

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**VÍNCULO PRENATAL Y PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO EN GESTANTES. HOSPITAL SIMÓN
BOLÍVAR. CAJAMARCA, 2024.**

Para optar el título profesional de:

OBSTETRA

Presentado por la Bachiller:

Gonzáles Edquén Sarita Yorelly

Asesora:

Dra. Obsta. Vigo Bardales Ruth Elizabeth

Cajamarca-Perú

2025



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

- Investigador: **Sarita Yorelly Gonzáles Edquén**
DNI: **71343317**
Escuela Profesional/Unidad UNC: **ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**
- Asesor:
Dra. Obstetra RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES
Facultad/Unidad UNC: **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**
- Grado académico o título profesional al que accede:
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
- Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
- Título de Trabajo de Investigación:
VÍNCULO PRENATAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN GESTANTES. HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA, 2024.
- Fecha de evaluación Software antiplagio: **7/2/2025**
- Software antiplagio: **TURNITIN** **URKUND (OURIGINAL) (*)**
- Porcentaje de Informe de Similitud: **18%**
- Código Documento: **oid:3117:427512430**
- Resultado de la Evaluación de Similitud:
 X APROBADO **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Cajamarca, 7 de febrero del 2025



* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

*Educar la mente sin educar el corazón,
no es educación en absoluto.*

Aristóteles.

Copyright © 2025 by
Sarita Yorelly González Edquén
Derechos Reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

González E. 2025. **VÍNCULO PRENATAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN GESTANTES. HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA, 2024.** /Sarita Yorelly González Edquén/73

ASESORA: Dra. Obsta. Ruth Elizabeth Vigo Bardales

Disertación académica para optar por el título profesional de Obstetra UNC 2025



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las12.p.m. del07 deFebrero del 2025, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente ..65.....2025 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Vinculo prenatal y prácticas de autocuidado en gestantes.
Hospital Simón Bolívar. Cajamarca, 2024

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Sarita Yorelly Gonzales Edquén

Siendo las1.p.m. del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos:

.....Muy bueno....., con el calificativo de:18....., con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentraAPTA para la obtención del Título Profesional de: **OBSTETRA**.

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	Dr. Rosa del Pilar Orioste Torres	
Secretario(a):	MCs. Maria Janet Sánchez Jaeger	
Vocal:	MCs. Marieta Marlene Lezama Torres	
Accesitaria:		
Asesor (a):	Dr. Ruth Elizabeth Vigo Bardales	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

MUY BUENO (17-18)

BUENO (14-16)

REGULAR (12-13)

REGULAR BAJO (11)

DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICATORIA:

A Dios, por darme la fortaleza y perseverancia necesaria en cada paso de mi vida.

A mis queridos padres, Adelina y Antonio, por ser mi fuente de inspiración, por el apoyo incondicional que me brindan siempre, y por ser el pilar que me sostiene en tiempos difíciles.

A mi hermano Favio por motivarme a seguir adelante.

A mis familiares que constantemente me apoyaron en este largo camino académico.

Sarita.

AGRADECIMIENTO:

A la Universidad Nacional de Cajamarca, especialmente a la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, por abrirme sus puertas para forjar mi formación profesional y tener la oportunidad de culminar con una de mis metas académicas.

A mi asesora Dra. Obsta. Vigo Bardales Ruth Elizabeth, por su guía experta, comprensión, paciencia y dedicación en el proceso de elaboración del presente trabajo.

Al Hospital Simón Bolívar por permitirme el ingreso a sus instalaciones y facilitar el desarrollo de la investigación.

Sarita.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA:	iv
AGRADECIMIENTO:	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA	2
1.1. Definición y delimitación del problema.....	2
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación de la investigación.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Antecedentes.....	6
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	6
2.1.2 Antecedentes Nacionales	7
2.1.3. Antecedentes locales.....	10
2.2. Bases teóricas	10
2.2.1 Vínculo Prenatal	10
2.2.2 Prácticas de autocuidado gestacional	16
2.2.2.1 Recomendaciones para un adecuado autocuidado en la gestación	16
2.3 Hipótesis.....	19
2.4 Variables.....	19
2.5 Conceptualización y operacionalización de variables.....	20
CAPÍTULO III.....	21
DISEÑO METODOLÓGICO	21
3.1. Diseño y tipo de estudio.....	21
3.2 Área de estudio y población.....	21

3.2.1 Área de estudio.....	21
3.2.2 Población	22
3.4 Unidad de análisis.....	22
3.5 Criterios de inclusión y exclusión	23
3.6 Consideraciones éticas	23
3.7 Procedimientos para la recolección de datos	24
3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
3.9 Validez y confiabilidad.....	26
3.10 Procesamiento y análisis de datos	26
CAPÍTULO IV.....	27
RESULTADOS.....	27
4.1 Características obstétricas y sociodemográficas	27
4.2 Nivel de vínculo prenatal, según dimensiones	29
4.3 Prácticas de autocuidado según dimensiones	30
4.4 Vínculo prenatal y prácticas de autocuidado	31
CAPÍTULO V.....	36
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	36
CONCLUSIONES	44
SUGERENCIAS	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características obstétricas de las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.	27
Tabla 2. Características sociodemográficas de las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.	28
Tabla 3. Grado de vínculo prenatal según dimensiones en las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.	29
Tabla 4. Prácticas de autocuidado según dimensiones que tienen las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.	30
Tabla 5. Relación de dimensiones de Vínculo Prenatal con Prácticas de Autocuidado en las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.	31
Tabla 6. Relación de dimensiones de Vínculo Prenatal con prácticas autocuidado en la alimentación en gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.	32
Tabla 7. Relación de dimensiones de Vínculo Prenatal con prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso en gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.	33
Tabla 8. Relación de dimensiones de Vínculo Prenatal con prácticas autocuidado en higiene y salud en gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.	34
Tabla 9. Relación entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.	35

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

MINSA: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

APN: Atención Prenatal

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN

El presente estudio, descriptivo relacional, diseño no experimental y de corte transversal. tuvo como objetivo determinar la relación entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024 y la muestra estuvo conformada por 72 gestantes. Los resultados muestran, en referencia a las características obstétricas, que el 52,8% fueron primigestas, 47,2% tenían edad gestacional 13 a 28 semanas y el 43,1%, de 4 a 6 atenciones prenatales; en cuanto a características sociodemográficas se encontró que el 61,1% tenían edades entre 20 a 34 años, 77,8% eran convivientes, 29,2% tenían grado de instrucción superior universitario y 25,0% secundaria incompleta, además el 56,9% eran amas de casa, y el 87,5% procedían de la zona urbana. Concerniente a la relación entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado, el 79,2% de las gestantes controladas con vínculo prenatal alto presentaban prácticas de autocuidado en un nivel alto, mientras que el 6,9% de las gestantes controladas, con vínculo prenatal en grado medio presentaban prácticas de autocuidado en un nivel medio; no se observó un grado bajo de vínculo prenatal, ni un nivel bajo de prácticas de autocuidado en las gestantes controladas. Según la prueba de hipótesis del Chi-Cuadrado, se ha encontrado relación significativa entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado ($p=0,0003$).

PALABRAS CLAVES: Vínculo prenatal, prácticas de autocuidado, gestantes.

ABSTRACT

The present study, descriptive relational, non-experimental and cross-sectional design. The objective was to determine the relationship between the prenatal bond and self-care practices in pregnant women monitored at the Simón Bolívar Hospital, Cajamarca, 2024 and the sample was made up of 72 pregnant women. The results show, in reference to obstetric characteristics, that 52.8% were primigravida, 47.2% had a gestational age of 13 to 28 weeks and 43.1% had 4 to 6 prenatal care; Regarding sociodemographic characteristics, it was found that 61.1% were between 20 and 34 years old, 77.8% were cohabitants, 29.2% had a higher university education degree and 25.0% had incomplete secondary education, in addition 56, 9% were housewives, and 87.5% came from urban areas. Concerning the relationship between the prenatal bond and self-care practices, 79.2% of the controlled pregnant women with a high prenatal bond had self-care practices at a high level, while 6.9% of the controlled pregnant women with a high prenatal bond prenatal care at a medium level presented self-care practices at a medium level; A low degree of prenatal bond will not be observed, nor a low level of self-care practices in the controlled pregnant women. According to the Chi-Square hypothesis test, a significant relationship has been found between the prenatal bond and self-care practices ($p=0.0003$).

KEY WORDS: Prenatal bonding, self-care practices, pregnant women.

INTRODUCCIÓN

El vínculo prenatal es definido como el lazo emocional que generalmente se establece en la gestación, entre madre – feto, y que va aumentando gradualmente conforme avanza el embarazo, pudiendo fomentar en la madre prácticas de autocuidado, teniendo en consideración el bienestar de su hijo por nacer (1).

Las prácticas de autocuidado son actividades que la gestante realiza en beneficio propio y del bebé intrauterino, siendo un elemento clave para reducir complicaciones futuras, asimismo impacta positivamente en la disminución de las tasas de morbimortalidad materna – fetal, mejorando la calidad de vida de las mujeres, sus hijos, sus familias y de la sociedad en general (2).

