

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



"Factores laborales relacionados al Autocuidado de la Salud Gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2013 - 2015"

Tesis presentado por la Bachiller

Libia Luciana Almenara Sandoval

Para optar el título profesional en:

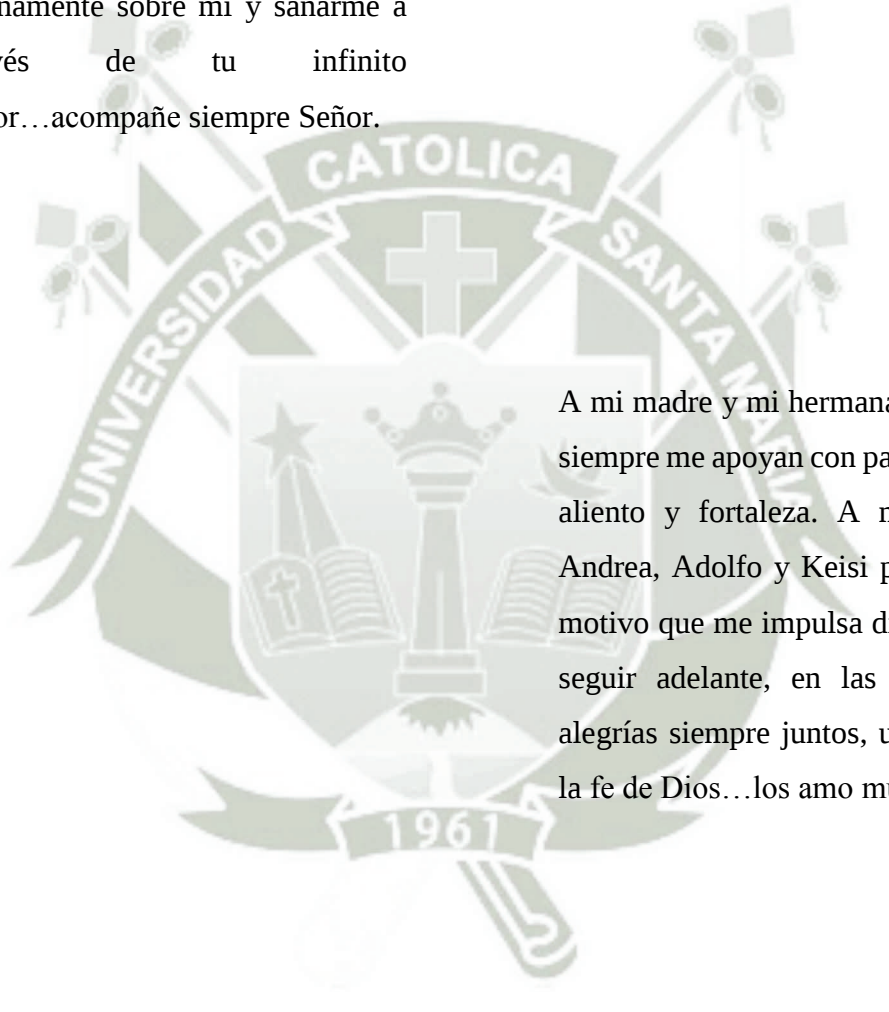
Licenciada en Obstetricia

AREQUIPA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

Querido Dios nuestro Señor,
gracias por derramar tus
bendiciones en las diferentes etapas
de mi vida, por posar tus manos
tiernamente sobre mí y sanarme a
través de tu infinito
amor...acompañe siempre Señor.



A mi madre y mi hermana quienes
siempre me apoyan con palabras de
aliento y fortaleza. A mis hijos
Andrea, Adolfo y Keisi por ser el
motivo que me impulsa día a día a
seguir adelante, en las penas y
alegrías siempre juntos, unidos en
la fe de Dios...los amo mucho.

Libia Luciana Almenara Sandoval

“Es por ello no sólo necesario sino también importante desde la captación del embarazo, entrevistar a la gestante sobre las características de su entorno laboral, los riesgos físicos y psicosociales a que se expone durante el mismo, para prevenir futuras consecuencias negativas para el buen término del embarazo y el nacimiento sin problemas del bebé”.

MSc. María de Lourdes Marreno Santos

Dr. Jorge Juan Román Hernández

Dr. Nelly Salomón Avich

(La Habana Cuba)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
--------------------	---

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO	10
1. Problema de Investigación	10
2. Objetivos.....	17
3. Marco Teórico	18
4. Hipótesis	38

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	40
1. Técnica, Instrumentos y Materiales de Verificación	40
2. Campo de Verificación	41
3. Estrategia de Recolección de Datos	42
4. Estrategia para manejar resultados	43

CAPÍTULO III

RESULTADOS	44
DISCUSIÓN	66
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	69
WEBGRAFÍA	70
ANEXOS	72

RESUMEN

El presente estudio lleva como enunciado Factores laborales relacionados al autocuidado de la salud gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María, en la ciudad de Arequipa 2013-2015. Teniendo en cuenta que hoy en día las mujeres tienen la necesidad de aportar económicamente en el hogar, incorporándose cada vez más en el campo laboral; se ha visto que existe un descuido en su salud cuando quedan embarazadas; por lo que cabe la probabilidad de que existan factores laborales relacionados con los autocuidados de su salud gestacional.

Objetivos: Identificar los factores laborales, precisar el autocuidado de la salud gestacional y establecer la relación que existe entre los factores laborales y el autocuidado de la salud gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María.

Material y métodos: La presente investigación es de campo, retrospectivo de corte transversal. Se aplicó una entrevista que constó de cuatro partes, una sobre datos generales, otra sobre preguntas relacionadas a los factores laborales, otra sobre preguntas relacionadas a los autocuidados de la salud gestacional y la cuarta parte relacionadas al desgaste emocional. Contando con una muestra de 23 trabajadoras gestantes, las cuales fueron entrevistadas.

Resultados: En cuanto a los factores laborales en mujeres trabajadoras se encontró lo siguiente: un 60,9% tuvieron un contrato a tiempo determinado, el 56,5% tuvieron temor a perder el trabajo cuando quedaron embarazadas, el 69,6% tuvieron falta de apoyo en el trabajo para asistir a sus controles prenatales, el 78,3% no planificó su embarazo, el 56,5% no acuden a sus controles prenatales, el 73,9% no consumieron sus suplementos vitamínicos, el 82,6% no asistió a la Psicoprofilaxis Obstétrica, el 78,3% no se auto-medica y el 73,9% aplazó su descanso prenatal. Lo más significativo en cuanto al autocuidado fue que en mujeres trabajadoras se percibió que un 52,2% tuvo un autocuidado inadecuado.

Conclusión: Como resultado de la investigación se estableció que en su mayoría las mujeres trabajadoras evidencian un inadecuado autocuidado. Además se concluyó que existió una relación entre el autocuidado y dos de los factores laborales los cuales son: la ocupación que desempeñan y el sentimiento de discriminación en las mujeres trabajadoras; no sucediendo esto con los demás factores laborales.

Palabras Claves: Factores Laborales, Autocuidado, Salud Gestacional y Trabajo.



ABSTRACT

This study takes as a statement related to self-care labor factors of gestational women health workers at the Catholic University of Santa Maria in the city of Arequipa 2013-2015. Given that today women have the need to contribute economically at home, sitting increasingly in the workplace; it has been seen that there is an oversight on their health when they become pregnant; so there is the likelihood that there labor considerations related to self-care of gestational health. Objectives: To identify occupational factors, precise gestational self-care health and establish the relationship between work factors and self-care health gestational working women of the Catholic University of Santa Maria.

Methods: This research is a field, cross-sectional retrospective. An interview consisted of four parts, one on general data on questions related to other work factors, another on questions related to self-care health and gestational quarter related to emotional stress was applied. Counting on a sample of 23 pregnant workers, who were interviewed.

Results: In terms of occupational factors in women workers the following was found: 60.9% had a fixed-term contract, 56.5% were afraid of losing their jobs when they became pregnant, 69.6% lack of support at work to attend prenatal checkups, 78.3% did not plan their pregnancy, 56.5% do not attend prenatal checkups, 73.9% did not consume vitamin supplements, 82.6% no attended the Psicoprofilaxis Obstetric, 78.3% are not self-medical and 73.9% postponed prenatal rest.

The most significant in terms of self-care that working women was perceived that 52,2% had inadequate self-care.

Conclusion: As a result of the investigation it was established that most working women show an inadequate self-care. It was also concluded that there was a relationship between self-care and two of the occupational factors which are: their occupation and the feeling of discrimination on women workers; not happening with other occupational factors.

KEYWORDS: Labor Factors, Self-care, Health and Work Gestational.



INTRODUCCIÓN

En la actualidad podemos observar que se ha incrementado la cantidad de mujeres en centros laborales; en vista que el aporte económico del varón en el hogar ha quedado insuficiente y por otro lado vemos que hay madres solteras que se suman a esta situación económica; ya que tienen que enfrentar ambos roles tanto en el hogar como en el trabajo. Tal es así que se ha observado que las madres trabajadoras, muestran mayor interés en sus obligaciones laborales que en su propia salud, por lo que existen factores labores y presiones de las jefaturas que afectan el autocuidado en la salud gestacional de la mujer trabajadora; y por ende ser un factor desencadenante de stress y patologías en los recién nacidos. En el caso de la mujer embarazada, como ocurre con cualquier otro tipo de trabajador, la prevención de riesgos laborales debe establecer mecanismos que faciliten el mantenimiento de un nivel de salud óptimo, sin que la realización de su actividad laboral suponga un deterioro de la misma. La protección al embarazo se considera una responsabilidad compartida entre los gobiernos y la sociedad, y para garantizarla se ha desarrollado una legislación exhaustiva que penaliza las irregularidades que se pueden producir en este ámbito.¹

Lo que ha motivado a realizar la presente investigación a fin de contribuir a la prevención y solución de probables problemas de salud de la mujer gestante trabajadora y por ende la de su niño; existen estudios que nos demuestran que un desgaste emocional y/o estrés elevado puede ocasionar riesgos como un parto prematuro o un crecimiento fetal deficiente. Es por ello que podríamos aplicar medidas de prevención en la mujer gestante trabajadora manteniendo el bienestar de la mujer gestante y la satisfacción laboral, logrando un menor nivel de estrés y mayor control del personal de trabajo; incrementando la productividad y efectividad de la madre trabajadora; manteniendo una buena salud.

¹ David Aguado, Marino Casado y Naira Delgado. Factores Psicosociales relacionados con la Seguridad y el bienestar Laboral durante el Embarazo y la Lactancia (2009-2010), Santa Cruz De Tenerife-España. Disponible en: <http://docplayer.es/11207302-Factores-psicosociales-relacionados-con-la-seguridad-y-el-bienestar-laboral-durante-el-embarazo-y-la-lactancia.html>



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.ENUNCIADO:

"Factores laborales relacionados al Autocuidado de la Salud Gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2013-2015"

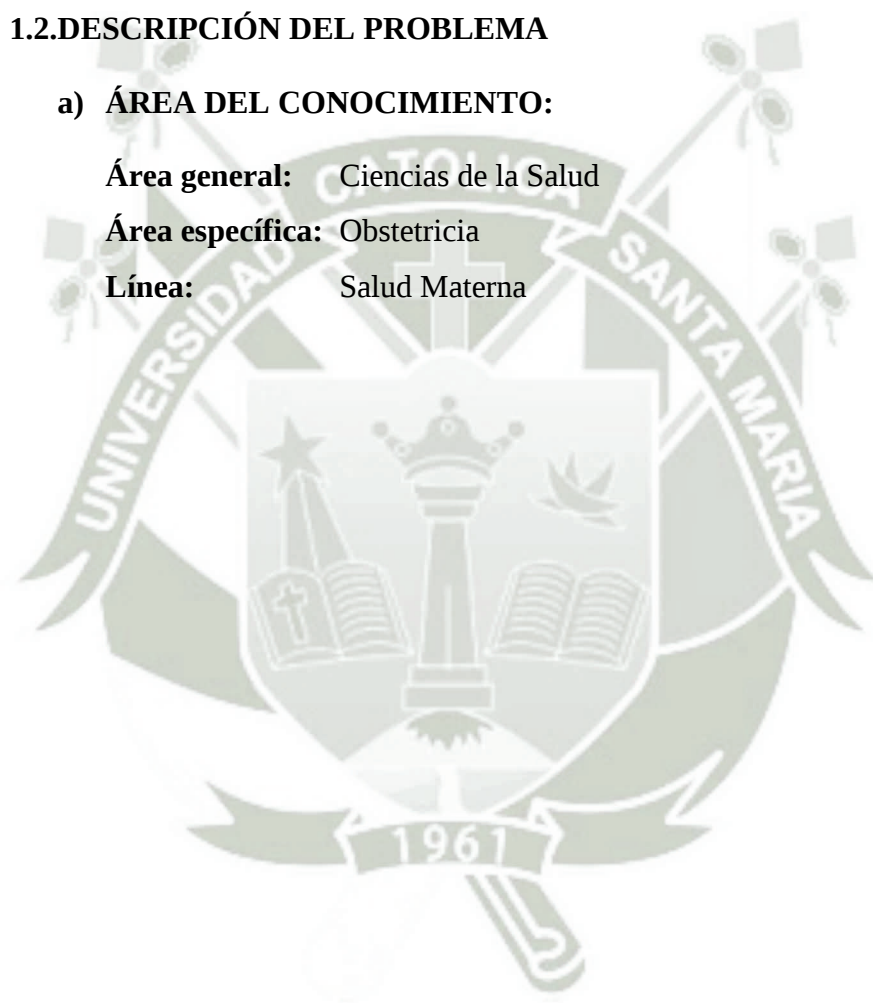
1.2.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a) ÁREA DEL CONOCIMIENTO:

