panam de Salud pública*, 41-53.
- Chávez, N., & Smeke, J. (2011.). Estado nutricional en el embarazo y su relación con el peso del recién nacido. *Anales Medicos vol.56, Núm 3.*, 126-132.
- Claros, D., & Mendoza, L. (2016.). Impacto de los trastornos hipertensivos, la diabetes y la obesidad materna sobre el peso, la edad gestacional al nacer y la morbilidad neonatal. *Rev. Chilena de obstetricia y ginecología.*, 480-488.
- Cornejo, M. (2016). Barreras de la alimentación saludable y su relación con el estado nutricional en estudiantes de 14 a 16 años de la I.E ingeniería de trujillo. (*Tesis de licenciatura*). Universidad César Vallejo, Trujillo.
- Coronel, P. (2006). Atención primaria de la mujer. *Rev. Med UV*, 29-32.
- Departamento de salud y servicios Humanos de EE.UU. (31 de Marzo de 2022). *Heathly People 2030*. Obtenido de Heathly People 2030: <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>
- Durán, S., Parra, S., Ahumada, D., Castro, P., Brignardello, J., Riedemann, K., . . . Crovetto, M. (2017). Ley de alimentos: una mirada de los nutricionistas y estudiantes de nutrición y dietética de Chile. *Rev. Española de la nutrición humana y dietética*, 327-334.
- Esparza, D. (2017). Evaluación Nutricional. *Síntesis*, 1-4.
- Fárias, M. (2013.). Obesidad materna: severo problema de salud pública en Chile. *Rev Chilena de Obstetricia y Ginecología.*, 409-412.
- Fárias, M., & Oyarzún, E. (2012). Obesidad en el embarazo: razones para volver a preocuparse de la nutrición materna. *Medwave.*, 54-59.
- Figueroa, D. (2004). Estado Nutricional como Factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Salud pública vol 6*, 140-155.
- Forbes, L., Graham, J., Berglund, C., & Bell, R. (2018). Dietary change during pregnancy an women's reasons for change. *nutrients MDPI*, 1-10.

- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Rev. Chilena de Salud pública*, 103-108.
- Gavilla, B., Hernández, M., & Soto, A. (2011). Repercusión de la nutrición materna en el peso del recién nacido. *Rev Cubana Aliment Nutr*, 322-325.
- Grenier, L., Atkinson, S., Mottola, M., Wahoush, O., Thabane, L., Xie, F., . . . MurraY, B. (2019). Be healthy in pregnancy: exploring factors that impact pregnant women's nutrition and exercise behaviours. *Maternal & Child nutrition Wiley*, 1-9.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competencia de paradigmas en la investigación cualitativa. *Handbook of qualitative*, 105-117.
- Hashmi, A., Paw, M., Nosten, S., Darakamon, M., Gilder, M., Charunwatthana, P., . . . McGready, R. (2018). Because the baby asks for it': a mixed-methods study on local perceptions toward nutrition during pregnancy among marginalised migrant women along the Myanmar-Thailand border. *Global Health Action*, 1-12.
- Hernández, T., Rodríguez, M., & Giménes, C. (2017). La malnutrición un problema de salud global y el derecho a una alimentación adecuada. *RIECS*, 1-9.
- Heslehurst, N., Newham, J., Maniatopoulos, G., Fleetwood, C., Robalino, S., & Rankin, J. (2014). Implementation of pregnancyweight management and obesity guidelines: a meta-synthesisi of healthcare professionals'barriers and facilitators using the theoretical domains framework. *Obesity reviews*, 462-486.
- Kavle, J., & Landry, M. (2017). addressing barriers to maternal nutrition in low- and middle- income countries: A review of the evidence and programme implications. *Maternal & Child Nutrition Wiley*, 1-13.
- Lagos, R., Espinoza, R., & Orellana, J. (2003.). Estado nutritivo materno inicial y peso promedio de sus recién nacidos a término. *Revista chilena de nutrición vol. 31.*, 52-57.
- Ministerio de desarrollo social. (1 de septiembre de 2009). *Chile crece contigo*. Obtenido de Chile crece contigo: <https://www.crececontigo.gob.cl/tema/controles-prenatales/>
- Ministerio de Desarrollo social y Familia. (2010). *Elige vida sana*. Recuperado el 2022, de Salud santiago.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017). *Informe de Desarrollo Social*. Santiago.
- Ministerio de planificación. (2011). *Evaluación y monitoreo Sistema integral de proteccion a la infancia Chile Crece Contigo*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de salud. (1997.). *Programa salud de la mujer*. Santiago: Republica de Chile.
- Ministerio de salud. (2011). *Manual de programas alimentarios*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de salud. (2014). *Orientaciones tecnicas para el control de salud integral de adolescentes*. Santiago: Gobierno de Chile.