La etapa gestacional supone un periodo de alegría en la vida de toda mujer; sin embargo, diversos cambios del embarazo pueden traer complicaciones, tanto a la madre como al feto, si no se tienen los cuidados necesarios y la supervisión adecuada del personal de salud.

De este modo, el presente estudio está estructurado de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: definición y delimitación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: antecedentes internacionales, nacionales y locales, bases teóricas, hipótesis y operacionalización de las variables.

CAPÍTULO III: diseño metodológico, consideraciones éticas, procesamiento y análisis de datos.

CAPÍTULO IV: resultados.

CAPÍTULO V: análisis y discusión de los resultados, conclusiones y sugerencias.

La autora.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

El vínculo prenatal es una red afectiva asumida principalmente por la mujer hacia el feto durante el embarazo, está relacionada con factores emocionales y cognitivos que posibilitan que el feto sea percibido como un individuo único. Dicha relación se manifiesta mediante prácticas de autocuidado, las cuales se definen como acciones orientadas a garantizar la protección y el bienestar tanto de la madre como del bebé en gestación. De manera que, por estas características, las intervenciones en esta etapa deben basarse en un enfoque interdisciplinario, en el que la evaluación e identificación de factores de riesgo contribuyan a mejorar la salud materna y fetal, con el objetivo de disminuir las cifras de mortalidad actuales (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mortalidad materna tiene cifras imperdonablemente altas, una evidencia de ello se ubica en el 2020, año, en el cual, alrededor de 287 000 mujeres murieron durante, o, en el transcurso del embarazo o parto, siendo un 95% del total de muertes maternas evitables ocurridas en dicho periodo (4).

Cifras del Ministerio de Salud (MINSA) reportan que un 63,2% de las muertes maternas, corresponden a aquellas que se relacionan con las causas directas; destacando en primer lugar la hemorragia obstétrica en 25,7%; seguido de trastornos hipertensivos del embarazo con 21,9%; asimismo, indica que otras causas obstétricas directas incluyen al 2,4% de abortos y sus complicaciones; 2,4% de sepsis, y; en un 36,8% están las causas indirectas (5).

Diferentes estudios relacionan la morbimortalidad materna con un bajo nivel de vínculo prenatal, generado por el deficiente conocimiento de la gestante respecto a que, la supervivencia del feto, depende de ella, y; por lo tanto, no identifica una respuesta afectiva-conductual apropiada, llevándola a no acudir a los controles prenatales o, asistir tardíamente; lo que dificulta la detección temprana de problemas y; por ende, la implementación de medidas de intervención precoz frente a factores de riesgo (6).

Como lo evidencia un informe publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el cual se indica que el número de mujeres embarazadas que sufren desnutrición aguda ha aumentado en un 25% desde el 2020 de 5,5 millones a 6,9 millones, en países más afectados por la actual crisis alimentaria y nutricional que sacude el mundo, entre ellos; Afganistán, Burkina Faso, Chad, Etiopía, Kenya, Malí, Níger, Nigeria, Somalia, Sudán del Sur, Sudán y Yemen (7).

De igual manera en países de América Latina, por ejemplo en Chile y Venezuela, algunos estudios han determinado que la prevalencia de desnutrición en gestantes se encuentra entre 15,2% a 16,9%, situación semejante en países como Bolivia (16,7 %) y Brasil (18,8%) (8). En Cajamarca 2 de cada 10 gestantes presentan cuadros de anemia por diversos factores como las condiciones nutricionales de la familia, lo que repercute negativamente en un embarazo y un recién nacido saludable (9).

El consumo de sustancias tóxicas en la gestación es un tema de escasa responsabilidad en salud y de creciente preocupación; pues, según los datos de la National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), un cuarto de las mujeres consume algún tipo de sustancia tóxica durante el embarazo. En EE. UU, el 11,6% de las gestantes son fumadoras de tabaco, seguido por el 9,9% que consumen alcohol (10). En Perú y Cajamarca los datos e información existente sobre el uso de drogas en mujeres embarazadas son escasos.

Gemma Biviá-Roig, miembro del Departamento de Fisioterapia de la Universidad CEU-Cardenal Herrera de Valencia, en el año 2020 en Madrid hizo un estudio en gestantes, donde se reportó una disminución del 30% del ejercicio moderado y de un 60% en el tiempo destinado a caminar durante el confinamiento por la COVID 19, así como un incremento en los niveles de ansiedad respecto a la situación previa; señalando que “actualmente se sabe que la falta de ejercicio durante el embarazo puede afectar negativamente a la salud materna y fetal” (11).

Existen hipótesis acerca de que el vínculo prenatal es un factor que está ligado a las prácticas de autocuidado en la gestación; relacionándose los bajos niveles de unión prenatal a la omisión del autocuidado de la madre, como la inasistencia a los controles prenatales, no desarrollar conductas saludables para la protección del nuevo ser e incluso provocar autoagresión, siendo una forma de “maltrato prenatal” (12); el cual se define como cualquier acto que, de manera intencional o involuntaria, puede lesionar al embrión o feto; este escenario repercute en el crecimiento y desarrollo

normal de la gestación, produciendo cambios adversos en la vida psíquica y física del nuevo ser (13).

En países como Colombia, México, Chile y España, a pesar de sus diferencias culturales e históricas se han detallado estudios minuciosos que revelan la incidencia de los problemas sociales que terminan afectando al proceso gestacional, incrementando el riesgo de maltrato prenatal (13). Esta situación no es ajena en Perú, donde se ven innumerables brechas en el sector salud, ya sea por escaso acceso, deficiencia de personal, competencias de perfil de egreso no logradas, inadecuada distribución de especialistas en el país, falta de medicamentos e insumos, malas condiciones de los establecimientos, dispositivos malogrados, falta de protocolos médicos; esta larga lista provoca que la atención a la gestante sea deficiente, con escasa intervención de promoción y educación para la salud, conllevando al deterioro de la salud materno-fetal, lo que a su vez, repercute negativamente en la calidad del vínculo prenatal (14).

Con la presente investigación se buscó relacionar el vínculo prenatal con las prácticas de autocuidado en gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, de la ciudad de Cajamarca, durante el mes de octubre del año 2024, con la finalidad de concientizar a toda la población y al personal de salud para la formación de estrategias que permitan intervenir en la salud materno fetal; enfatizando en la importancia del vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en el embarazo teniendo como fin disminuir la morbimortalidad materna-fetal.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación del vínculo prenatal con las prácticas de autocuidado en gestantes controladas en el hospital Simón Bolívar, 2024?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar obstétrica y sociodemográficamente a las gestantes del estudio.
2. Identificar y describir el nivel de vínculo prenatal, por dimensiones, de las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.
3. Identificar y describir las prácticas de autocuidado, por dimensiones, que tienen las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.

1.4 Justificación de la investigación

En todas las etapas de la vida las prácticas de autocuidado son importantes para preservar la salud; en el periodo gestacional lo es aún más, debido a que el feto va a obtener de su madre todos los nutrientes para que pueda desarrollarse, además que mediante la conexión dual madre – bebé o también llamada vínculo prenatal el feto va a recibir sus primeras sensaciones a través de su madre y, en la mujer, también surgirán los primeros sentimientos frente al hijo que tiene en el vientre (6).

En Cajamarca los estudios que se han realizado acerca del vínculo prenatal y su relación con las prácticas de autocuidado son escasos, por lo que, se ha visto conveniente realizar esta investigación. El presente trabajo es importante porque se logró identificar el grado de vínculo prenatal y la relación que existe con las prácticas de autocuidado, contribuyendo al desarrollo de un vínculo eficaz, que sea saludable para la madre, feto y familia y que, a su vez, la mujer adopte cuidados que la gestación amerita para evitar complicaciones futuras, Asimismo, es de gran relevancia ya que aporta con detalles que sirvan como guía, a las gestantes para que puedan establecer un vínculo adecuado con sus bebés desde la etapa intrauterina y es útil porque los resultados obtenidos serán de beneficio para el planteamiento de estrategias con el fin de ayudar a fomentar prácticas de autocuidado durante el embarazo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Sarco L. (Ecuador 2021), desarrolló un estudio con el objetivo de determinar la percepción de las gestantes adolescentes sobre el autocuidado durante su embarazo. La metodología tuvo diseño no experimental de tipo descriptivo y corte transversal, la muestra estuvo conformada por 25 gestantes adolescentes a quienes se les aplicó un cuestionario, donde los resultados revelaron que, los riesgos importantes durante el embarazo se asocian con factores sociales, emocionales y biológicos, así como con los malos hábitos alimenticios y de higiene, además de la falta de medicación y controles prenatales. Llegando a la conclusión que todo ello está relacionado a un déficit en el autocuidado (15).

Gómez J. (Ecuador 2021), desarrolló un estudio con el objetivo de analizar el autocuidado en etapa de gestación en adolescentes que asisten al Centro de Salud Cascol; la investigación fue de tipo analítico no experimental y la muestra estuvo conformada por 16 gestantes de entre 10 a 18 años, como instrumento para la recolección de datos se empleó el cuestionario. Concluyendo que existía un nivel bajo de prácticas de autocuidado en la gestación asociado a la falta de compromiso personal en la nueva etapa, bajo apoyo de su entorno y carencia de conocimientos por su propio ámbito cultural (16).