Área general: Ciencias de la Salud

Área específica: Obstetricia

Línea: Salud Materna



b) ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Indicadores	Sub Indicadores
Variable Independiente Factores Laborales	1. Condición Laboral	a) Contratada a tiempo indeterminado b) Contratada a tiempo determinado
	2. Ocupación o puesto que desempeña	a) Administrativos: Secretaria Técnico Asistente b) Docentes c) Servicio
	3. Horas dedicadas a su Trabajo	a) De 8 a más horas al día(Horas Administrativas) b) Menos de 8 horas al día(Horas Académicas)
	4. Cansancio emocional de acuerdo a cuestionario de Burnout (Stress Laboral)	a) Baja menos de 19 puntos b) Intermedio de 19 a 26 puntos c) Alta más de 26 puntos
	5. Comportamiento de la mujer embarazada frente al trabajo	a) Temor de perder el trabajo. b) Sentimiento de discriminación. c) Apoyo laboral para el CPN d) Auto exigencia.
Variable Dependiente Autocuidado de la Salud Gestacional	1. Gestación Planificada.	a) Si b) No
	2. Periodo Inter-genésico Adecuado.	a) Primer embarazo b) Entre los 3 a 5 años c) Antes de los 2 o más de 5 años
	3. Controles Prenatales	a) Menos de 6 controles b) De 6 a más controles
	4. Suplementos vitamínicos	a) Si consume por lo menos desde el inicio hasta el término del embarazo b) No consume o deja de consumir
	5. Alimentación adecuada.	a) Buena b) Regular c) Mala
	6. Peso adecuado al término del embarazo	a) Adecuado para la edad gestacional b) Alto para la edad gestacional c) Bajo para la edad gestacional
	7. Psicoprofilaxis Obstétrica	a) Si asisten a todas sesiones b) No asisten o asisten a algunas sesiones
	8. Automedicación	a) Si b) No

	9. Descanso pre y postnatal establecido por ley.	a) Sin aplazamiento del descanso prenatal (45 días prenatal y 45 días post natal) b) Con aplazamiento del descanso prenatal
Variable Interviniente	10. Edad	a) 20-29 años b) 30 a más años
	11. Grado de Instrucción	a) Nivel Secundario b) Nivel Técnico c) Nivel Universitario

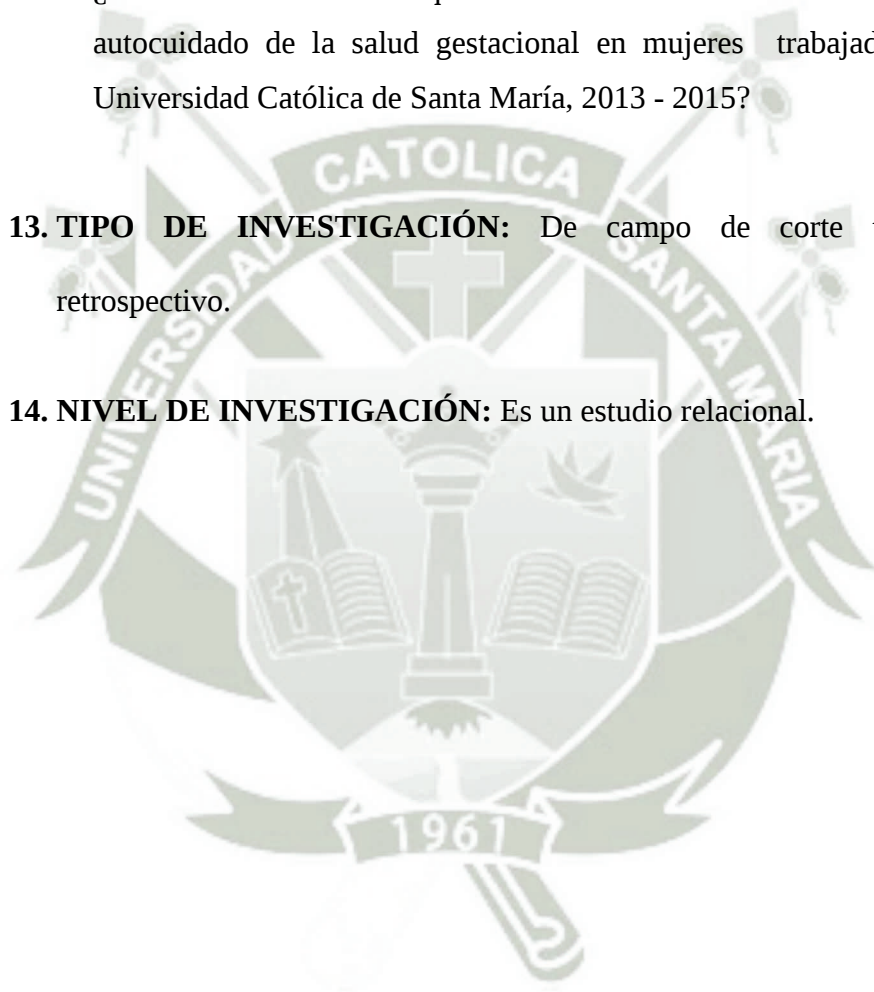


12. INTERROGANTES BÁSICAS:

- ¿Cuáles son los factores laborales en mujeres trabajadoras gestantes de la Universidad Católica de Santa María, 2013-2015?
- ¿Cuál es el autocuidado de la salud gestacional que tienen las mujeres trabajadoras de Universidad Católica de Santa María, 2013-2015?
- ¿Cuál es el la relación que existe entre los factores laborales y el autocuidado de la salud gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María, 2013 - 2015?

13. TIPO DE INVESTIGACIÓN: De campo de corte transversal, retrospectivo.

14. NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Es un estudio relacional.



1.3.JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio posee originalidad específica porque no se ha encontrado estudios iguales como éste en nuestra localidad, pero si a nivel nacional e internacional indirectamente relacionados.

Es conveniente; que se tenga en cuenta que el embarazo constituye un período potencialmente estresante para las mujeres y aún más para mujeres trabajadoras, pues se enfrentan al reto de enfrentar los roles maternal y profesional. Existen aún perjuicios encubiertos a los que debe enfrentar la mujer trabajadora cuando planifica o no su embarazo. Este proyecto de investigación tiene por objetivo profundizar en el análisis de relación que tienen los Factores Laborales y el Autocuidado de la Salud Gestacional de las madres que desempeñan con responsabilidad su condición laboral y el estrés que pueden causar estos factores.

El presente trabajo de investigación posee gran relevancia social, ya que nos permitirá identificares los factores laborales, conocer el autocuidado en la salud gestacional y la relación entre ambos de las mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María y de acuerdo a los resultados que se ha llegado, se propone soluciones acorde a las variables e indicadores analizados.

Además tiene relevancia científica en el medio porque no se ha registrado antecedentes investigativos exactos sobre el presente estudio, pero si existen algunas investigaciones que se relacionan al tema indirectamente. De esta manera justificamos la novedad ya que la información brindada al realizar el estudio permitirá aportar soluciones a esta problemática.

Con los resultados obtenidos contribuiremos a favorecer la creación y/o fortalecimiento de políticas sanitarias y educativas en mejora de la calidad de autocuidado de la gestante en beneficio de su salud en relación al entorno laboral y disminuyendo el estrés al cual están sometidas, elaborando un buen

sistema organizacional a favor de la mujer gestante trabajadora y de la institución.

Es un trabajo factible de realizar, ya que se cuenta con una población cercana y de fácil acceso.

Además el presente estudio tiene un interés personal porque permitirá contribuir al fortalecimiento de las políticas sanitarias educativas de la salud de las madres en la Universidad Católica de Santa María.



2. OBJETIVOS

- Identificar los factores laborales en mujeres trabajadoras gestantes de la Universidad Católica de Santa María, 2013-2015.
- Precisar el Autocuidado de la salud gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María, 2013-2015.
- Establecer la relación que existe entre los factores laborales y el autocuidado de la salud gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María, 2013-2015.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. Marco Conceptual:

3.1.1. CONCEPTOS GENERALES:

A. SALUD: La Organización Mundial de la Salud define la salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1946).²

B. AUTOCUIDADO: Comprende las actividades que la persona inicia y desempeña sobre sí mismo(a), para mantener el bienestar total (holístico). El auto cuidado se relaciona con la auto responsabilidad, por lo cual, es “quererse a sí mismo”.³

- **Autorresponsabilidad.-** Es la habilidad de la persona para responder a las elecciones y actividades correctas que conduzcan a la integración de la mente, el cuerpo y el espíritu.

- **Pilares Fundamentales del Autocuidado.-**

Conocimiento: Percepción Positiva, Percepción Negativa y Actividad Confrontación Social.

Identidad: El proceso de lograr la identidad, genera la capacidad de confrontar entre la capacidad real y el deseo ideal, hasta llegar a la integración y a la aceptación para tener la responsabilidad por el propio cuidado, y establecer de esa manera metas prácticas y reales, combinadas con los valores morales y las necesidades vitales.

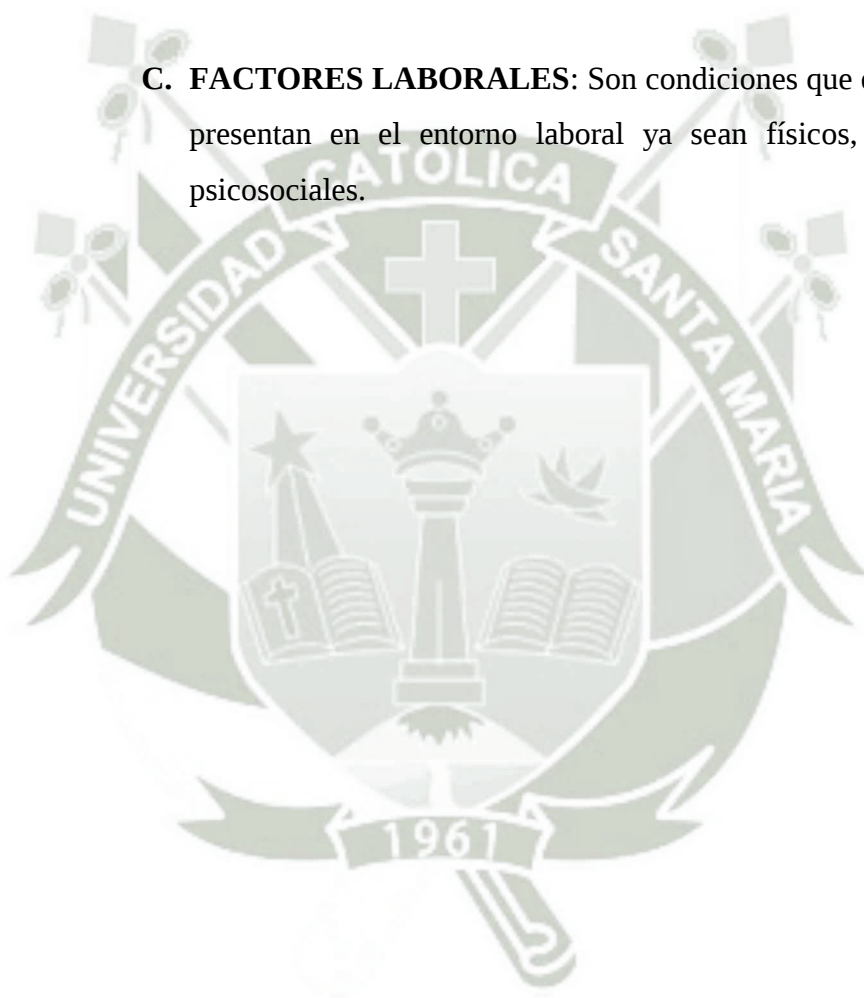
² Concepto de Salud. OMS. 1958. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

³ Concepto de Autocuidado. Salud Sexual y Reproductiva. José Salvador Guerra Mejía. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos91/lo-bueno-del-sexo/lo-bueno-del-sexo.shtml>

Autoestima: La autoestima es el conocimiento, entendimiento y aceptación de sí mismo-a, que conduce a una confianza y valoración por la propia persona, para ayudarle a mantener altos niveles de bienestar físico, mental, emocional y espiritual.