- Ministerio de Salud. (15 de 05 de 2019). *Salud responde*. Obtenido de Salud responde: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>
- Ministerio de salud. (10 de 05 de 2022). *Servicio de salud Metropolitano Sur Oriente*. Obtenido de Servicio de salud Metropolitano Sur Oriente: <https://redsalud.ssmso.cl/atencion-primaria-de-salud/>
- Ministerio de salud,. (2017.). *Vigilancia del estado nutricional de la poblacion bajo control y de la lactancia materna en el sistema de salud de Chile*. Santiago.: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud. (2015.). *Guía Perinatal*. Santiago.: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud. (2016). *Minsal.cl*. Obtenido de Minsal.cl.: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-T%C3%A9cnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jur%C3%ADdica.pdf>
- Monterrey, P., & Porrata, C. (2001). Procedimiento gráfico para la evaluación del estado nutricional de los adultos según el índice de masa corporal. *Rev. Cubana de alimentación y nutrición*, 62-67.
- Moreno, M. (2012). Definicion y clasificacion de la obesidad. *rev. medica clinica las condes*, 124-128.
- municipalidad el Bosque. (2021). *Reporte comunal*. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?idcom=13105
- Muñoz, C. (2017). La educación alimentaria nutricional como apoyo a la adopción de hábitos alimentarios saludables. *Salud(i)Ciencia*, 22, 467-468.
- Organizacion Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud*. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (9 de junio de 2021). *Malnutrición*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Organizacion mundial de la salud. (1 de abril de 2021). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de Organizacion mundial de la salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización mundial de la salud. (9 de junio de 2021). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de Organizacion mundial de la salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Organizacion mundial de la salud. (9. de junio. de 2021.). *Organizacion mundial de la salud*.
- Organización Panamericana de la salud. (2012). Determinantes e inequidades en salud. En O. P. salud, *Salud en las Américas* (págs. 12-59). Washintong DC.

- Orozco, E., Pacheco, S., Arredondo, A., Torres, C., & Reséndiz, O. (2020.). Barreras y facilitadores para una alimentación saludable y actividad física en mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad. *Global Health Promotion.*, 198-206.
- Ortiz, M., Ruiz, T., & Gascón, E. (2003). Identificación de barreras a las políticas de nutrición y alimentación en Colombia: estudio por el método Delfos. *Panamericana de la salud publica*, 186-192.
- Pacheco, J. (2017). Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales. *Anales de la facultad de medicina.*, 207-214.
- Pajuelo, J. (2014). Valoración del estado nutricional en la gestante. *Rev. Peruana de ginecología y obstetricia.*, 147-151.
- Petermann, F., Martínez, M., Villagran, M., Ulloa, N., Nazar, G., Troncozo, C., . . . Martorell, M. (2020). Desde una mirada global al contexto Chileno: ¿Que factores han repercutido en el desarrollo de obesidad en Chile? *Rev. Chilena de nutrición* , 299-306.
- Piña, E. (2020). Dterminantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. *Publicando*, 54-56.
- Puzko, B., Sánchez, S., & Vilas, N. (2017.). El impacto de la educación alimentaria nutricional en el embarazo: una revisión de las experiencias de intervención. *Rev Chilena de nutrición, Vol 44.*, 10.
- Quintero, E., Fe de la Mella, S., & Gomez, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro electronica*, 101-111.
- Restrepo, S., Mancilla, L., Parra, B., Manjarrés, B., & Zapata, N. (2010). Evaluación del estado nutricional de mujeres gestantes que participaron de un programa de alimentación y nutrición. *Rev. chilena de nutrición.*, 37, 8-30.
- Ritchie, L., & King, J. (2008). Recomendaciones nutricionales y pautas dietéticas para mujeres embarazadas. En C. Lammi-Keefe, S. Couch, Philipson, & E., *Manual de Nutrición y embarazo*. (pág. 2). Nueva Jersey: Prensa humana.
- Rivera, M. (2007). La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México. *Rev. Cubana de salud publica*, 1-13.
- Rodríguez, P., & Ojeda, M. (2011.). Implicaciones obstétricas de la desnutrición materna. *Rev Méd Electrón.*, 448-455.
- Saavedra, C. (2015). *¿Qué es Chile crece contigo?* Santiago de Chile.
- Sandoval, R. (2015). *UDG Virtual*. Obtenido de <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/3427/1/Modelo-ecol%c3%b3gico-de-Bronfenbrenner.pdf>
- Soderlund, D. (2016). Consecuencias de la obesidad en la reproducción y en el embarazo. *Rev. de Especialidades Médico-Quirúrgicas.*, 67-71.

Vignolio, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Uruguay: Prensa Medica Latinoamericana.