Orozco V, Quintero E. (Colombia 2020), ejecutaron un trabajo de investigación cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal, con el objetivo de determinar las prácticas de autocuidado en una muestra de 52 gestantes adolescentes controladas en el Hospital Rubén Cruz Vélez del Valle del Cauca. Para la recopilación de datos se aplicó una encuesta, donde se evidenció que el 87% de gestantes tenían procedencia urbana y; el 32%, poseían estado civil unión libre. Así mismo, en la dimensión de ejercicio y descanso se obtuvo como resultado el 79%, regulares prácticas de autocuidado, en la dimensión de higiene y cuidados personales el 96%, regulares

prácticas; respecto a la dimensión de alimentación se reportó buenas prácticas con un 58%. Los autores concluyen mencionando que las prácticas de autocuidado tienen una relación estrecha con los conocimientos y hábitos que tiene la gestante puesto que en el estudio se halló que el 50% de las gestantes poseen un nivel alto de prácticas de autocuidado (17).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Campos M, Portocarrero N. (Iquitos 2023), realizaron el estudio en el cual, plantearon como objetivo determinar la asociación entre el nivel de vinculación afectiva y adaptación prenatal en primigestas atendidas en el Centro de Salud Bellavista Nanay, Iquitos–2023. Tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental y analítico; la población estuvo conformada por 50 primigestas a quienes se les aplicó dos escalas, teniendo como resultados, en cuanto a características sociodemográficas, que el 76% fueron de grado de instrucción secundario; el 64%, estado civil soltera; residencia urbano marginal en el 56%; entre las características, el 52% tuvieron ≤ 4 APN; que el 58% de gestantes tenían un nivel bajo de vinculación prenatal, seguido por un 32% con un nivel medio y solo existió un 5% de la población que poseía un alto nivel; por lo que los autores concluyen enfatizando que existe una relación significativa estrecha entre la vinculación prenatal y la adaptación prenatal (18).

Martínez D, Huaynalaya J. (Huancavelica 2023), ejecutaron una investigación relacional de tipo observacional, transversal y prospectivo, que tuvo por objetivo determinar la asociación entre la vinculación prenatal materna y las prácticas de autocuidado en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil José Gálvez, Lima – 2023; siendo realizado en una muestra de 80 gestantes. Los resultados indicaron que; la calidad de vínculo fue negativa en un 55%, la intensidad de preocupación fue alta en un 95%. Por otro lado, la calidad de vínculo y las prácticas de autocuidado no se hallaban asociadas con $p=0,486$, así mismo la intensidad de preocupación y las prácticas de autocuidado no tenían asociación con $p=0,112$. Los autores concluyen indicando que el grado de vínculo prenatal tiene una relación de significancia con las prácticas de autocuidado con un valor de $p= 0.001$ (19).

Huamán S. (Lima 2023), Elaboró una investigación, con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, transversal y correlacional, a la que tituló; Apoyo social, adaptación prenatal y vinculación afectiva en adolescentes gestantes de un instituto

de salud materno de Lima Metropolitana; planteándose el objetivo de determinar la relación entre el apoyo social, la adaptación prenatal y vinculación afectiva en 280 gestantes, usando como instrumento para la recolección de datos el cuestionario, arrojando como resultado que el 25,7% de encuestadas tenían un nivel bajo de vinculación prenatal, el 43,6% un nivel medio y un 30,7% de gestantes, un nivel alto de vinculación afectiva materno – fetal; por las cifras anteriores la autora concluye indicando que la formación del vínculo prenatal esta influenciado por diferentes factores, como lo es el apoyo social, que impacta en el adecuado desarrollo de la gestación (20).

Amay J. (La Libertad 2022). en su indagación titulada, Evaluación del autocuidado en gestantes que acuden al control prenatal en consulta externa del Hospital Básico Manglaralto. 2021; usó una metodología de investigación de enfoque cuantitativo, no experimental de corte transversal, descriptivo y deductivo con el objetivo de evaluar el autocuidado en gestantes, usando como técnica la entrevista y de instrumento la encuesta, en una muestra de 34 gestantes que acudieron a control prenatal; obteniendo por resultados que el 56% de las gestantes tienen un nivel de autocuidado gestacional medio, el 41% poseen un nivel de cuidado gestacional alto y el 3% nivel de cuidado gestacional bajo. La autora concluye indicando que el nivel de autocuidado gestacional influye en las condiciones de salud de las gestantes, por lo que se afirma que es importante recibir una buena preparación educativa y apoyo integral, los que se asocian a un buen resultado materno y perinatal (21).

Larico A, Huamani A. (Huancavelica 2022), realizaron una investigación con el objetivo de determinar el vínculo prenatal en 50 gestantes del Centro de Salud los Licenciados, 2022, que acudieron a sesiones de estimulación prenatal. El estudio fue de nivel descriptivo, prospectivo y observacional, la técnica usada, la encuesta y el cuestionario, el instrumento. Dentro de los resultados obtenidos se obtuvo que el 70% de las gestantes fueron jóvenes, el 48% cursó estudios secundarios, el 80% fue conviviente, el 50% fueron amas de casa; en factores obstétricos el 54% fueron nulíparas y el 32% primíparas. El vínculo prenatal que las gestantes manifestaron haber desarrollado según la calidad del vínculo el 74% fue indiferente, el 24% negativo y el 2% positivo y según la intensidad de preocupación materna el 66% fue positivo y el 34% indiferente. Las investigadoras concluyen enfatizando el vínculo materno según la dimensión de calidad de vínculo fue indiferente y según la preocupación materna positivo (22).

Ruiz M. (Lima 2022), Ejecutó una investigación teniendo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en las gestantes atendidas en el Centro de Salud San Pedro de Carabayllo – 2022. Metodológicamente fue un estudio cuantitativo, de corte transversal y de diseño no experimental, la muestra estuvo conformada por 80 gestantes en quienes se utilizó de instrumentos el cuestionario para medir el nivel de conocimiento y una escala para las prácticas de autocuidado. Concluyendo que tanto el conocimiento como las prácticas relacionadas con el autocuidado, son elementos esenciales para que la gestante tenga un embarazo saludable (2).

Bizaga J, Cochachin E. (Arequipa 2021), desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre la calidad de vínculo antenatal y el cumplimiento de sesiones educativas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, Agosto 2021. La investigación tuvo un enfoque prospectivo, relacional y de corte transversal, el instrumento usado fue el cuestionario en una población de 20 mujeres embarazadas, en los resultados que se obtuvieron el 55,0% de gestantes fueron convivientes, el 45,0% contaban con grado de instrucción secundaria y el 85,0% estaban cursando el tercer trimestre de gestación; por otro lado en cuanto a calidad de vínculo se halló que un 75,0% fue positivo, e indiferente un 25,0%; respecto a intensidad de preocupación de las gestantes se evidenció un 90,0% presentaban preocupación positiva y un 10,0% indiferente. Se concluyó indicando que existe una estrecha relación entre el vínculo prenatal y el cumplimiento de las sesiones educativas (23).

Colque D. (Arequipa 2019), en su investigación planteó como objetivo conocer la calidad del vínculo antenatal, la intensidad de preocupación y el vínculo antenatal global en mujeres primigestas y segundigestas preparadas en estimulación prenatal. Centro de Psicoprofilaxis Obstétrica y estimulación prenatal Kanguritos. Arequipa, 2013-2018. Aplicó la escala de adaptación al español de “Maternal Antenatal Attachment Scale” – MAAS, en 169 mujeres embarazadas, obteniendo como resultados que un 60,9% se encontraban entre los rangos de 18 a 29 años, en estado civil el 72,2% fue conviviente, el 81,1% fueron universitarias y un 91,7% fueron primigestas. En cuanto a calidad del vínculo antenatal se halló que en un 66,3% fue positivo, en el 33,7% fue indiferente y en 0% negativo; por otra parte, en un 100% la intensidad de preocupación fue positiva. Concluye indicando que el vínculo antenatal global fue positivo en el 98,2% de las mujeres primigestas y segundigestas (24).

2.1.3. Antecedentes locales

Valdivia D. (Cajamarca 2021), realizó una investigación de tipo descriptivo correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal, que tuvo por objetivo, determinar la relación que existe entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud Pachacútec; en una muestra de 143 gestantes, obteniendo como resultado que existe relación significativa entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en las gestantes determinado a partir de un p valor de 0.000 y un coeficiente de correlación igual a 0.661. La autora concluye indicando que el vínculo afectivo positivo que la gestante desarrolla con su futuro bebé promueve en ella el deseo de procurar su propio bienestar y el del niño por nacer; esto, a su vez, influye en la adopción de hábitos saludables de autocuidado, como una alimentación adecuada, ejercicio regular, descanso suficiente, una buena higiene y la atención constante a su salud (25).