Trascendencia: Nadie nos va a valorar si nosotros mismos no tenemos nuestra propia valoración.... además, las otras personas harán, lo que nosotros les permitamos que nos hagan.

C. FACTORES LABORALES: Son condiciones que existen o se presentan en el entorno laboral ya sean físicos, sociales y psicosociales.



3.1.2. FACTORES LABORALES EN MUJERES TRABAJADORAS

1. **Condición Laboral:** constituye un factor relacionado con su condición de contrato ya que puede que afecte su situación y temor a su entorno laboral. Existen modalidades de contrato como:

-**Contrato a tiempo determinado.**- Es un acuerdo laboral que se realiza con tiempo específico de duración. Es decir, en los contratos bajo esta figura se fija la fecha de inicio y final de la relación laboral entre patrono y empleado.

-**Contrato a tiempo indeterminado.**- Es aquel que tiene fecha de inicio pero no especifica una fecha de terminación, de modo que se presume que, teóricamente, el contrato finalizaría cuando el trabajador se encontrara en condiciones de jubilarse.

2. **Ocupación y Puesto que desempeña:** Dependiendo del puesto de trabajo ya sea como profesional, técnico, auxiliar y/o de servicio esta puede constituir un impedimento para dedicarse a su salud en su condición de mujer embarazada.
3. **Horas dedicadas al trabajo:** las horas dedicadas a un puesto de trabajo condicionan también un factor asociado a la mujer embarazada trabajadora.

Las mujeres que trabajen en un ambiente de mucho estrés laboral y durante muchas y largas horas, o incluso que ocupen un puesto de trabajo solitario, pueden padecer de estrés, de ansiedad y de depresión.⁴

4. **Estrés Laboral:** Es el estado general de tensión que desencadena diferentes reacciones desde el punto de vista emocional, cognitivo, fisiológico y del comportamiento, las cuales nos vienen determinadas por agentes adversos de los lugares o situaciones en las que trabajamos.

⁴ Estrés Laboral en el embarazo. Susana Zazo. Disponible en: <http://www.bebesymas.com/embarazo/estres-laboral-en-el-embarazo-que-puede-provocarlo>

Se caracteriza por un nivel elevado de ansiedad y angustia, estas alteraciones son causadas principalmente por factores relacionados directamente con el ámbito profesional, pudiendo llegar a anular a la persona para el desempeño de sus funciones en su puesto de trabajo.⁵

El cuestionario de Maslach Burnout Inventory es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Mide una escala que tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituida por 22 ítems; utilizado para medir el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Para el presente estudio utilizaremos la primera parte relacionada al agotamiento personal.⁶

Medición del desgaste emocional o agotamiento emocional:

- Bajo: menos de 19 puntos. No sugiere tomar decisiones.
- Intermedio: de 19 a 26 puntos. Sugiere desarrollar un plan para corregir las áreas problema.
- Alto: más de 26 puntos. Necesidad urgente de tomar acciones correctivas.

5. Actitudes hacia el embarazo en el trabajo: La protección de las mujeres embarazadas en los lugares de trabajo sigue siendo un reto, ya que en muchas ocasiones se continúa con los perjuicios y actitudes hacia las mujeres embarazadas en el entorno laboral, y que contaminan las prácticas y políticas organizacionales.

A nivel organizacional, las empresas consideran que un embarazo puede acarrear múltiples problemas desde el punto de vista económico; estos factores pueden repercutir en el bienestar laboral, provocando niveles de estrés y malestar generando: temor a perder el trabajo por su condición de gestante, sentir discriminación por su condición de

⁵ Concepto de estrés laboral. Fernando Millares. Madrid. Disponible en: <http://www.fernandomiralles.es/estreslaboral.pdf>

⁶ Ortega y López. El Burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas (Universidad de Almería, España). International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol.4, N°1, pp. 137-160. 2004.

gestante, insatisfacción por no contar con el apoyo del empleador para asistir puntualmente a sus controles y auto exigencia en el desempeño de sus funciones dejando de lado su salud en su condición de gestante.



3.1.3. AUTOCUIDADOS EN LA SALUD GESTACIONAL

1. **GESTACIÓN PLANIFICADA:** La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud sexual como:

“La integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación, de dar y recibir amor”.

Desde esta concepción la salud sexual busca promover el desarrollo de una sexualidad saludable, placentera y sin riesgos en todas las etapas de la vida, y abarca aspectos físicos, psíquicos y sociales. La procreación responsable es un derecho cuyo ejercicio permite, entre otras cosas:

- Elegir el número de hijos que cada pareja decida tener.
- Aumentar los intervalos intergenésicos (mínimo 2 años).
- Disminuir la mortalidad materna.
- Evitar los embarazos no deseados.

2. **PERIODO INTERGENÉSICO:** Es el intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre los embarazos y también les permite valorar y pensar bien el número de hijos que se desean tener. Éste es un derecho que se fortalece con la ayuda de la planificación familiar, se debe dejar pasar un período o intervalo de tiempo entre un embarazo y otro, para aumentar las condiciones saludables de un nuevo embarazo, tanto para la salud de la madre como la del futuro bebé. De ahí la importancia de una buena planificación familiar para evitar complicaciones tanto a corto como a largo plazo. No esperar a que pasen al menos dos años puede traer complicaciones para el bebé y para la madre y también más de 5 años o 10 años.

En el caso del bebé puede suponer retraso en el crecimiento en el útero de la madre, placenta previa, aborto espontáneo, etc. Para la madre puede suponer un envejecimiento precoz de las células que pueden derivar en problemas del sistema nervioso, músculos, órganos, etc.

3. CONTROL PRENATAL: Control Prenatal es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.⁷ Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Para ello debemos tener en cuenta lo siguiente:

- El número óptimo de controles prenatales (CPN) y la frecuencia (3,4).
- El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN⁸, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación (2).

4. SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS EN LA GESTACIÓN:

Elena Calle Teixeira, ginecóloga obstetra, miembro titular de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, reconoció que el ácido fólico es importante en la prevención de las malformaciones asociadas al tubo neural.⁹

Sin embargo, recomendó reforzar el consumo de este elemento con multivitamínicos que contengan otros nutrientes y minerales importantes como el hierro, calcio, magnesio, manganeso, entre otros.

⁷ SCHWARCZ Ricardo. Obstetricia, 6ta ed. Editorial El ateneo. Argentina, 2009. P175

⁸ Control Prenatal. 2016. Disponible en : http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=14501

⁹ Suplementos Vitamínicos en gestantes. Elena Calle Teixeira. 2013. Disponible en: <http://peru.com/estilo-de-vida/vida-sana/suplementos-vitaminicos-gestantes-aumenta-probabilidades-tener-bebe-sano-noticia-206226>

La mayoría de los defectos congénitos ocurren durante los primeros tres meses del embarazo y los bebés con estas anomalías pueden necesitar de una cirugía u otros tratamientos médicos.

Calcio: Las necesidades de calcio se estiman en 1000 mg por día. Los productos lácteos son la principal fuente. El calcio participa en la formación de huesos y dientes. Un déficit del mineral puede determinar un parto prematuro e hipertensión. Es importante tener en cuenta que si el calcio no es obtenido de la dieta es movilizado desde el tejido óseo materno, lo cual puede llevar a complicaciones en etapas posteriores de la vida de la mujer.

Hierro: las necesidades de hierro se duplican durante el embarazo y es prácticamente imposible cubrirlas mediante la alimentación. Eso lleva a la necesidad de utilizar suplementos en forma rutinaria. Las principales fuentes de hierro son las carnes, huevos, legumbres, algunos vegetales como la acelga y la espinaca, leches fortificadas y cereales fortificados.

Zinc: el déficit se ha asociado con el bajo peso al nacer y el parto prematuro. Las principales fuentes son mariscos, carnes, lácteos, huevos, cereales integrales y pescado.

Ácido fólico: El déficit de ácido fólico puede provocar defectos de cierre del tubo neural o un parto prematuro. Se encuentra en hígado, legumbres, espinaca, remolacha. La suplementación con ácido fólico debe realizarse desde la semana 6 u 8 antes de la concepción hasta finalizar el primer trimestre de embarazo.

5. ALIMENTACIÓN ADECUADA:

➤ **Promover el consumo diario de frutas y verduras fuentes de vitamina A, vitamina C y Fibra:**

- Consumo de alimentos ricos en vitamina A: Es recomendable que una mujer gestante y una mujer que da de lactar consuman todos los días alimentos vegetales con alto contenido de carotenos, como papaya, mango, plátano de la isla, zanahoria, zapallo y hortalizas de hoja verde oscuro (espinaca, acelga). La alimentación con adecuado aporte de grasa ayudará a una mejor absorción de esta vitamina. Recordemos que una mejora en el estado de vitamina A, resultará en menor riesgo de mortalidad infantil.¹⁰
- Consumo de alimentos ricos en vitamina C: Respecto a la Vitamina C, se ha señalado valores bajos de esta vitamina en plasma con relación a problemas de pre eclampsia y rotura prematura de las membranas, la carencia afecta la evolución o el resultado final del embarazo. Las frutas cítricas como la naranja, mandarina, limón, toronja, aguaje, maracuyá son fuentes de vitamina C. como también otras frutas no cítricas (piña, papaya), así como las verduras como el tomate. Se aconseja que la mujer gestante y la mujer que da de lactar consuma diariamente alimentos ricos en vitamina C. Al ingerir estos alimentos junto con alimentos fuentes de hierro de origen vegetal, se contribuye a que estos últimos se absorban y se utilicen mejor por el organismo.
- Consumo de alimentos ricos en fibra: La disminución de la motilidad intestinal, inactividad física y presión que ejerce el peso del útero a nivel de los intestinos ocasionan con frecuencia que las mujeres gestantes sufran de estreñimiento durante los últimos meses de gestación. El aumento del consumo de agua y otros líquidos y alimentos ricos en fibra ayudan a prevenir el estreñimiento, tanto de la mujer gestante como la que da de lactar. Es recomendable el consumo de cereales de granos

¹⁰ Lineamientos de Nutrición de la Mujer Gestante y de la Mujer que da de Lactar.
Disponible en:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/.../LINEAMIENTOS%20DE%20NUTRICION%20MATERNA...>

enteros, productos integrales frijoles, frutas y verduras los que tienen un alto contenido en fibra.

- **Fomentar el consumo de tres comidas principales al día más una ración adicional para la mujer gestante y tres comidas principales al día más dos raciones adicionales para la mujer que da de lactar:** Durante el embarazo, las mujeres necesitan consumir mayor cantidad de alimentos para hacer frente al esfuerzo suplementario que dicho estado exige a su cuerpo y cubrir así las necesidades nutricionales del niño en formación y de ella misma. Es por ello que la mujer gestante debe consumir diariamente una ración más de las que consumía cuando no estaba gestando, para que no se agoten sus reservas nutricionales.

Además toda mujer gestante, debe ganar peso en esta etapa por lo tanto debe aumentar la cantidad de alimentos que consume diariamente. El consumo de una ración adicional a las comidas principales puede asegurar este incremento.

- **Si durante el embarazo la mujer presenta vómitos excesivos, se recomienda fraccionar el número de comidas, sin disminuir la cantidad total de alimentos que la madre debe consumir diariamente:** Se recomienda evitar el consumo de alimentos chatarra (golosinas, papas fritas en hojuela y otros alimentos similares, etc) pues aunque ellos pueden saciar el hambre, no van aportar lo que la madre y su niño requieren.
- **Recomendar disminuir el consumo de café, gaseosas, golosinas y dulces durante la gestación y la lactancia.**
- **Se recomienda a las mujeres gestantes y mujeres que dan de lactar que limiten su consumo de café y otras bebidas (té, cacao, ciertos refrescos), ya que estudios epidemiológicos demuestran la asociación que más de ocho tazas de café produce mayor frecuencia de abortos:** Asimismo, el café, té, cocoa y chocolate, interfieren la absorción de hierro. Es necesario también disminuir el consumo de

gaseosas, golosinas y dulces, ya que su consumo exagerado puede ocasionar problemas de sobrepeso y/u obesidad.

6. **PESO ADECUADO:** El peso de la madre durante el embarazo aumenta a expensas del peso del feto, el peso del líquido amniótico, placenta y membranas ovulares, el incremento del tamaño del útero, la retención de líquidos maternos y el inevitable depósito de grasa en tejidos maternos. El metabolismo de la madre también incrementa durante el embarazo.

Control de peso. Durante los primeros meses de embarazo puedes aumentar de peso entre una y dos libras, dependiendo de cómo te afecten las náuseas.