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Vínculo Prenatal

Fenómeno en el que intervienen diferentes sentimientos y emociones, teniendo como protagonistas a los padres y el niño por nacer; en el cual intervienen múltiples factores, todo esto sucede mientras el feto se desarrolla en el útero de la madre (1). Varios estudios indican que en el periodo de gestación el cerebro materno pasa por una especie de transformación con la finalidad de generar habilidades necesarias que le permitan conectar con el nuevo ser que lleva en el interior (26).

Desde el quinto o sexto mes de gestación, el feto comienza a captar diversos estímulos del entorno, como sonidos, luz, caricias e incluso el estado emocional de la madre. Es fundamental que la interacción entre los padres y el feto sea activa durante el embarazo, ya que esto favorece el desarrollo de la sensibilidad paterna y materna, permitiéndoles interpretar y responder a las señales del feto, fortaleciendo así un vínculo adecuado (27).

Durante el embarazo, el feto mantiene una conexión directa con la madre, ya que de ella obtiene los nutrientes necesarios para su óptimo crecimiento y desarrollo. Según la neurociencia, durante esta etapa se forman las primeras conexiones neuronales y se generan experiencias iniciales de vínculo. Además, el feto comienza a percibir estímulos externos, como la voz materna, lo que permite que haya una mejor

adaptación prenatal, conjuntamente tras el nacimiento, el recién nacido pueda reconocerla, favoreciendo un vínculo afectivo seguro. Este reconocimiento genera en el bebé una sensación de bienestar y seguridad al identificar un estímulo familiar. El estado emocional del feto está influenciado por factores como los genes, la cultura y la historia de vida de la madre (28).

2.2.1.1 Componentes del vínculo prenatal

El vínculo prenatal abarca los siguientes componentes:

- **Componente cognitivo:** Está involucrado con el pensamiento de la madre, en su capacidad para imaginar y hacer proyecciones de cómo será su bebé antes del nacimiento, idealizándolo y especulando sobre su apariencia y personalidad (20).
- **Componente emocional:** Está relacionado con los sentimientos y emociones de la madre durante el embarazo, ya que es un período lleno de sensaciones encontradas. La futura madre tiene un deseo intenso de conocer a su bebé, visualizándolo como una figura querida y cercana (20).
- **Componente comportamental:** Involucra las conductas y prácticas de autocuidado que la madre realiza tanto por su propio bienestar como por el de su hijo intrauterino en desarrollo, como mantener una alimentación adecuada, descansar lo suficiente, llevar a cabo prácticas de higiene, entre otras (20).

2.2.1.2 Vías del vínculo prenatal

El vínculo prenatal se establece a través de las siguientes formas:

- **Percepción táctil:** Se refiere a la sensación de los movimientos fetales, los cuales actúan como una forma de comunicación entre la madre y el bebé, funcionando como un "código" o "vocabulario íntimo" compartido entre ambos (29).
- **Comunicación empática y simpática:** Es el proceso mediante el cual se transmiten emociones e imágenes mentales de manera consciente, a través de canales psíquicos y biofísicos, permitiendo que estas se transmitan al feto (29).

- **Percepción auditiva:** Desde las primeras etapas del desarrollo embrionario, los órganos sensoriales y los centros cerebrales del feto ya están en proceso de maduración, lo que permite que la audición sea el canal más utilizado para la comunicación, dado que el bebé puede percibir tanto la voz de la madre como los sonidos provenientes del entorno exterior (29)

2.2.1.3 Tipos de vínculo prenatal

En 2012, Grimalt y Heresi registraron tres tipos de vínculo prenatal.

- **Vínculo prenatal seguro:** un vínculo seguro es aquel en el que se establece un fuerte lazo entre la gestante y el feto, reflejándose en emociones y percepciones positivas tanto sobre el bebé como sobre la experiencia de la gestación. Esta conexión puede ayudar a la madre a desarrollar confianza en sí misma y en los demás, tanto en su proceso de embarazo como en el parto. El rol materno se configura a partir de sus características personales y de las representaciones que crea sobre su hijo, ya que "organiza su vivencia del embarazo en relación con su figura de vínculo principal y se define como madre en función de su propia figura materna (29).
- **Vínculo prenatal inseguro ambivalente:** Una mujer con este tipo de vínculo no asocia los movimientos fetales con su hijo, sino que se refiere a él en términos de ideales. Esto se debe a que su percepción se caracteriza por el miedo, lo que la hace sentir insegura y por lo tanto mantiene pensamientos pesimistas, lo que la hace buscar apoyo y protección. Por lo tanto, el proceso de nacimiento confirma las dudas sobre sí misma y crea el temor de que ella, no pueda ser una buena madre, no pueda hacer lo mejor que pueda y no pueda brindar el cuidado suficiente a su hijo (29).
- **Vínculo prenatal inseguro evitativo:** La principal preocupación de la mujer en esta variedad de vínculo es evitar transmitir su estado emocional a su hijo. Según autores " se resiste a crear representaciones de él por temor a que estas no coincidan con la realidad". Por ende, la mujer intenta establecer una conexión emocional, pero no se identifica plenamente con su papel de madre, intenta cambiar sus normas y se centra en las experiencias negativas (29).

2.2.1.4 Estrategias para establecer el vínculo prenatal

Existen estrategias que permiten fortalecer el vínculo prenatal, las cuales buscan promover sensaciones y sentimientos positivos que contribuyan al bienestar tanto fetal como materno, estas son: (25)

- **Estrategia Auditiva:** Técnica que consiste en estimular al feto mediante el uso de diferentes instrumentos que emitan sonidos y al ser constantes, él recordará incluso tras el nacimiento, asociándolo con momentos placenteros vividos. Puede aplicarse a partir de la semana 16 de gestación (25).
- **Estrategia Visual:** Técnica que consiste en usar instrumentos que emitan diferentes tipos de luz ya sea natural o artificial, exponiéndolo directamente al vientre de la madre, estimulando la visión fetal (25).
- **Estrategia Táctil:** Técnica en la cual se utilizan instrumentos que deben tener contacto directo con el vientre de la madre, tratando de ubicar el dorso fetal, los cuales emiten fricción o vibraciones que provocan movimientos fetales estimulando el desarrollo óseo fetal (25).

2.2.1.5 Canales de comunicación del vínculo prenatal

Desde el mismo instante de la concepción el feto comienza a establecer un dialogo con la madre y con el medio externo, esta comunicación es factible mediante canales que interceden en el proceso de aprendizaje. Los canales que están involucrados son (30)

- **Canal 1 o comunicación molecular:** Canal en el que interviene emociones de la madre, las cuales van a generar moléculas y sustancias que, a través de procesos fisiológicos, mediante la placenta y el cordón umbilical llegan al feto, provocando en él las mismas reacciones que genera en la madre (30).
- **Canal 2 o comunicación sensorial.** Ocurre cuando la madre tiene contacto con el vientre realizando caricias o cuando le habla al bebé en gestación y el responde mediante movimientos que la mujer lo puede percibir (30).
- **Canal 3 o comunicación intuitiva:** En este canal la comunicación se lleva a cabo a través de los pensamientos que tiene la gestante sobre su hijo, en el

mismo instante que la madre genera un pensamiento, este mensaje llega al bebé en gestación de manera inmediata; obteniendo respuesta de él mediante sueños (30).

2.2.1.6 Desarrollo del vínculo en la gestación

Investigaciones indican que el lazo existente entre madre e hijo inicia desde la gestación, mediante representaciones que la madre va formando y que están influenciadas por el tipo de vínculo que ella desarrolló en su infancia, así mismo esta influenciado por el bienestar mental, físico y social de la madre, lo que establece las bases para la transmisión de patrones de vinculación a lo largo de las generaciones. Su importancia radica en la relación directa que existe entre el vínculo prenatal y postnatal lo cual impacta de manera significativa en el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño por nacer, esto se vincula estrechamente con la calidad de la relación y con la capacidad de la madre para percibir y responder a las señales del bebé después de su nacimiento asociado a la habilidad para regular el estrés del, así como con la eficacia del cuidado y el tipo de vínculo que se establecerá entre ambos (31).

2.2.1.7 Factores que influyen en el vínculo prenatal

Diversos autores destacan componentes que influyen sobre el inicio y desarrollo del vínculo prenatal, como los cambios en el bienestar psicológico de la madre, aspectos de su historia personal, diversas variables psicosociales tal es la personalidad materna, factores relacionados con el embarazo, su planificación, el manejo de la ansiedad y el estrés en procesos de fertilización asistida, la gestión del impacto emocional de pérdidas perinatales previas, un perfil socio-demográfico favorable, nivel de conocimiento, capacidad para recibir información oportuna y un buen nivel de apoyo social percibido (22) .

Las habilidades cognitivas y emocionales son esenciales para iniciar y fortalecer el vínculo materno-fetal, su manifestación está relacionada con componentes tanto cognitivos como afectivos. En el ámbito cognitivo, se incluyen los pensamientos o representaciones mentales sobre el feto, que permiten a las madres atribuirle rasgos de personalidad y conductas. Por otro lado, los componentes afectivos se refieren a la empatía y a una adecuada interacción con el bebé. Finalmente, otro aspecto clave en la expresión del vínculo está asociado a comportamientos enfocados en el cuidado del bienestar fetal, como el seguimiento médico durante el embarazo, la intención de

proteger al bebé y la adopción de hábitos saludables, como dejar de fumar, evitar el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas(22).

2.2.1.8 Importancia del vínculo prenatal

Diferentes especialistas manifiestan que la experiencia prenatal influye en la organización del cerebro y establece diversas condiciones biológicas y psicológicas, como la predisposición a enfermedades, respuestas al estrés, rasgos de personalidad y la capacidad para interactuar socialmente. En este sentido, se puede afirmar que la prevención de trastornos psicológicos, junto con el desarrollo de las herramientas para afrontar la vida, las actitudes que adoptamos y las relaciones que establecemos, tiene su origen en la vida intrauterina (32).

Por otro lado en el aspecto cognitivo, al recibir estímulos del exterior, el cerebro fetal adquiere mayor habilidad y conocimiento a través de la información captada por sus sentidos, lo que facilita su adaptación al entorno una vez que nazca (32).

2.2.1.9 Dimensiones del vínculo prenatal

La evaluación del vínculo prenatal puede realizarse a través del análisis de dimensiones vinculadas esencialmente con los pensamientos y emociones de la madre hacia el bebé que espera, así como con las actitudes que adopta al asumir una nueva etapa en su vida; dentro de las cuales se encuentran: (22).

- **Calidad de Vínculo:** Enfocada en el análisis de emociones, sentimientos y pensamientos, además hace referencia a las experiencias de cercanía entre la madre y el bebé por nacer, relacionadas con gestos de ternura y la percepción del bebé intrauterino como una persona existente. Los indicadores que reflejan esta dimensión son: pensamiento en el bebé y deseo de conocerlo, representación del bebé y preocupación por él y responsabilidad y anhelo de su llegada (22).
- **Intensidad de preocupación:** En esta dimensión básicamente se analiza la preocupación que la madre tiene por el feto, sucede desde el momento en que el bebé intrauterino ocupa un lugar central en la vida emocional de la mujer. Los indicadores que reflejan esta dimensión son dedicación de tiempo a proyectar pensamientos y sentimientos hacia el bebé y la proyección de actitud emocional hacia el bebé (22).

2.2.2 Prácticas de autocuidado gestacional

El autocuidado se refiere a la habilidad de las personas para fomentar y preservar su salud, así como para prevenir o enfrentar enfermedades, ya sea de manera autónoma o con apoyo profesional. Este concepto abarca distintas áreas: físico, implica atender y mantener el bienestar del cuerpo; social, enfocado en cultivar relaciones positivas y saludables con otras personas; mental, relacionado con el desarrollo cognitivo, como el aprendizaje y el estudio y emocional, se centra en identificar, comprender y gestionar las emociones sin ignorarlas (33).

El embarazo es una etapa crucial en la que la mujer debe adoptar hábitos de vida saludables, ya que su cuerpo atraviesa numerosos cambios y debe tener en cuenta tanto su bienestar como el del bebé. Entre las medidas esenciales se encuentra la capacidad de reconocer signos y síntomas de alerta, así como mantener el autocuidado en los aspectos físico, social y emocional.

2.2.2.1 Recomendaciones para un adecuado autocuidado en la gestación

El autocuidado en la gestación tiene como fin resguardar la salud tanto materna como fetal, dentro de las recomendaciones generales para lograr prácticas adecuadas en la gestación se describe a continuación (25):

- Es importante que la gestante disfrute de su embarazo y evite el estrés puesto que al relajarse y tener sentimientos positivos genera la liberación de la hormona oxitocina llamada “hormona de la felicidad” que tienen un impacto positivo tanto en la madre como en el feto (25).
- La gestante debe tener una dieta equilibrada que incluya todos los grupos de alimentos según las porciones que se necesita, además es esencial la ingesta de líquidos saludables para mantenerse hidratada, puesto que el agua ayuda a mejorar diferentes procesos biológicos que en esta etapa pueden verse un tanto afectados (25).
- Evitar el consumo de alcohol y sustancias tóxicas ya que están vinculadas con malformaciones congénitas y complicaciones en el embarazo (25).
- Realizar ejercicio físico adecuado para la gestación, pues tiene múltiples beneficios como preparar el cuerpo para el momento del parto (25).

- Tener un horario apropiado de descanso que permita a la mujer relajarse y disminuir el riesgo de complicaciones (25).
- Realizar actividades de estimulación prenatal que favorezca a un adecuado desarrollo fetal (25).
- Asistir a controles prenatales según esquema donde cada gestante es evaluada integralmente por profesionales competentes en el área (25).

2.2.2.2 Factores que influyen en la omisión de las prácticas de autocuidado en la gestación

Existen diferentes factores que condicionan a las prácticas de autocuidado en el embarazo, sean individuales, sociales y/o económicas; la principal es la falta de control prenatal, que es la oportunidad donde el profesional en salud brinde toda la información necesaria que ayude a fomentar el autocuidado en la gestación; aquella gestante que tenga un inadecuado o incompleto control prenatal involucra múltiples riesgos para su propia salud como para la del feto, otros aspectos asociados con este problema está el bajo nivel de instrucción, falta de empleo, bajos recursos económicos, falta de apoyo por parte de la pareja, etc (34).

2.2.2.3 Importancia de las prácticas de autocuidado en la gestación

El cuidado gestacional es de gran importancia, ya que contribuye significativamente a garantizar una buena calidad de vida tanto para la madre como para el bebé. Un adecuado autocuidado gestacional favorece un embarazo saludable, reduce los riesgos para la vida de ambos y facilita un parto seguro. Además, ayuda a que el bebé nazca con el peso y tamaño adecuados, con órganos que se desarrollen correctamente, lo que favorece su salud y su crecimiento físico y mental sin complicaciones. Al mismo tiempo, este cuidado permite que la madre mantenga su bienestar tanto durante el embarazo como después del parto (25).

2.2.2.5 Dimensiones de las prácticas de autocuidado en la gestación

Autocuidado en la Alimentación

Los alimentos son de origen animal, vegetal, mineral, y algunos fabricados o transformados en laboratorio que conforman parte de la dieta diaria con el fin de proporcionar diferentes nutrientes al ser humano para el mantenimiento de sus funciones vitales. En el embarazo, la madre debe asegurarse de llevar una dieta balanceada con alto valor nutritivo ya que debe cubrir los requerimientos necesarios para el desarrollo fetal, así

como, solventar la demanda alimentaria que ella necesita para cumplir los procesos biológicos propios de esta etapa. La mujer gestante debe alimentarse en base a 4 grupos de alimentos, los cuales son: (35).

- Básicos: alimentos que tienen una alta concentración de carbohidratos y en una cantidad reducida proteínas y vitaminas. La gestante debe consumir 4 porciones al día de este tipo de alimento, dentro de los cuales se encuentra papa, maíz, soya, pastas, etc (35).
- Formadores: alimentos ricos en fuente de proteína, necesarios para desarrollar tejidos y músculos, además intervienen en diferentes funciones del cuerpo. En este grupo se encuentran los huevos, pescado, aves de corral, lácteos, etc (35).
- Protectores: alimentos que aportan diferentes vitaminas y minerales que son necesarios en el proceso de formación ósea, dental y sanguínea. Podemos encontrar a las verduras, alimentos de hojas verdes y las frutas en general (35).
- Energéticos: alimentos que son necesarios, pero en pequeñas cantidades, ya que complementan a otros alimentos que contribuyen al desarrollo adecuado del feto; tales son: grasas, azúcares y micronutrientes (35).

Autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso

Según la OMS es importante que la gestante tenga horarios de descanso para evitar complicaciones como el aborto, parto prematuro, preeclampsia, etc; además favorece a la relajación del cuerpo materno que se encuentra en constante cambio; asimismo es fundamental que desarrolle actividades físicas adecuadas para su condición, por los beneficios que tiene en esta etapa ya que no solo ayuda a fortalecer los músculos y sistemas involucrados en el trabajo de parto, sino que también contribuye a disminuir las molestias propios del embarazo y facilita la adaptación (25).

El ejercicio físico en mujeres gestantes sin contraindicación medica u obstétrica contribuye significativamente en el bienestar materno-fetal, se recomienda que la gestante realice por lo menos 150 minutos de actividad física moderada, distribuido en por lo menos tres veces a la semana, aunque lo ideal es mantenerse activa con un nivel mínimo de movimiento diario (36).

Autocuidado de la Higiene y salud

La higiene personal es también importante tanto como las demás dimensiones del autocuidado en el embarazo de lo contrario hay una mayor exposición a microorganismos que causan enfermedades (37).