La ganancia de peso durante el embarazo depende del estado nutricional pre-gravídico, que se obtiene de dos formas; por un lado, el peso y la talla tomadas en el primer control prenatal del primer trimestre del embarazo y, por otro lado, mediante el peso pre-gestacional manifestado por la gestante y la talla obtenida en el primer control prenatal. Se recomienda que la gestante con peso normal al inicio del embarazo tenga una GP entre 11,5 y 16 k; si tiene peso bajo, la GP debe ser 12,5 a 18 k; si sobrepeso, la GP será 7 a 11,5 k; y si es obesa, la GP será de 5 a 9 k.¹¹

7. **AUTOMEDICACIÓN EN LA GESTACIÓN:** es la medicación sin consejo médico. Crea diversas complicaciones si no se tienen suficientes conocimientos. La automedicación es la utilización de medicamentos por iniciativa propia sin ninguna intervención por parte

¹¹ Estado Nutricional y Ganancia de Peso en gestantes peruanas. Lima. 2009-2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n2/a02v75n2.pdf>

del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o supervisión del tratamiento).¹²

La automedicación en un hábito común en nuestra sociedad y no está exento de riesgos: utilizamos medicamentos para el dolor de cabeza, para problemas gástricos, para relajarnos, para la tos, para la alergia, etc.

La automedicación responsable puede ser conveniente si se utiliza para tratar síntomas menores como el dolor, la fiebre, la acidez de estómago, el resfriado, etc. y durante un tiempo limitado. Se relaciona al trabajo ya que como no cuenta con el permiso de su área donde labora prefiere auto medicarse.

8. PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA: Según el Ministerio de Salud: "Es el conjunto de actividades orientadas a brindar una preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para lograr un embarazo, parto y postparto sin temor y disminuir sus complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbilidad materna perinatal".

Se recomienda empezar desde el primer trimestre donde se tocan temas de educación decisivos para su salud como por ejemplo: nutrición, signos de alarma, sexualidad, como técnicas de respiración y relajación. Las clases son desarrolladas por profesionales Obstetras, quienes saben de tu embarazo y la mejor metodología de preparación para el parto paquetes de Psicoprofilaxis obstétrica: 7 sesiones de 2 horas cada una.¹³

La finalidad es contribuir a reducir la morbilidad materna y perinatal mejorando la calidad de atención de la calidad de la gestante y el recién

¹² Riesgos de la automedicación. 2015. Disponible en: <http://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/farmacia/riesgos-de-la-automedicacion>

¹³ Universidad Técnica de Ambato Facultad Ciencias de la Salud Estimulación Temprana Psicoprofilaxis. Tannia Carrasco. Disponible en: <http://es.slideshare.net/TanniaCarrasco1994/tanniacarrasco-practica01>

nacido a través de la Psicoprofilaxis y estimulación prenatal en los establecimiento de salud.¹⁴

Objetivos:

- Capacitar a la gestante, teórica, física y psicológica, acerca de los cambios fisiológicos del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones.
- Motivar que el mayor número de gestantes acuden a la atención prenatal y promover el parto institucional.
- Desarrollar actividades específicas por grupos de gestantes, considerando factores como edad, paridad y situaciones especiales.
- Estimular la participación activa de la gestante durante el trabajo de parto y parto.
- Fomentar y comprometer la participación y acompañamiento de la pareja durante la gestación, parto y postparto.
- Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica, acorde con los hallazgos clínicos.
- Capacitar a los gestantes para el cuidado del recién nacido.
- Promover la lactancia materna
- Promover la elección de un método de planificación familiar postparto.
- Apoyar en la elaboración del plan para la atención del parto o en caso de una emergencia obstétrica.

Beneficios de la Psicoprofilaxis:

- Para la Madre: Contracciones uterinas regulares, menor duración del trabajo de parto y menor sensación dolorosa para el parto, dilatación uterina cervical más fácil, menor uso de analgésicos y anestésicos menor parto de cesárea o instrumentados, menos pérdidas sanguíneas la adecuada

¹⁴ Ministerio de Salud. Guía Técnica de la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. 2011. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>

respiración y relajación oxigena mejor a sus tejidos y por ende al bebe, mayor capacidad para la lactancia

- Para el bebé: Disminuye la morbilidad del recién nacido, la calificación del estado de nacimiento es mejor, menos asfixia neonatal, disminuyen las lesiones obstétricas, mejor desarrollo psicomotor y mejor integración socio familiar
- Para la familia: La participación activa del padre conseguirá mayor armonía familiar, menos tasa de abandonos y violencia familiar.

9. DESCANSO PRE Y POST NATAL: De acuerdo a la Ley N° 26644, ley que precisa el goce del derecho de descanso pre natal y post natal de la trabajadora gestante a gozar de cuarenta y cinco (45) días de descanso pre natal y de cuarenta y cinco (45) días de descanso post natal. Además la Ley N° 28048 y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2004-TR, establecen medidas de protección a favor de la mujer gestante que realiza labores que pongan en riesgo su salud y/o el desarrollo normal del embrión y el feto.¹⁵

El descanso por maternidad es el derecho de la trabajadora derivado del proceso biológico de la gestación que le permite gozar de noventa (90) días naturales de descanso distribuido en un período de cuarenta y cinco (45) días naturales de descanso pre natal y un período de cuarenta y cinco (45) días naturales de descanso post natal y en los casos de nacimiento múltiple el descanso post natal se extenderá por treinta (30) días naturales adicionales.

La trabajadora gestante puede optar por diferir en todo o en parte el goce del descanso pre natal, en cuyo caso el número de días naturales

¹⁵ Ley 26644, Ley que precisa el descanso pre y post natal de la gestante. 1996. Disponible en: <http://www.laboraperu.com/ley-26644-comentada-descanso-maternidad.html>

diferidos se acumulará al período de descanso post natal. Para dicho efecto, deberá comunicar por escrito su decisión al empleador hasta dos (2) meses antes de la fecha probable del parto, indicando el número de días de descanso pre natal que desea acumular al período de descanso post natal y acompañando el correspondiente informe médico que certifique que la postergación del descanso pre natal por dicho número de días no afectará de ningún modo a la trabajadora gestante o al concebido; pudiendo éste ser variado por razones de salud de la gestante o del concebido debido a una contingencia imprevista.

Esta decisión no requiere aceptación ni aprobación del empleador, por lo que la postergación produce efectos desde la recepción del documento que la comunica.

El 22 de Marzo del 2015 se publicó la Resolución Legislativa 30312, que aprueba el Convenio 183 de la Organización Internacional del Trabajo referido a la protección de la maternidad. Con ello a partir del 2016 el descanso por maternidad deberá ser no menor de 98 días (14 semanas).

El goce de descanso pre natal podrá ser diferido, parcial o totalmente, y acumulado por el post-natal, a decisión de la trabajadora gestante. Tal decisión deberá ser comunicada al empleador con una antelación no menor de dos meses a la fecha probable del parto. El descanso postnatal se extiende por treinta (30) días naturales adicionales en los casos de nacimiento múltiple o nacimiento de niños con discapacidad.

3.1.4. FACTORES INTERVINIENTES EN MUJERES TRABAJADORAS

Edad: Entre los 20 y los 50 años son muchas las diferencias en la vida sexual de una mujer; como la frecuencia de sus encuentros sexuales, la forma de relacionarse y hasta la forma en cómo se manifiesta el deseo; por lo que podemos decir que esto depende de factores biológicos, psicológicos y sociales. Por lo que la edad determina un nivel de maduración física y mental; para actuar frente a un determinado acontecimiento en la etapa de su vida como el embarazo.

Grado de instrucción: Es el nivel más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Se distinguen los siguientes niveles:

- Primarios y menos. Personas que no saben leer ni escribir, personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios.
- Secundarios. Estudios de Educación Secundaria Obligatoria y similares.
- Formación Técnica.
- Formación Profesional. Estudios de Formación Profesional.
- Superiores así como de doctorado y especialización.

Mientras más alto es su grado de instrucción buscan mayor información y tienen un mayor interés sobre los cuidados que deben tener en la etapa gestacional. Mientras que los que tienen un grado de instrucción bajo presentan un nivel de conocimientos bajos en relación al embarazo.

3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos:

➤ ESTUDIOS INTERNACIONALES:

1. Ciudadanía y Autocuidado en Salud Reproductiva y Sexual: Un Estudio Exploratorio en mujeres trabajadoras de los Sectores Salud y Educación. Universidad De Chile. 1999.¹⁶

RESUMEN: Se relacionan las temáticas de Ciudadanía y Autocuidado en la Salud Reproductiva y Sexual, refiriéndose un estudio de mujeres que trabajan en las áreas de salud y educación con formación universitaria y técnica. A través de un encuadre metodológico cualitativo basado en entrevistas en profundidad se analizan las prácticas de autocuidado en estas áreas y se contrastan las carencias determinadas por creencias, contenidos cognitivo-emocionales y relaciones proveedor/usuario que inhibe su fortalecimiento. Consecuentemente se establecen derechos ciudadanos en el ámbito de la salud reproductiva, los cuales asegurarían mayores niveles de responsabilidad y de autonomía en el Autocuidado, reforzando el establecimiento de ciudadanías activas. Las mujeres consultadas realizan prácticas de autocuidado, existen variables de género que influyen en las prácticas de autocuidado de las mujeres de ambos grupos, existen relaciones ambivalentes entre los factores facilitadores y obstaculizadores del autocuidado, existen paradojas entre las creencias y las acciones de autocuidado, existe una desexualización de la salud sexual y reproductiva y existe una evasión de las conductas preventivas.

CONCLUSIONES: Facilitar el acceso de la mujer a los servicios de salud e iniciar programas de educación en salud sexual y reproductiva.

¹⁶ Sergio Gonzales Rodríguez y Marcela Arriagada Pincetti. Ciudadanía y Autocuidado en Salud Reproductiva y Sexual: Un Estudio Exploratorio en mujeres trabajadoras de los Sectores Salud y Educación. Revista de Psicología - Universidad De Chile. 1999. 8 (1):1-15.

2. Factores Psicosociales relacionados con la Seguridad y el Bienestar Laboral durante el Embarazo y la Lactancia (2009-2010), Santa Cruz de Tenerife-España.¹⁷

RESUMEN: Este proyecto de investigación, premiado en la IV Convocatoria de Becas de I+D en Prevención de Riesgos Laborales de la Fundación PREVENT, tiene **como objetivo principal** profundizar en el análisis del impacto que tiene el embarazo en las relaciones con el entorno laboral de las mujeres. La muestra de mujeres embarazadas estuvo formada por un total de 188 participantes; de ellas, 110 mujeres respondieron el cuestionario de percepción del contexto laboral durante el embarazo en su versión simplificada, y 78 mujeres respondieron una versión ampliada, en la que se intercalaron ítems en positivo y en negativo. El grupo control estuvo formado por 134 mujeres.

El objetivo principal de esta investigación era profundizar en el análisis del impacto que produce la percepción de cambios en el contexto laboral para las mujeres que se encuentran en situación de embarazo. Para ello, el estudio se centró en determinar en qué medida la percepción que tienen las mujeres embarazadas de los cambios producidos en el contexto laboral influye en distintos componentes del estrés laboral, así como en la realización de prácticas vinculadas a la seguridad en el trabajo.

CONCLUSIONES: En este trabajo se desarrolló un instrumento para evaluar la percepción que tienen las mujeres embarazadas de su contexto laboral, distinguiendo cinco dimensiones: actitudes organizacionales ante el embarazo, oportunidades de promoción, centralidad del trabajo, auto-exigencia y valoración social del embarazo.

¹⁷ David Aguado, Marino Casado y Naira Delgado. Factores Psicosociales relacionados con la Seguridad y el bienestar Laboral durante el Embarazo y la Lactancia (2009-2010), Santa Cruz De Tenerife-España. Disponible en: <http://docplayer.es/11207302-Factores-psicosociales-relacionados-con-la-seguridad-y-el-bienestar-laboral-durante-el-embarazo-y-la-lactancia.html>

➤ ESTUDIOS NACIONALES:

- 1) **Rescatando el Autocuidado de la Salud durante el Embarazo, el Parto y al Recién Nacido: Representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. Ganador del Concurso de Proyectos de Investigación, del Consejo Superior de Investigación (CSI) en 2006. Financiado por el CSI de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM).**¹⁸

RESUMEN: Este estudio cualitativo tuvo el objetivo de conocer el autocuidado tradicional de mujeres nativas durante el embarazo, el parto y al recién nacido. Fueron efectuadas 16 entrevistas parcialmente estructuradas a madres y parteras de una comunidad nativa peruana. Con el soporte de la teoría de las representaciones sociales y el método etnográfico, emergieron tres categorías temáticas: los símbolos y prácticas tradicionales representadas al cuidarse, preparan a la gestante para un parto fácil; la partera, saberes, prácticas y objetos durante el parto, representan protección para el bebé; la partera y la madre aseguran los cuidados inmediatos y la alimentación del recién nacido. Finalmente, las prácticas de autocuidado tradicional se consideran de sentido común, transmitidas generacionalmente y destacando la mujer cuidadora.