- Higiene Corporal: la gestante debe cuidar el aseo de su cuerpo y de su zona genital, evitando usar jabones sintéticos que alteren el ph natural (37).
- Higiene de piel y cabello: En el embarazo aumenta la secreción de las glándulas sebáceas y puede ser la causa de cualquier infección, por ello se debe realizar un adecuado aseo con productos que tengan composición natural para evitar alguna reacción negativa (37).
- Higiene oral: La gestante debe cepillarse los dientes por lo menos dos veces al día; los niveles altos de hormona progesterona provoca sensibilidad en los dientes y encías, si no hay un cuidado e higiene adecuado pueden causar complicaciones (37).
- Higiene de la ropa: La ropa tiene contacto directo con la madre es por eso que debe ser apropiada y estar limpia (37).

2.3 Hipótesis

Ha: Existe relación altamente significativa entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en las gestantes controladas en el hospital Simón Bolívar, Cajamarca. 2024.

H₀: No existe relación altamente significativa entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en las gestantes controladas en el hospital Simón Bolívar, Cajamarca. 2024.

2.4 Variables

V1 Vínculo Prenatal

V2. Prácticas de Autocuidado en la gestante

2.5 Conceptualización y operacionalización de variables

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES				
	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEMS	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
V1. VÍNCULO PRENATAL: Conexión de tipo afectiva que se forma por lo general, entre la madre y el bebé intrauterino (1)	Calidad de Vínculo	Bajo	15 a 34 puntos	"Maternal Antenatal Attachment Scale" - MAAS	Ordinal
		Medio	35 a 54 puntos		
	Intensidad de preocupación	Alto	55 a 75 puntos		
V2. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO GESTACIONAL Actividades que las gestantes realizan para mantener su salud, así como el bienestar del producto de la concepción (33).	Autocuidado en la alimentación	Bajo	25 a 57 puntos	"Cuestionario del autocuidado gestacional"	Ordinal
	Autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso	Medio	58 a 90 puntos		
	Autocuidado en higiene personal y salud	Alto	91 – 125 puntos		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

La investigación realizada fue de diseño no experimental, de corte transversal y corresponde a un tipo de estudio descriptivo relacional.

No experimental, porque en la investigación no hubo manipulación de variables, ni intervención de la investigadora (38).

Corte Transversal, porque el estudio se realizó sin cortes en el tiempo y con una población ya definida (38).

Descriptivo, porque se buscó describir al vínculo prenatal y su relación con las prácticas de autocuidado (38).

Relacional, porque se buscó la relación que existe entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado (39).

3.2 Área de estudio y población

3.2.1 Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en Cajamarca, una ciudad situada en el norte del Perú, entre las coordenadas 78°30'39" de latitud sur, y los medianos 07°09'17" de longitud oeste, a una altitud de 2,731 m.s.n.m. (40). Específicamente en el Hospital Simón Bolívar II-E, en el consultorio de atención prenatal, ubicado en la Av. Mario Urteaga, N° 451.

El hospital Simón Bolívar es un establecimiento de tres pisos, cuenta con servicios de consulta externa, laboratorio clínico, departamento de imágenes (rayos X, ecografía, etc.), un área neonatal, además tiene un tópico de cirugía ambulatoria, unidad de hospitalización, sala de neonatología y unidad de cuidados intensivos neonatal; el

horario de atención es de lunes a Domingo las 24 horas del día para el servicio de emergencia y los servicios de consultorio atienden turno mañana y algunos turnos por la tarde.

3.2.2 Población

La población del estudio estuvo conformada por gestantes atendidas en el consultorio de atención prenatal del Hospital Simón Bolívar II E, durante el mes de octubre del 2024 que cumplieran con los criterios de inclusión para la investigación.

3.3 Muestra y muestreo

Para el cálculo de la muestra se utilizó variable cuantitativa de población finita

$$n = \frac{Z^2 pq \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.9) (0.1) 150}{(0.05)^2 (150-1) + (1.96)^2 (0.9) (0.1)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.09) 150}{(0.0025) (149) + (0.3457)}$$

$$n = 72.21$$
$$n = 72$$

Z= Nivel de confianza. 0,95%= 47.5/100= 0.475=1.96

p= Probabilidad de éxito. 90% = 0.9

q= Probabilidad de fracaso. 10% = 0.1

E= Nivel de error 5%= 0.05

N= Población = 150

3.4 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por cada una de las gestantes atendidas en consultorio de atención prenatal en el Hospital Simón Bolívar, durante el mes de octubre del 2024.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas en el consultorio de obstetricia del Hospital Simón Bolívar en el mes de octubre del año 2024.
- Gestantes que tenían mínimamente, un control prenatal en el mes de octubre del año 2024.
- Gestantes con buena salud física y mental que voluntariamente participaron en la investigación.
- Gestantes que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión

- Gestantes que presentaban alguna discapacidad que impida su participación.
- Gestantes que presentaban un feto con malformación.

3.6 Consideraciones éticas

La presente investigación estuvo regida por los siguientes principios:

Autonomía: Porque cada gestante tuvo la libertad de decidir su participación en la investigación (41).

Consentimiento informado: porque se proporcionó información clara y precisa sobre el objetivo de la investigación a la gestante, para que ella brinde su autorización de participación y firme el consentimiento informado voluntariamente (42).

Privacidad: Porque cada gestante que formó parte de la investigación, esta identificada de manera anónima, protegiendo sus datos a lo largo de todo el estudio, desde su inicio hasta su finalización (43).

Confidencialidad: Porque los datos que fueron recopilados mediante las encuestas son confidenciales y no se compartirán los datos de las gestantes sin previa autorización (43).

No maleficencia: Porque la investigación no estuvo orientada a realizar daño alguno en las involucradas, por otro lado, los datos e información obtenidos de las gestantes serán solo usados en la investigación y no con otros fines (41).

3.7 Procedimientos para la recolección de datos

- La presente investigación se realizó en diferentes etapas,
1. En primer lugar, se solicitó autorización al director del Hospital Simón Bolívar y se informó a la obstetra encargada del servicio, para poder iniciar con la recopilación de la información de las gestantes. **(Anexo 4)**
 2. Al tener la autorización aceptada por las autoridades correspondientes se procedió en un inicio a aplicar la ficha de datos obstétricos y sociodemográficos **(Anexo 1)**. Consecutivamente se aplicó las encuestas, a las gestantes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación. **(Anexo 5)**
 3. La aplicación de las encuestas se realizó en el consultorio de atención prenatal del Hospital Simón Bolívar, donde se explicó a cada una de las gestantes los objetivos y beneficios, para que pueda firmar el consentimiento informado, aceptando libremente su participación en la investigación. **(Anexo 6)**
 4. Se procedió a codificar el instrumento y realizar una base de datos con la información de cada gestante.

3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1. Para medir la variable Vínculo Prenatal se aplicó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, basado en la adaptación de "Maternal Antenatal Attachment Scale" - MAAS, diseñado por Condon en el año 1993 **(Anexo 2)**, dicho cuestionario consta de 15 preguntas en el cual se evalúan dos dimensiones: Calidad del vínculo, que abarca desde la pregunta 1 hasta la 7 e Intensidad de preocupación, que corresponde desde la pregunta 8 hasta la 15. Las respuestas son situadas en una escala tipo Likert de 5 puntos, es fundamental destacar que, en algunas preguntas, la escala de calificación opera de manera inversa.

Para la calificación se usó el siguiente Baremo:

-Grado de vínculo prenatal:

Bajo: 15-34 puntos

Medio: 35-54 puntos

Alto: 55-75 puntos

-Calidad de vínculo

Bajo: 7 a 16 puntos

Medio: 17 a 26 puntos

Alto: 27 a 35 puntos

-Intensidad de preocupación

Bajo: 8 a 18 puntos

Medio: 19 a 29 puntos

Alto: 30 a 40 puntos

2. Para medir la variable Prácticas de Autocuidado en la Gestación se utilizó el Cuestionario del autocuidado gestacional creado por Valdivia Saldaña Daniela, Cajamarca 2021; el objetivo principal es evaluar las prácticas de cuidado que llevan a cabo las gestantes en la etapa prenatal, consta de 25 preguntas, distribuidas en 3 dimensiones; la dimensión autocuidado de la alimentación se aborda desde la pregunta 1 a la 10, la dimensión autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso, se aborda desde la pregunta 11 hasta la 14 y la dimensión autocuidado de la higiene y salud, se aborda desde la pregunta 15 hasta la 25, Las respuestas se califican utilizando una escala Likert de 5 puntos

Para la calificación se usó el siguiente Baremo:

-Nivel de autocuidado gestacional

Bajo: 25-57 puntos

Medio: 58-90 puntos

Alto: 91-125 puntos

-Autocuidado en la alimentación

Bajo: 5-19 puntos

Medio: 20-34 puntos

Alto: 35.50 puntos

-Autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso

Bajo: 4-8 puntos

Medio: 9-14 puntos

Alto: 15-20 puntos

-Autocuidado de la higiene y la salud

Bajo: 11-25 puntos

Medio: 26-40 puntos

Alto: 41-55 puntos

3.9 Validez y confiabilidad

Validez

La Escala de Vinculación Prenatal Materna (MAAS) es un instrumento estandarizado que ha sido previamente sometido a análisis de validez. En dichas pruebas, obtuvo un puntaje de 0.749 en la medida de adecuación Kaiser-Mayer-Olkin (KMO), Este resultado asegura tanto la validez del instrumento como su aceptación para su aplicación en el presente estudio. Fue validado por Daniela Valdivia en Cajamarca, en el año 2021.

El cuestionario de autocuidado gestacional fue validado por su autora original Daniela Valdivia en Cajamarca en el año 2021 lo que respalda su idoneidad y validez para ser empleado en el estudio.

Confiabilidad

La confiabilidad se evaluó utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, una herramienta estadística que mide la relación interna entre los ítems que componen el cuestionario. Este coeficiente genera valores que oscilan entre 0 y 1, donde una cifra más cercana a 1 refleja un mayor nivel de confiabilidad (**ANEXO 7**).

3.10 Procesamiento y análisis de datos

Luego de recolectar los datos de las gestantes, se procedió a organizarlos en una base de datos utilizando el programa Excel, posteriormente los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS v.20. utilizando la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de significancia del 95% y un error máximo tolerable del 5% (>0.05) teniendo el objetivo de evaluar la relación entre ambas variables.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Características obstétricas y sociodemográficas

Tabla 1. Características obstétricas de las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.

Características obstétricas	N°	%
Número de embarazos		
Primigesta: 1er embarazo	38	52,8
Multigesta: de 2 a 5 embarazos	33	45,8
Gran multigesta: \geq a 6 embarazos	1	1,4
Edad gestacional		
1er Trimestre: de 1 a 12 semanas	26	36,1
2do Trimestre: de 13 a 28 semanas	34	47,2
3er Trimestre: de 29 a 40 semanas	12	16,7
Número de atención prenatal		
1 a 3 APN	30	41,7
4 a 6 APN	31	43,1
más de 6 APN	11	15,3

Nota: n= 72

En la tabla 1, se observa las características obstétricas de las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar durante el mes de octubre del año 2024, de acuerdo a lo más predominante, el 52,8% fueron primigestas con 1er embarazo, el 47,2% tenían edad gestacional 13 a 28 semanas y el 43,1% tenían de 4 a 6 atenciones prenatales.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.

Características sociodemográficas	N°	%
Edad		
Gestante muy joven: ≤ de 15 años	2	2,8
Gestante joven: de 16 a 19 años	11	15,3
Gestante adulta: de 20 a 34 años	44	61,1
Gestante añosa: de 35 a 39 años	15	20,8
Estado civil		
Conviviente	56	77,8
Casada	11	15,3
Soltera	5	6,9
Grado de instrucción		
Primaria completa	3	4,2
Secundaria completa	16	22,2
Secundaria incompleta	18	25,0
Superior no universitario	14	19,4
Superior universitario	21	29,2
Ocupación		
Trabajadora dependiente	9	12,5
trabajadora independiente	11	15,3
Ama de casa	41	56,9
Estudiante	11	15,3
Procedencia		
Rural	9	12,5
Urbana	63	87,5

Nota: n= 72

En la tabla 2, se observa las características sociodemográficas de las gestantes controladas en el hospital Simón Bolívar durante el mes de octubre del año 2024, de acuerdo a lo más predominante, el 61,1% tenían edades entre 20 a 34 años, 77,8% tenían como estado civil conviviente, 29,2% tenían grado de instrucción superior universitario y 25,0% secundaria incompleta, 56,9% eran amas de casa, y el 87,5% procedían de la zona urbana.

4.2 Nivel de vínculo prenatal, según dimensiones

Tabla 3. Grado de vínculo prenatal según dimensiones en las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.

Dimensiones	N°	%
Calidad del vínculo		
Bajo	0	0,0
Medio	24	33,3
Alto	48	66,7
Intensidad de preocupación		
Bajo	0	0,0
Medio	4	5,6
Alto	68	94,4

Nota: n= 72

En la tabla 3, se observa que, se ha identificado que el grado de vínculo prenatal en la dimensión calidad del vínculo, el 66,7% de las gestantes presentaban un alto grado de calidad de vínculo y el 33,3% un nivel medio en la calidad del vínculo, ninguna gestante tuvo nivel bajo. Por otro lado, en la dimensión intensidad de preocupación el 94,4% de las gestantes presentaban alta intensidad de preocupación y un 5,6% estaban en un nivel medio de intensidad de preocupación, al igual que la primera dimensión ninguna gestante obtuvo un nivel bajo.

4.3 Prácticas de autocuidado según dimensiones

Tabla 4. Prácticas de autocuidado según dimensiones en las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.

Dimensiones	N°	%
Autocuidado en la alimentación		
Bajo	0	0,0
Medio	8	11,1
Alto	64	88,9
Autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso		
Bajo	0	0,0
Medio	13	18,1
Alto	59	81,9
Autocuidado en higiene personal y salud		
Bajo	0	0,0
Medio	0	0,0
Alto	72	100,0

Nota: n= 72

En la tabla 4, se observa que, se ha identificado que, en las prácticas de autocuidado por dimensiones, el 88,9% de las gestantes presentaban un nivel alto de autocuidado en la alimentación y el 11,1% un nivel medio en el autocuidado en la alimentación, ninguna gestante tuvo nivel bajo. Asimismo, en la dimensión autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso el 81,9% de las gestantes presentaban alto nivel, el 18,1% tenían nivel medio y ninguna gestante tuvo bajo nivel. Por otro lado, el 100% de las gestantes presentaron alto nivel de autocuidado e higiene personal y salud, según la dimensión de prácticas de autocuidado.

4.4 Vínculo prenatal y prácticas de autocuidado

Tabla 5. Relación de dimensiones de vínculo prenatal con prácticas de autocuidado en las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.

	Prácticas de Autocuidado				Total		Chi-cuadrado
	Medio		Alto		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Calidad de vínculo							$X^2=5,365$ $p=0,021$
Medio	7	9,7	17	23,6	24	33,3	
Alto	4	5,6	44	61,1	48	66,7	
Total	11	15,3	61	84,7	72	100,0	
Intensidad de preocupación							$X^2=3,945$ $p=0,047$
Medio	2	2,8	2	2,8	4	5,6	
Alto	9	12,5	59	81,9	68	94,4	

En la tabla 5, se observa que, del total de gestantes en estudio, en cuanto a la calidad de vinculación materna, fue de grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado en un 23,6% y con un nivel medio de prácticas de autocuidado un 9,7%, por otro lado, el 5,6% tuvo un grado de calidad de vinculación alto con un nivel medio de prácticas de autocuidado y con un nivel alto de prácticas de autocuidado un 61,1%.

En la dimensión intensidad de preocupación fue de grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado el 2,8% y con un nivel medio de prácticas de autocuidado el 2,8 %, así mismo, la intensidad de preocupación en grado alto con un nivel medio de prácticas de autocuidado fue en un 12,5% y con un nivel alto de prácticas de autocuidado fue de 81,9%.

En la dimensión calidad de vínculo como en la dimensión intensidad de preocupación en cuanto a grado bajo se obtuvo un 0% de gestantes y en prácticas de autocuidado en nivel bajo de la misma manera.

Se indica que hay una relación significativa entre la dimensión calidad de vínculo y las prácticas de autocuidado ($p=0,021$) y, de igual manera hay relación significativa entre intensidad de preocupación y las prácticas de autocuidado ($p=0,047$).

Tabla 6. Relación de dimensiones de Vínculo Prenatal con prácticas autocuidado en la alimentación en gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.

	Prácticas de autocuidado en la Alimentación				Total		Chi-cuadrado
	Medio		Alto		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Calidad de vínculo							X ² =7,031 p=0,008
Medio	6	8,3	18	25,0	24	33,3	
Alto	2	2,8	46	63,9	48	66,7	
Total	8	11,1	64	88,9	72	100,0	
Intensidad de preocupación							X ² =6,485 p=0,011
Medio	2	2,8	2	2,8	4	5,6	
Alto	6	8,3	62	86,1	68	94,4	

En la tabla 6, se evidencia que, del total de gestantes en estudio, en cuanto a la calidad de vínculo, en grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado en la alimentación fue un 25% y con un nivel medio de prácticas de autocuidado en la alimentación fue de 8,3%.de otra manera el 2,8 % tuvo un grado de calidad de vinculación alto con un nivel medio de prácticas de autocuidado en la alimentación y con un nivel alto de prácticas de autocuidado en la alimentación un 63,9%

En la dimensión intensidad de preocupación fue de grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado en la alimentación 2,8% y con un nivel medio de prácticas de autocuidado la alimentación el 2,8 %, así mismo, la intensidad de preocupación en grado alto con un nivel medio de prácticas de autocuidado en la alimentación fue en un 8,3% y con un nivel alto de prácticas de autocuidado en la alimentación fue de 86,1%. En la dimensión calidad de vínculo como en la dimensión intensidad de preocupación en cuanto a grado bajo se obtuvo un 0% de gestantes y en prácticas de autocuidado en la alimentación en nivel bajo de la misma manera.

Se evidencia que hay una relación significativa entre la dimensión calidad de vínculo y las prácticas de autocuidado en la alimentación (p=0,008) y, de igual manera hay relación significativa entre intensidad de preocupación y las prácticas de autocuidado en la alimentación (0,011).