Se objetiva respeto por su cosmovisión y naturaleza; y el anclaje de autocuidado está arraigado a sus costumbres, creencias, símbolos e imágenes, con poca integración del cuidado y salud occidental.

¹⁸ Rocío Elizabeth Chávez Alvarez, María Josefa Arraya Moncada, Gladys García Arias, Teresa Catalina Surca Rojas, María Virginia Infante Contreras. **Rescatando el Autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: Representaciones Sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú.** Ganador del Concurso de Proyectos de Investigación, del Consejo Superior de Investigación (Csi) En 2006. Financiado por el CSI de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400012

CONCLUSIONES: La perspectiva intercultural de esta investigación permitió identificar problemas del contexto social para una nueva visión que plantee retos en los profesionales de la salud a fin de brindar servicios articulados, culturalmente pertinentes y respetando el saber popular. Es así que la Etnografía como método unido a la teoría de las representaciones sociales, permitieron la construcción de los saberes y prácticas de autocuidado de la salud de la mujer en su contexto social y cultural.

Los mitos y sistemas de creencias presentes, son vistos como la versión contemporánea del sentido común dando origen a formas de conocimiento socialmente elaboradas y compartidas por las mujeres de la comunidad nativa que constituyen su medio ambiente simbólico. Se aprendió un poco más sobre el sentir, pensar y actuar de los pueblos nativos de la amazonia peruana, en lo que respecta al autocuidado de su salud, con énfasis en la cuidadora principal por excelencia, la mujer Shipibo-conibo, que prevalece a través de los tiempos.

El uso de plantas medicinales para mejorar las molestias del parto y la utilización de materiales rústicos y transmitidos por las mujeres más antiguas de las familias en la preparación del embarazo, parto y cuidados inmediatos del recién nacido, son evidentes a lo largo de los discursos colectivos, demostrando gran respeto por su cosmovisión y naturaleza, de donde obtienen los insumos, aprendiendo y conservando sus prácticas tradicionales hasta la actualidad.

4. HIPÓTESIS GENERAL

Dado que hoy en día las mujeres tienen la necesidad de aportar económicamente en el hogar, incorporándose cada vez más en el campo laboral; se ha visto que en el cumplimiento de sus responsabilidades laborales existe un descuido en su salud cuando quedan embarazadas.

Es probable que existan factores laborales en las mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María relacionados con los autocuidados de su etapa gestacional, que podrían aumentar el nivel de estrés durante el embarazo.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES

TÉCNICA: Entrevista.

INSTRUMENTO: Es una cédula de preguntas (Anexo 1).

Para la recolección de los datos se elaboró una entrevista que consta de 18 preguntas y el test de Desgaste Emocional de Burnout.

La primera parte corresponde a los datos de identificación.

La segunda parte corresponde a los Factores Laborales.

La tercera parte corresponde al Autocuidado de la Salud Gestacional.

La cuarta parte corresponde al test de Burnout referido al desgaste emocional.

Estructurado de la siguiente manera:

Parte I.- En ella se consigna los datos de identificación como: edad y grado de instrucción.

Parte II.- Preguntas relacionadas con los Factores Laborales: Consta de preguntas relacionadas con la condición laboral, ocupación o puesto que desempeña, cantidad de horas dedicadas a su trabajo y comportamientos de la mujer embarazada frente al trabajo.

Parte III.- Preguntas relacionadas con el Autocuidado de la Salud Gestacional: la cual consta de preguntas relacionadas con la gestación planificada, período Intergenésico, controles prenatales, controles de vacunación, ingesta de complementos vitamínicos, alimentación adecuada, peso adecuado, automedicación, asistencia a Psicoprofilaxis y el uso del descanso pre y post natal.

Parte IV.- Consta de 9 preguntas que medirán el cansancio o desgaste emocional de la mujer gestante trabajadora de acuerdo al cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).

MATERIALES DE VERIFICACIÓN

- Entrevista de recolección de datos según la relación de mujeres gestantes trabajadoras de la Universidad.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1.Ubicación Espacial:

- **Precisión del lugar:** Región Arequipa-Distrito de Yanahuara.
- **Ámbito Institucional:** Universidad Católica de Santa María-Anexo 5.
- **Delimitación gráfica del lugar:** Ver anexo 4.

2.2.Ubicación Temporal:

- **Cronología:** Año 2013 – 2015.
- **Visión temporal:** Retrospectivo.
- **Corte temporal:** De corte transversal.

2.3.Unidades de Estudio:

2.3.1. Universo: mujeres gestantes trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María, entre los años 2013 – 2015.

a) Universo cualitativo:

- **Criterios de Inclusión:** Todas las mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María; que hayan gestado en el período 2013-2015.
- **Criterios de exclusión:**
 - Trabajadoras que no han gestado durante el período 2013-2015.
 - Mujeres trabajadoras que no desearon participar en este estudio.

b) Universo cuantitativo: La población a investigar estuvo constituida por 23 mujeres trabajadoras; que gestaron en el período 2013-2015.

Muestra: Todas las mujeres trabajadoras que fueron gestantes en el periodo del 2013 – 2015.

N = 23

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

3.1.1. **Autorización:** Se coordinó directamente con cada trabajadora. Además se elaboró un consentimiento informado para cada entrevistada como constancia de aceptación del mismo (Anexo 3).

Para la valoración del autocuidado se aplicó la entrevista a cada gestante; el valor de cada pregunta fue de 1 (Anexo 3); quedando de la forma siguiente:

Cuadro de Valoración

PUNTAJE :	AUTOCAUIDADO
0-3	Inadecuado
4-9	Adecuado

3.2. RECURSOS

a) **Humanos:**

Autora: Libia Luciana Almenara Sandoval

b) **Físicos:** Material de escritorio y Programas de cómputo

c) **Económicos:** Autofinanciado

d) **Institucionales:** Universidad Católica de Santa María de Arequipa

3.3.VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

3.3.1. **Procedimiento:** La entrevista se aplicó uno para cada mujer trabajadora.

3.3.2. **Finalidad:**

- Juzgar la eficacia del instrumento.
- Perfeccionamiento.
- Tiempo de administración.

➤ **Confiabilidad:**

Para lograr la confiabilidad del instrumento se utilizó la prueba de medición alfa de Cron Bach; el cual obtuvo un valor de 0,625 y por ser mayor a 0,6, el instrumento es confiable (Anexo 2).

➤ **Validez de la entrevista:**

Se aplicó previamente una prueba piloto y juicio de expertos.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

4.1. Nivel de sistematización:

- a) **Tipo de sistematización:** Manual y electrónica.
- b) **Plan de Operación:** Primero se realizó una matriz en el programa Excel con los ítems del instrumento utilizado; en la cual se vaciaron los datos obtenidos en codificación.
Luego se llevó a cabo el análisis mediante el programa SPSS versión 23 y prueba del Chi cuadrado para la relación.
Y por último se realizó las tabulaciones respectivas y gráficos en barras de acuerdo a los resultados obtenidos para una mejor explicación de la presente investigación.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS FACTORES LABORALES DE MUJERES TRABAJADORAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA N° 1
CONDICIÓN LABORAL DE MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM

Condición Laboral	N°	%
Contratada a tiempo indeterminado	9	39.1
Contratada a tiempo determinado	14	60.9
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°1 se puede observar que el 60.9% de la totalidad de mujeres trabajadoras tuvo contratos determinados y el 39.1% de mujeres trabajadoras tuvo contratos indeterminados. Por lo que la presente tabla nos da un indicio que existe miedo de perder el trabajo al quedar embarazada ya que la mayoría son contratadas a tiempo determinado.

TABLA N° 2
**OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA MUJERES TRABAJADORAS DE LA
UCSM**

Ocupación	N°	%
Administrativos	13	56,4
Docente	4	17.4
Servicio	6	26.1
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°2 se puede observar que el 56,4% de las trabajadoras de la UCSM son administrativas, 26.1% son trabajadoras del área de servicio; el 17.4% son trabajadoras docentes. La presente tabla nos hace referencia que la mayoría de mujeres trabajadoras entrevistadas pertenece al área administrativa.

TABLA N° 3
HORAS DEDICADAS AL TRABAJO EN MUJERES TRABAJADORAS
DE LA UCSM

Horas dedicadas al trabajo	N°	%
De 8 a más horas diarias	19	82,6
Menos de 8 horas diarias	4	17,4
Total	23	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 3 se puede observar que el 82.6% de mujeres trabajadoras dedican a su labor de 8 a más horas al día (administrativo y servicio); y el 17.4% sólo se dedican a su labor menos de 8 horas diarias (docentes). Por lo que se deduce que la mayoría de las mujeres trabajadoras gestantes de la Universidad Católica de Santa María trabajan de 8 a más horas diarias.

TABLA N° 4
DESGASTE EMOCIONAL (ESTRÉS LABORAL) EN MUJERES
TRABAJADORAS DE LA UCSM

Desgaste Emocional	N°	%
Bajo (menos de 19 puntos)	9	39.1
Intermedio (de 19 a 26 puntos)	6	26.1
Alto (más de 26 puntos)	8	34.8
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°4 se puede observar que el 39.1% de mujeres trabajadoras manifiesta un desgaste emocional bajo por lo que no sugiere tomar decisiones; el 34.8% refleja que tiene un alto desgaste emocional por lo que sugiere necesidad urgente de tomar acciones correctivas y el 26.1% muestra un nivel intermedio de desgaste emocional sugiere desarrollar un plan para corregir las áreas problema.

TABLA N° 5
TEMOR A PERDER EL TRABAJO EN MUJERES TRABAJADORAS DE
LA UCSM

Temor de perder el trabajo al quedar embarazada	N°	%
Si	13	56,5
No	10	43,5
Total	23	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°5 se puede observar que el 56,5% de las mujeres trabajadoras de la UCSM tuvieron miedo de perder su trabajo al quedar embarazada y el 43,5% no tuvo miedo de perder el trabajo al quedar embarazada. Por lo que se podría evidenciar que la estabilidad laboral influye en el temor de la mujer trabajadora de la UCSM.

TABLA N° 6
SENTIMIENTO DE DISCRIMINACIÓN POR SU CONDICIÓN DE
GESTANTE EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM

Sentimiento de discriminación	N°	%
Si	9	39,1
No	14	60,9
Total	23	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 6 se puede observar que el 60.9% de mujeres trabajadoras no se siente discriminada por su condición de gestante pero el 39.1% si se siente discriminada por su condición de gestante. Por lo que se evidencia que aún existen perjuicios en el medio laboral.

TABLA N° 7
**APOYO EN EL TRABAJO PARA ASISTIR A LOS CONTROLES
PRENATALES DE MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM**

Apoyo en su trabajo para poder asistir a sus controles prenatales	N°	%
Si	7	30,4
No	16	69,6
Total	23	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 7 se puede observar que el 69.6% de mujeres trabajadoras de la UCSM no cuenta con permiso para asistir a sus controles prenatales y el 30.4% de mujeres trabajadoras si cuenta con permiso para asistir a sus controles prenatales. Por lo que podemos concluir que en su mayoría las mujeres trabajadoras de la UCSM no tienen apoyo en su trabajo para asistir a sus controles prenatales.

TABLA N° 8
**AUTOEXIGENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DEL TRABAJO EN
MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM**

Auto exigencia en el desempeño de su trabajo	N°	%
Si	7	30,4
No	16	69,6
Total	23	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°8 se puede observar que el 69.6% de mujeres trabajadoras de la UCSM no se exige en el desempeño de sus funciones mientras que el 30.4% si se exige en el cumplimiento de sus funciones. Por lo que podemos concluir que en su mayoría las mujeres trabajadoras no existe auto exigencia en el cumplimiento de sus funciones.

AUTOCUIDADOS DE LA SALUD GESTACIONAL EN MUJERES

TRABAJADORAS DE LA UCSM

TABLA N° 9

GESTACIÓN PLANIFICADA DE MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM

Embarazo planificado	N°	%
Si	5	21.7
No	18	78.3
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°9 se puede observar que el 78.3% de las mujeres trabajadoras de la UCSM no planificaron su embarazo y que sólo el 21.7% si lo hicieron. Se puede deducir que las mujeres trabajadoras no planifican su embarazo.

TABLA N° 10

PERÍODO INTERGENÉSICO ADECUADO EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM

Período Intergenésico adecuado	N°	%
Primer embarazo	14	60.9
De 3 a 5 años	7	30.4
Menos de 2 años o mayor a 5 años	2	8.7
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°10 se puede observar que el 60.9% de mujeres trabajadoras de la UCSM se embarazaron por primera vez, el 30.4% de mujeres trabajadoras tuvo su embarazo entre los 3 y 5 años luego del primero y 8.7% tuvo su embazaron antes de los 2 años o después de los 5 años de la gestación anterior. Se puede deducir que el 8,7% de las mujeres trabajadoras se encontraron en riesgo por no haber esperado un adecuado tiempo para embarazarse.

TABLA N° 11
CONTROLES PRENATALES EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA
UCSM

Asistencia a controles pre-natales	N°	%
Menos de 6 controles	13	56.5
De 6 controles a más	10	43.5
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°11 podemos observar que el 56.5% de las mujeres trabajadoras de la UCSM acuden en su mayoría a menos de 6 controles prenatales y el 43.5% acude a 6 o más controles prenatales. Entonces diríamos que en mujeres trabajadoras de la UCSM la mayoría no son gestantes controladas.

TABLA N° 12
CONSUMO DE SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS EN MUJERES
TRABAJADORAS DE LA UCSM

Consumió sus suplementos vitamínicos	N°	%
Si consumió desde el primer mes de embarazo hasta el término	6	26,1
No consumió o dejó de consumir	17	73,9
Total	23	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°12 podemos observar que el 73.9% de las mujeres trabajadoras de la UCSM no consumen sus suplementos vitamínicos y sólo el 26.1% si lo hace. Entonces diríamos que existe un descuido en el consumo de vitaminas en las mujeres trabajadoras.

TABLA N° 13
ALIMENTACIÓN ADECUADA EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA
UCSM

Alimentación adecuada durante el embarazo	N°	%
Buena	14	60,9
Regular	8	34,8
Mala	1	4,3
Total	23	95,7

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°13 podemos observar que el 60.9% de las mujeres trabajadoras de la UCSM tiene una alimentación adecuada o buena; el 34.8% tiene una alimentación regular y el 4.3% una mala alimentación. Entonces diríamos que no existe descuido en la alimentación de las mujeres gestantes trabajadoras.

TABLA N° 14
PESO ADECUADO AL TÉRMINO DEL EMABARAZO EN MUJERES
TRABAJADORAS DE LA UCSM

Peso adecuado para la edad gestacional al término del embarazo	N°	%
Adecuado para la edad gestacional	14	60,9
Alto para la edad gestacional	7	30,4
Bajo para la edad gestacional	2	8,7
Total	23	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 14 podemos observar que el 60.9% de las mujeres trabajadoras de la UCSM tuvo un adecuado peso para su edad gestacional al término del embarazo; el 30.4% tuvo un alto peso para edad gestacional y el 8.7% tuvo un bajo peso para la edad gestacional. Entonces diríamos que en la UCSM las mujeres gestantes trabajadoras conservaron un adecuado peso para su edad gestacional al término de su embarazo.

TABLA N° 15
ASISTENCIA A PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN MUJERES
TRABAJADORAS DE LA UCSM

Asistencia a Psicoprofilaxis Obstétrica	N°	%
Si asistió a todas las sesiones	4	17,4
No asistió o asistió a algunas sesiones	19	82,6
Total	23	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°15 podemos observar que el 82,6% de las mujeres trabajadoras de la UCSM no asistió a la Psicoprofilaxis Obstétrica, mientras que el 17.4% si asiste a la Psicoprofilaxis Obstétrica. Por lo que se evidencia en la presente tabla que la mayoría de mujeres gestantes trabajadoras muestran un descuido a la asistencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

TABLA N° 16
AUTOMEDICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES
TRABAJADORAS DE LA UCSM

Automedicación durante el embarazo	N°	%
Si	5	21,7
No	18	78,3
Total	23	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 16 podemos observar que el 78.3% de las mujeres trabajadoras de la UCSM no se auto-medició durante el embarazo, mientras que el 21.7% de las mujeres trabajadoras de la UCSM si tomó algún medicamento para aliviar su dolencia durante el embarazo.

TABLA N° 17

**USO DEL DESCANSO PRE Y POST NATAL ADECUADO Y
ESTABLECIDO POR LEY EN MUJERE TRABAJADORAS DE LA UCSM**

Uso del descanso pre y postnatal establecido por ley	N°	%
Sin aplazamiento de descanso prenatal	6	26,1
Con aplazamiento del descanso prenatal	17	73,9
Total	23	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°17 podemos observar que el 73.9% de las mujeres trabajadoras de la UCSM aplazó descanso Prenatal; mientras que el 26.1% hizo uso de su descanso sin aplazamiento (45 días prenatal y 45 días postnatal). Podríamos indicar que la mayoría de mujeres trabajadoras aplazan su descanso prenatal.

FACTORES INTERVINIENTES EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA N° 18

EDAD EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Edad	N°	%
20-29	9	39.1
30 a más	14	60.9
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 18 se puede observar que el 60.9% de mujeres trabajadoras de la UCSM tiene una edad entre 30 a más y el 39.1% de mujeres trabajadoras de la UCSM tiene edades entre 20 y 29 años. Lo que se puede deducir que la mayoría de embarazos de las mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María ocurren entre los 30 a años.

TABLA N° 19

GRADO DE INSTRUCCIÓN EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Grado de instrucción	N°	%
Secundario	6	26.1
Técnico	8	34.8
Universitario	9	39.1
Total	23	100.0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°19 se puede observar que el 39,1% de las mujeres trabajadoras de la UCSM tiene estudios universitarios; el 34,8% tiene un nivel técnico y el 26,1% sólo tienen un nivel secundario. Lo que se puede deducir que la mayoría de las mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María tienen un nivel universitario.

VALORACIÓN DEL AUTOCUIDADO

TABLA N° 20

AUTOCUIDADO EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM

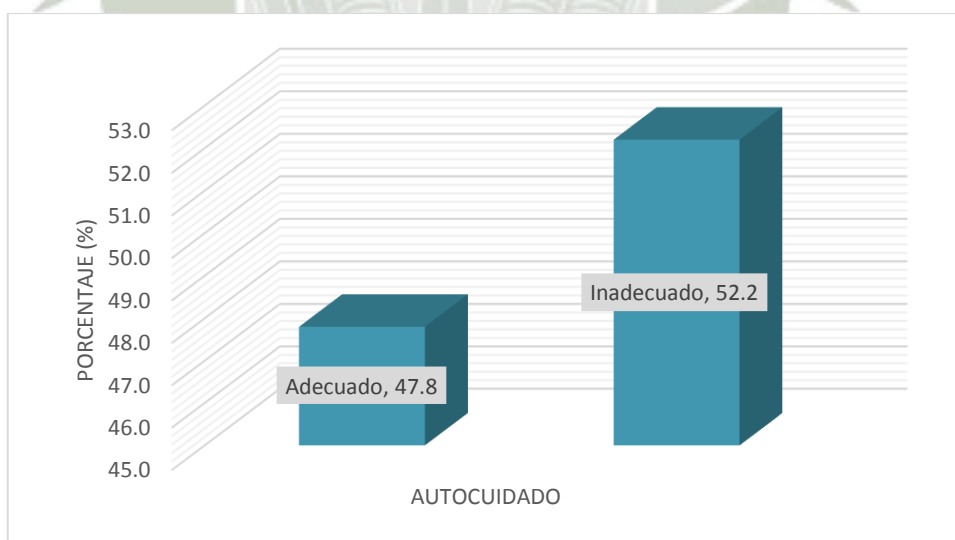
AUTOCUIDADO	N°	%
Adecuado	11	47,8
Inadecuado	12	52,2
TOTAL	23	100,0

Elaboración propia

En la tabla N° 20 observamos que en el 52,2% de las mujeres trabajadoras de la UCSM manifestaron un inadecuado autocuidado en la salud gestacional; mientras que de las mujeres trabajadoras de la UCSM el 47,8% manifestaron un adecuado autocuidado en la salud gestacional.

GRÁFICO N° 20

AUTOCUIDADO EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM



Fuente: Elaboración propia

RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y LOS FACTORES LABORALES EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM

TABLA N° 21

RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y LA CONDICIÓN LABORAL EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM

Condición Laboral	AUTOCUIDADO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
Contratada a tiempo indeterminado	2	8,7	7	30,4	9	39,1
Contratada a tiempo determinado	3	13,0	11	47,8	14	60,9
TOTAL	5	21,7	18	78,3	23	100,0

$$\chi^2 = 0,002 \quad P = 0,964 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 21 según la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2=0,002$) muestra que la condición laboral y el autocuidado no presentó relación estadística significativa ($p>0,05$).

Así mismo se observa que el 47,8% de las trabajadoras que presentaron inadecuado autocuidado eran contratadas a tiempo determinado.

TABLA N° 22
**RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y LA OCUPACIÓN QUE
DESEMPEÑA EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM**

Ocupación o puesto que desempeña	AUTOCUIDADO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Administrativas	4	17,3	9	39,1	13	56,4
Docentes	1	4,3	3	13,0	4	17,7
Servicio	0	0,0	6	26,1	6	26,1
TOTAL	5	21,7	18	78,3	23	100,0

$$\chi^2 = 5,269 \quad P = 0.261 \quad P < 0,05$$

La tabla N° 22 según la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2=5,269$) muestra que la ocupación o el puesto que desempeña y el autocuidado si presentó relación estadística significativa ($p<0,05$).

Así mismo se observa que el 17,3% de las trabajadoras administrativas presentaron un adecuado autocuidado.

TABLA N° 23
RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y HORAS DEDICADAS AL TRABAJO EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM

Horas dedicadas a su trabajo	AUTOCUIDADO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
De 8 a más horas al día	3	13,0	16	69,6	19	82,6
Menos de 8 horas al día	2	8,7	2	8,7	4	17,4
TOTAL	5	21,7	18	78,3	23	100,0

$$\chi^2 = 2,273 \quad P = 0,132 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 23 según la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2=2,273$) muestra que las horas dedicadas a cumplir con sus labores de trabajo y el autocuidado no presentó relación estadística significativa ($p>0,05$).

Así mismo se observa que el 69,6% de las trabajadoras que presentaron un inadecuado autocuidado trabajaron en jornadas laborales de 8 a más horas al día.

TABLA N° 24
RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL DESGASTE
EMOCIONAL EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM

Desgaste Emocional	AUTOCUIDADO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo (menos de 19 puntos)	4	17,4	5	21,7	9	39,1
Intermedio (de 19 a 26 puntos)	0	0,0	6	26,1	6	26,1
Alta (más de 26 puntos)	1	4,3	7	30,4	8	34,8
TOTAL	5	21,7	18	78,3	23	100,0

$$\chi^2 = 4,795 \quad P = 0,091 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 24 según la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2=4,795$) muestra que el desgaste emocional y el autocuidado no presentó relación estadística significativa ($p>0,05$).

Así mismo se observa que el 30,4% de las trabajadoras que presentaron un inadecuado autocuidado manifestaron un alto nivel de desgaste emocional.

TABLA N° 25

**RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL TEMOR A PERDER EL
TRABAJO POR SU CONDICIÓN DE GESTANTE EN MUJERES
TRABAJADORAS DE LA UCSM**

Temor a perder el trabajo por quedar embarazada	AUTOCUIDADO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	2	8,7	11	47,8	13	56,5
No	3	13,0	7	30,4	10	43,5
TOTAL	5	21,7	18	78,3	23	100,0

$$\chi^2 = 0,710$$

$$P = 0,4$$

$$P > 0,05$$

La tabla N° 25 según la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2=0,710$) muestra que el desgaste emocional y el autocuidado no presentó relación estadística significativa ($p>0,05$).

Así mismo se observa que el 47,8% de las trabajadoras que presentaron un inadecuado autocuidado tuvieron temor de perder su trabajo cuando quedaron embarazadas

TABLA N° 26

**RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL APOYO EN EL
TRABAJO PARA ASISTIR A CONTROLES PRENATALES EN
MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM**

Apoyo en el trabajo para asistir a controles prenatales	AUTOCUIDADO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	2	8,7	5	21,7	7	30,4
No	3	13,0	13	56,5	16	69,6
TOTAL	5	21,7	18	78,3	23	100,0

$$\chi^2 = 0,266 \quad P = 0,599 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 26 según la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2=0,266$) muestra que el apoyo en el trabajo para asistir a sus controles prenatales y el autocuidado no presentó relación estadística significativa ($p>0,05$).

Así mismo se observa que el 56,5% de las trabajadoras que presentaron un inadecuado autocuidado no contaron con apoyo en el trabajo para asistir a sus controles prenatales.

TABLA N° 27

RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL SENTIMIENTO DE DISCRIMINACIÓN EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM

Sentimiento de discriminación	AUTOCUIDADO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	0	0,0	9	39,1	9	39,1
No	5	21,7	9	39,1	14	60,9
TOTAL	5	21,7	18	78,3	23	100,0

$$\chi^2 = 4,107 \quad P = 0.043 \quad P < 0,05$$

La tabla N° 27 según la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2=4,107$) muestra que el sentimiento de discriminación y el autocuidado si presentó relación estadística significativa ($p<0,05$).

Así mismo se observa que el 39,1% de las mujeres trabajadoras que tuvieron sentimiento de discriminación presentaron un inadecuado autocuidado.

TABLA N° 28

**RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y LA AUTOEXIGENCIA
PARA CUMPLIR CON EL TRABAJO EN MUJERES TRABAJADORAS
DE LA UCSM**

Auto exigencia para cumplir con el trabajo	AUTOCUIDADO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	0	0,0	8	34,8	8	34,8
No	5	21,7	10	43,5	15	65,2
TOTAL	5	21,7	18	78,3	23	100,0

$$x^2 = 0,407 \quad P = 0,065 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 28 según la prueba de Chi-cuadrado ($x^2=0,407$) muestra que la auto exigencia para cumplir con las labores del trabajo y el autocuidado no presentó relación estadística significativa ($p>0,05$).

Así mismo se observa que el 43,5% de las trabajadoras que presentaron un inadecuado autocuidado no se exigieron en el cumplimiento de sus labores.

TABLA N° 29
**RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y LA EDAD EN MUJERES
TRABAJADORAS DE LA UCSM**

Edad	AUTOCUIDADO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
20 a 29 años	1	4,3	8	34,8	9	39,1
30 a más años	4	17,4	10	43,5	14	60,9
TOTAL	5	21,7	18	78,3	23	100,0

$$\chi^2 = 0,982 \quad P = 0,322 \quad P > 0,05$$

La tabla N° 29 según la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2=0,982$) muestra que la edad y el autocuidado no presentó relación estadística significativa ($p>0,05$).

Así mismo se observa que el 43,5% de las trabajadoras que presentaron un inadecuado autocuidado estuvieron en edades de 30 a más años.

TABLA N° 30
RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN MUJERES TRABAJADORAS DE LA UCSM

Grado de Instrucción	AUTOCUIDADO				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Secundaria	0	0,0	6	16,1	6	16,1
Técnico	1	4,3	7	30,4	8	34,8
Universitario	4	17,4	5	21,7	9	39,1
TOTAL	5	21,7	18	78,3	23	100,0

$$\chi^2 = 4,795$$

$$P = 0,091$$

$$P > 0,05$$

La tabla N° 30 según la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2=4,795$) muestra que el grado de instrucción y el autocuidado no presentó relación estadística significativa ($p>0,05$).

Así mismo se observa que el 30,4% de las trabajadoras que presentaron inadecuado autocuidado tuvieron un grado de instrucción a nivel técnico.

DISCUSIÓN

En cuanto a la evaluación del desgaste emocional (tabla N°4) del total de mujeres trabajadoras, el 39,1% que manifestó un desgaste emocional bajo por lo que no sugiere tomar decisiones. Por el contrario según el estudio titulado **Factores Psicosociales relacionados con la seguridad y el bienestar laboral durante el embarazo y la lactancia de España por los autores Naira Delgado, David Aguada y Marino Casado**, muestran que las mujeres embarazadas que retrasaron la comunicación del embarazo presentaron los niveles más altos de desgaste emocional y reconocimiento y apoyo.

En los resultados obtenidos en cuanto a la condición laboral, las horas dedicadas al trabajo, el desgaste emocional y la auto exigencia no guardan relación estadística directa con el autocuidado. Al contrario como plantea otro estudio titulado **Ciudadanía y Autocuidado en Salud Reproductiva y Sexual de Chile por los autores Sergio Gonzáles Rodríguez y Marcela Arriagada Pincetti**, en donde indican que la actividad laboral traducida en la jornada, el cargo, las tareas y el exceso de trabajo, son factores que generan cansancio, interviniendo en la disposición con que las mujeres asumen sus prácticas de autocuidado de la salud reproductiva.

Cuando analizamos el autocuidado en la salud gestacional de las trabajadoras se observó que en la mayoría de ellas existe un autocuidado inadecuado (tabla N° 20), y que además entre el autocuidado y los factores laborales no hubo relación directa en su mayoría; en cambio vemos que en el estudio **“Rescatando el Autocuidado de la Salud durante el embarazo, el parto y el recién nacido: representaciones sociales de una comunidad nativa” de Lima por los autores Rocío Chávez, María Arraya, Gladys García, Teresa Surca y Mara Infante**, mostraron que las prácticas de autocuidado estuvieron relacionados a sus costumbres y creencias.

CONCLUSIONES

PRIMERA: En los factores laborales se identificó en las trabajadoras las siguientes características el 60,9% tuvieron un contrato a tiempo determinado, el 56,4% son trabajadoras administrativas, el 39,1% no manifestó desgaste emocional significativo, el 56,5% tuvieron temor a perder el trabajo cuando quedaron embarazadas, que el 60,9% no se sintieron discriminadas por su condición de gestante, el 69,6% no tuvieron apoyo en su trabajo para asistir a sus controles prenatales, el 78,3% no planificó su embarazo, el 56,5% tienen menos de 6 controles en todo su embarazo, el 73,9% no consumió o dejó de consumir sus suplementos vitamínicos, el 60,9% tuvo una buena alimentación, el 60,9% tuvo un adecuado peso al término de su embarazo, el 82,6% no asistió a su Psicoprofilaxis Obstétrica, el 78,3% no se auto-medica y el 73,9% aplazó su descanso prenatal.

SEGUNDA: En las trabajadoras se percibió que un 52,2% no recurrió al autocuidado, el cual resulta inadecuado.

TERCERA: Existe relación sólo en dos de los factores laborales identificados; entre el autocuidado de la salud gestacional y la ocupación que desempeñan y entre el autocuidado de la salud gestacional y el sentimiento de discriminación en las mujeres trabajadoras; no observándose tal situación entre los demás factores laborales y el autocuidado.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Elaborar una Guía Clínica Laboral de Salud para la prevención de riesgos durante el embarazo.

SEGUNDA: Elaborar actividades y campañas para gestantes; en la que se brinde la orientación y consejería adecuada en el cuidado y autocuidado en la salud gestacional y de esta manera concientizarlas sobre la importancia de asistir al control prenatal.

TERCERA: Implementar programas educativos para trabajadoras en edad fértil; para fortalecer sus conocimientos en Planificación Familiar.

CUARTA: Elaborar un plan estratégico de motivación para desarrollar la Psicoprofilaxis Obstétrica fuera del horario de trabajo adaptable a un horario conveniente.



BIBLIOGRAFÍA

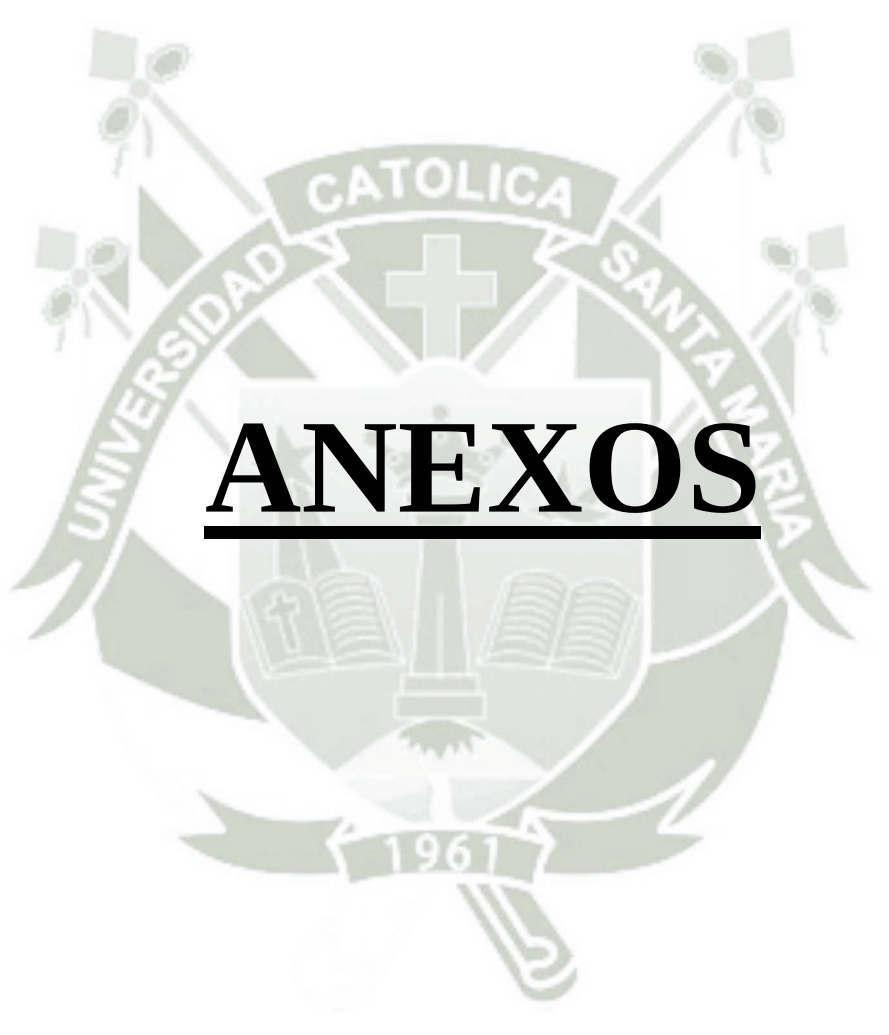
1. Concepto de Salud. OMS. 1958. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
2. Concepto de Autocuidado. Salud Sexual y Reproductiva. José Salvador Guerra Mejía. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos91/lo-bueno-del-sexo/lo-bueno-del-sexo.shtml>
3. Estrés Laboral en el embarazo. Susana Zazo. Disponible en:
<http://www.bebesymas.com/embarazo/estres-laboral-en-el-embarazo-que-puede-provocarlo>
4. Sergio Gonzales Rodríguez y Marcela Arriagada Pincetti. Ciudadanía y Autocuidado en Salud Reproductiva y Sexual: Un Estudio Exploratorio en mujeres trabajadoras de los Sectores Salud y Educación. Revista de Psicología - Universidad De Chile. 1999. 8 (1):1-15.



WEBGRAFÍA

5. David Aguado, Marino Casado y Naira Delgado. Factores Psicosociales relacionados con la Seguridad y el bienestar Laboral durante el Embarazo y la Lactancia (2009-2010), Santa Cruz De Tenerife-España. Disponible en: <http://docplayer.es/11207302-Factores-psicosociales-relacionados-con-la-seguridad-y-el-bienestar-laboral-durante-el-embarazo-y-la-lactancia.html>. Concepto de estrés laboral. Fernando Millares. Madrid. Disponible en: <http://www.fernandomiralles.es/estreslaboral.pdf>
6. Ortega y López. El Burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas (Universidad de Almería, España). International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol.4, Nº1, pp. 137-160. 2004.
7. SCHWARCZ Ricardo. Obstetricia, 6ta ed. Editorial El ateneo. Argentina, 2009. P175
8. Control Prenatal. 2016. Disponible en : http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=14501
9. Suplementos Vitamínicos en gestantes. Elena Calle Teixeira. 2013. Disponible en: <http://peru.com/estilo-de-vida/vida-sana/suplementos-vitaminicos-gestantes-aumenta-probabilidades-tener-bebe-sano-noticia-206226>
10. Lineamientos de Nutrición de la Mujer Gestante y de la Mujer que da de Lactar. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/.../lineamientos%20de%20nutricion%20materna>.
11. Estado Nutricional y Ganancia de Peso en gestantes peruanas. Lima. 2009-2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n2/a02v75n2.pdf>

12. Riesgos de la automedicación. 2015. Disponible en:
<http://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/farmacia/riesgos-de-la-automedicacion>
13. Universidad Técnica de Ambato Facultad Ciencias de la Salud Estimulación Temprana Psicoprofilaxis. Tannia Carrasco. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/TanniaCarrasco1994/tanniacarrasco-practica01>
14. Ministerio de Salud. Guía Técnica de la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. 2011. Disponible en:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>
15. Ley 26644, Ley que precisa el descanso pre y post natal de la gestante. 1996. Disponible en: <http://www.laboraperu.com/ley-26644-comentada-descanso-maternidad.html>
16. Autor David Aguado, Marino Casado y Naira Delgado. Factores Psicosociales Relacionados con la Seguridad y el Bienestar Laboral durante el Embarazo y la Lactancia (2009-2010), Santa Cruz De Tenerife-España. Disponible en:
<http://www.fernandomiralles.es/estreslaboral.pdf>.
17. Rocío Elizabeth Chávez Álvarez, María Josefa Araya Moncada, Gladys García Arias, Teresa Catalina Surca Rojas, María Virginia Infante Contreras. Rescatando el Autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: Representaciones Sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. Ganador del Concurso de Proyectos de Investigación, del Consejo Superior de Investigación (CSI) En 2006. Financiado por el CSI de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400012



ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO

Técnica: Entrevista

Instrumento: Cédula de preguntas

"Factores Laborales relacionados al Autocuidado de la Salud Gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2013 - 2015"

PARTE I. - Datos personales:

1. Edad:.....años
2. Grado de Instrucción:
Nivel Universitario () Nivel Técnico ()
Nivel Secundario () Nivel Primario ()

PARTE II. - Factores Laborales influyentes:

3. Condición Laboral:
 - Contratada a tiempo indeterminado ()
 - Contratada a tiempo determinado ()
4. Ocupación o puesto que desempeña:.....
5. Horas dedicadas al trabajo:.....horas al día.
6. ¿Al quedar embarazada tuvo temor a perder el trabajo?
No () Si ()
7. ¿Se ha sentido en algún momento discriminada por su condición de gestante?
No () Si ()
8. ¿Encontró suficiente apoyo en su trabajo para poder asistir puntualmente a sus controles prenatales?
No () Si ()
9. Se exigió demasiado en el desempeño de sus funciones cotidianas del trabajo?
No () Si ()

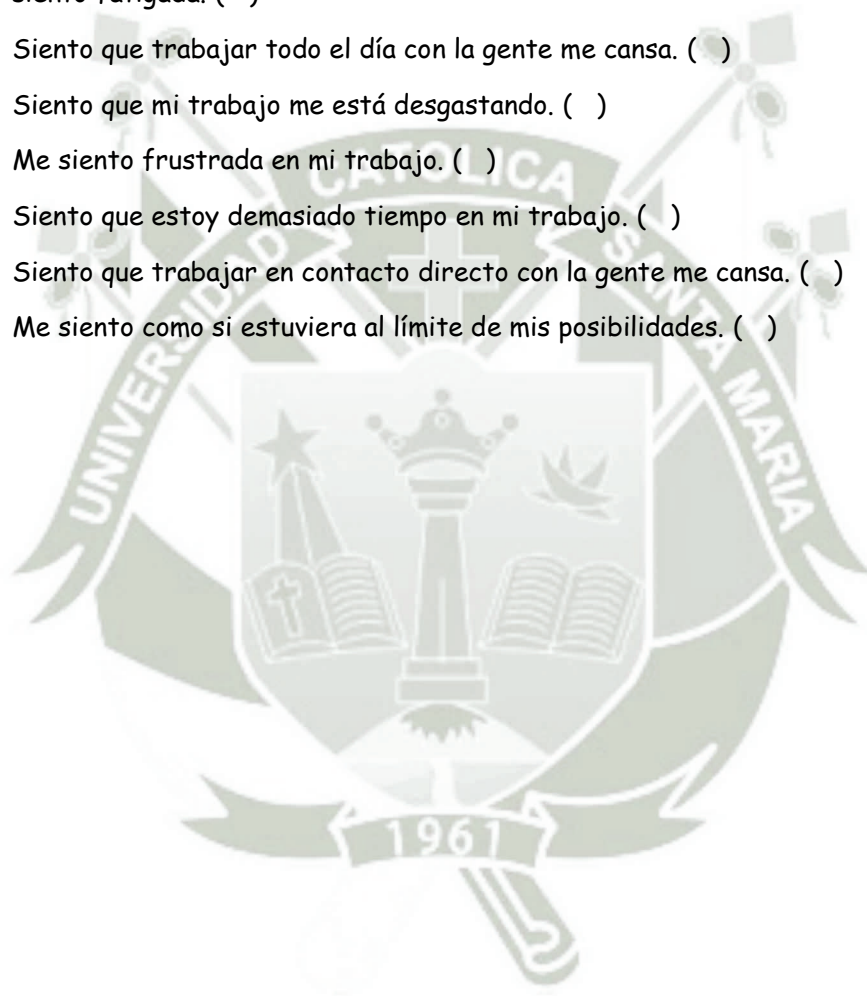
PARTE III.- Cuidados en la Salud Gestacional:

- 10.** Su gestación fue planificada?
 - a) Si ()
 - b) No ()
- 11.** Si ya tuvo una gestación anterior, esperó un tiempo adecuado para volverse embarazada?
 - a) Primer embarazo ()
 - b) Entre los 3 y 5 años()
 - c) Después de los 5 años o 10 años ()
- 12.** ¿Asistió a sus controles pre-natales?
 - a) Menos de 6 controles ()
 - b) De 6 a más controles ()
- 13.** ¿Tomó sus complementos vitamínicos tal como se lo indicaron?
 - a) Si consumió por lo menos desde el inicio al término del embarazo
 - b) No consume o dejó de consumir
- 14.** ¿Se preocupó por tener una alimentación adecuada durante su embarazo?
 - a) Buena ()
 - b) Regular ()
 - c) Mala ()
- 15.** Conservó un peso adecuado al final de su embarazo?
 - a) Adecuado para la edad gestacional ()
 - b) Alto para la edad gestacional ()
 - c) Bajo para la edad gestacional ()
- 16.** Tomó por cuenta propia algún medicamento para aliviar alguna dolencia (dolor de cabeza, vómitos, acidez estomacal, etc)?
 - a) Si ()
 - b) No ()
- 17.** Asistió a la Psicoprofilaxis?
 - a) Si asisten a todas las sesiones ()
 - b) No asisten o asisten a algunas ()
- 18.** Hizo uso de su descanso pre y postnatal de acuerdo a ley?
 - a) Sin aplazamiento de descanso prenatal (45 días de descanso prenatal y 45 postnatal ()
 - b) Aplazó su descanso prenatal ()

PARTE IV. - Estrés Laboral:

0=NUNCA, 1=POCAS VECES AL AÑO O MENOS, 2=UNA VEZ AL MES O MENOS,
3=UNAS POCAS VECES AL MES, 4=UNA VEZ A LA SEMANA, 5=POCAS VECES A LA
SEMANA, 6=TODOS LOS DIAS.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.()
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacía. ()
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigada. ()
4. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa. ()
5. Siento que mi trabajo me está desgastando. ()
6. Me siento frustrada en mi trabajo. ()
7. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo. ()
8. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa. ()
9. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades. ()



ANEXO 2: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

CONFIABILIDAD

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,625	9



ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

"Factores Laborales relacionados al Autocuidado de la Salud Gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2013-2015"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio tiene como objetivo relacionar los Factores Laborales y el Autocuidado de la Salud Gestacional en mujeres trabajadoras de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2013 - 2015.

Al aceptar participar en esta investigación se le realizarán una serie de preguntas que se adecuan al tema en mención; por ningún motivo se le hará una evaluación física, ni se le suministrará algún medicamento o cualquier otro que ponga en riesgo su salud.

En cualquier etapa del estudio usted podrá acceder a la información; siendo la responsable y principal investigador del proyecto la Sra. Bachiller Libia Luciana Almenara Sandoval, quien puede ser localizada en la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María; si usted tuviera alguna duda sobre esta encuesta podrá contactar a la investigadora y resolver sus inquietudes.

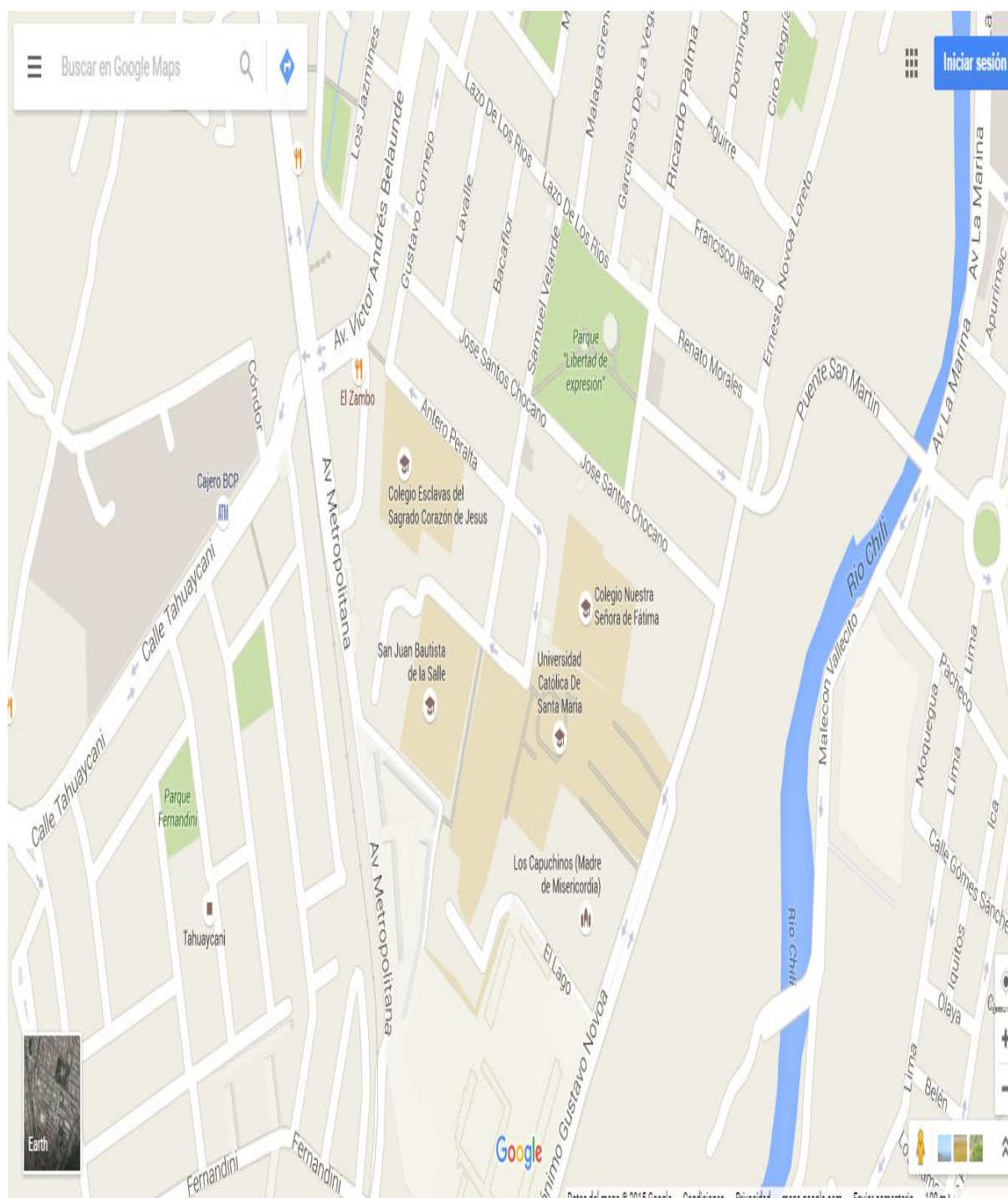
Es deber informarle que usted está en plena libertad de retirarse en cualquier momento de este estudio, dejando de participar en ella sin realizar ninguna acción en su contra, de igual forma se le garantiza el derecho de confidencialidad por lo que será conservada su identidad. En caso de aceptar participar en esta investigación, deberá firmar en la parte de debajo de este escrito y colocar el número de su documento de identidad (DNI).

Con esto usted declara que ha sido informada de los beneficios y riesgos de esta investigación y acepta participar de la misma de manera voluntaria y que ha sido informada de lo leído y explicado en este documento. En caso de no aceptar solo devuelva el formato en blanco.

FIRMA

DNI N°

ANEXO 4: MAPA



ANEXO 5: FOTO DEL LUGAR UCSM



ANEXO 6: CUADRO DE VALORACIÓN DEL AUTOCUIDADO

CUADRO DE VALORACION

<u>PUNTAJE :</u>	<u>AUTOCUIDADO</u>
0-3	Inadecuado
4-9	Adecuado

AUTOCUIDADO				
		SI		NO
INDICADORES	SUB INDICADORES		SUB INDICADORES	
Gestación Planificada	Si planifica su embarazo	1	No planifica su embarazo	0
Período Intergenésico adecuado	Si es su primer embarazo o su PI está entre los 3 a 5 años	1	Si su PI está antes de 2 años y después de 5 años	0
Controles prenatales	De 6 más controles prenatales	1	Menos de 6 controles prenatales	0
Consumo de suplementos vitamínicos	Si consumen por lo menos desde el primer mes de embarazo hasta el término	1	No consume o deja de consumir sus vitaminas	0
Alimentación adecuado	Buena alimentación	1	Regular o mala alimentación	0
Peso adecuado	Adecuado para la edad gestacional de 11 a 16kg	1	Alto o bajo peso para la edad gestacional menos de 11kg o mas de 16kg	0
Psicoprofilaxis Obstétrica	Si asisten a toda la Psicoprofilaxis obstétrica	1	No asisten o sólo asisten a algunas sesiones	0
Automedicación	No se auto medican	1	Si se auto medican	0
Uso del descanso pre y post natal	No hay aplazamiento de su descanso (45 días prenatal y 45 días post natal)	1	Hay aplazamiento del descanso prenatal	0
	PUNTAJE TOTAL	9	PUNTAJE TOTAL	0