Tabla 7. Relación de dimensiones de Vínculo Prenatal con prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso en gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.

	Prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso				Total		Chi-cuadrado
	Medio		Alto		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Calidad de vínculo							X ² =5,679
Medio	8	11,1	16	22,2	24	33,3	p=0,017
Alto	5	6,9	43	59,7	48	66,7	
Total	13	18,1	59	81,9	72	100,0	
Intensidad de preocupación							X ² =2,921
Medio	2	2,8	2	2,8	4	5,6	p=0,087
Alto	11	15,3	57	79,2	68	94,4	

En la tabla 7, se observa que, del total de gestantes en estudio, en cuanto a la calidad de vínculo, en grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso fue un 22,2% y con un nivel medio de prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso fue de 11,1%. de otra manera el 6,9% tuvo un grado de calidad de vinculación alto con un nivel medio de prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso y con un nivel alto de prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso un 59,7%.

En la dimensión intensidad de preocupación fue de grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso 2,8% y con un nivel medio de prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso el 2,8%, así mismo, la intensidad de preocupación en grado alto con un nivel medio de prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso fue en un 15,3% y con un nivel alto de prácticas para equilibrar el ejercicio y descanso de 79,2%. En la dimensión calidad de vínculo como en la dimensión intensidad de preocupación en cuanto a grado bajo se obtuvo un 0% de gestantes y en prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso en nivel bajo de la misma manera.

En consecuencia, si existe una relación significativa entre la dimensión calidad de vínculo y las prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso ($p=0,017$) y por otro lado, no se halló relación significativa entre la dimensión intensidad de preocupación y prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso ($p=0,087$ mayor a 0.05)

Tabla 8. Relación de dimensiones de Vínculo Prenatal con prácticas autocuidado en higiene y salud en gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.

	Prácticas de autocuidado en higiene y salud		Total	
	Alto		N°	%
	N°	%		
Calidad de vínculo				
Medio	24	33,3	24	33,3
Alto	48	66,7	48	66,7
Total	72	100,0	72	100,0
Intensidad de preocupación				
Medio	4	5,6	4	5,6
Alto	68	94,4	68	94,4

En la tabla 8 se observa que, del total de gestantes en estudio, en cuanto a la calidad de vínculo, en grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado en higiene y salud fue un 33,3%, de otra manera el 66,7% tuvo un grado de calidad de vinculación alto con un nivel alto de prácticas de autocuidado en higiene y salud.

En la dimensión intensidad de preocupación fue de grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado en higiene y salud 5,6%, así mismo, la intensidad de preocupación en grado alto con un nivel alto de prácticas de autocuidado en higiene y salud fue en un 94,4%.

En la dimensión calidad de vínculo como en la dimensión intensidad de preocupación en cuanto a grado bajo se obtuvo un 0% de gestantes y en prácticas de autocuidado en autocuidado en higiene y salud en nivel bajo y medio de la misma manera.

Tabla 9. Relación entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.

Prácticas de autocuidado	Grado de vínculo prenatal				Total		Chi-cuadrado
	Medio		Alto		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Medio	5	6,9	6	8,3	11	15,3	X ² = 12,892 p= 0,0003
Alto	4	5,6	57	79,2	61	84,7	
Total	9	12,5	63	87,5	72	100,0	

En la tabla 9, se observa que, el 79,2% de las gestantes controladas con vínculo prenatal alto presentaban prácticas de autocuidado en un nivel alto, y por otro lado el 6,9% de las gestantes controlados con vínculo prenatal en grado medio presentaban prácticas de autocuidado en un nivel medio. Según la prueba de hipótesis del Chi-Cuadrado, se ha encontrado relación significativa entre el vínculo prenatal ($p=0,0003$) y las prácticas de autocuidado; cumpliéndose la hipótesis específica: Existe relación altamente significativa entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en las gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca.2024.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante el embarazo comienza a desarrollarse una conexión dual entre madre-hijo en la cual intervienen diversos factores relacionados con un sistema de cuidado que permite certificar la cercanía afectiva, permitiéndole a la madre realizar las acciones necesarias para garantizar un adecuado desarrollo fetal. La experiencia prenatal juega un papel clave en la formación del cerebro y establece las bases de diversas manifestaciones biológicas, psicológicas así como de predisposiciones médicas; por lo tanto la prevención de diferentes condiciones de salud, rasgos de la personalidad y la calidad de los vínculos futuros comienzan desde el útero en consecuencia resulta esencial que los pensamientos, las palabras y las acciones del entorno que rodean el proceso de gestación sean lo más positivos posibles (44).

El primer objetivo permitió describir las características obstétricas y sociodemográficas de las gestantes en estudio, tal como se observa en las tablas 1 y 2, se obtuvo como resultados que, predominó con un 52,8% el grupo de primigestas, con respecto a la edad gestacional, en mayor cantidad, el 42,7% estuvieron en el segundo trimestre, en cuanto al número de atenciones prenatales el 43,1% tenían entre 4-6 APN, por otro lado, el grupo etario con mayor frecuencia fue el de gestante joven de 20-34 años con un 61,1% entre 20 – 34 años, en cuanto al estado civil el 77,8% fue conviviente, en grado de instrucción prevaleció con un 29,2% el grupo de gestante con superior universitario, en ocupación se observó en mayor cifra, ama de casa con un 56.9% y en procedencia el 87,5% fueron de zona urbana.

Estos resultados tienen similitud con lo que describió Colque D. (24) quien reportó que, en su investigación predominó el grupo de primigestas con un 91,7%, en cuanto al estado civil el 72,2% fueron convivientes, en grado de instrucción en su mayoría fue superior universitario en un 81,1% y el 60,9% en mayor cantidad se encontraban entre los rangos de 18 a 29 años de edad.

De igual manera coincide con lo señalado por Larico A. y Huamani A. (22) en cuanto a edad, que el 70% de las gestantes fueron jóvenes, en estado civil el 80% fue conviviente, en ocupación el 50% fueron amas de casa y 54% fueron nulíparas, es decir era su primera gestación.

Asimismo, Campos M. y Portocarrero N. (18) señalan que el 52 % de las gestantes tuvieron ≤ 4 APN, además destaca el 76% de gestantes en grado de instrucción secundario, el 64% estado civil soltera y residencia urbano marginal el 56%, también Orozco y Quintero (17) indican que el 87% de gestantes tenían procedencia de la zona urbana.

Las características obstétricas pueden tener influencia sobre el vínculo prenatal que la gestante va forjando con su bebé, así como de las prácticas de autocuidado que tenga; tal es el número de embarazos, puesto que la situación es diferente en una primigesta que en una mujer que ya ha tenido más gestaciones, ya que esta última tiene experiencia previa que se puede usar como un factor a favor, de igual forma influye la edad gestacional en la que se encuentra la mujer pues a medida que avanza el embarazo, y el feto va desarrollando, va aumentando también las dudas y la ansiedad por la aproximación del parto, además se intensifica los pensamientos y el deseo de conocer a su bebé lo que a veces repercute ya sea positivamente o negativamente en la formación del vínculo; por último el número de atenciones prenatales, entre más APN tenga la mujer, según el esquema, podemos decir que se está contribuyendo a disminuir la morbilidad materno-fetal, así mismo se está fomentando a la formación del vínculo prenatal eficaz y las prácticas de autocuidado en la gestación (22).

Los factores sociodemográficos también son un elemento clave, puesto que una gestante muy joven o una gestante añosa puede tener complicaciones propias de su edad, así mismo la edad también influye muchas veces en la estabilidad emocional y la actitud que tenga frente al embarazo; por otro lado, el estado civil puede tener una repercusión positiva, ya que una mujer que tiene apoyo por parte de su pareja se siente más segura y menos estresada, conllevándola a realizar conductas de autocuidado que la gestante debe desarrollar en esta etapa. El grado de instrucción, la ocupación y la procedencia también pueden estar relacionados con el vínculo antenatal y los cuidados de las gestantes, pues mientras mejores oportunidades tengan, podrán recibir información de calidad que le ayude a llevar un embarazo saludable y tranquilo (34).

Con el segundo objetivo se buscó describir el grado de vínculo prenatal por dimensiones, lo cual se refleja en la tabla 2, donde se encontró que, en la dimensión calidad de vínculo el 66,7% de las gestantes tuvieron un grado alto, el 33,3% un grado medio y ninguna mostró un grado bajo, de igual modo en la dimensión intensidad de preocupación el 94,4% obtuvo un grado alto, el 5,6% un grado medio y ninguna un grado bajo.

Los resultados coinciden con Colque D. (24) en cuanto a calidad del vínculo prenatal se halló que en un 66.3% fue positivo, en el 33.7% fue indiferente y en 0% negativo; además en un 100% la intensidad de preocupación fue positiva, así mismo Bizaga J. y Cochaching E. (23) hallaron que el 75% de gestantes presentaban una calidad de vínculo positivo e indiferente un 25%, y en intensidad de preocupación el 90% fue positiva y el 10% indiferente; por otra parte, difiere con Martínez D. y Huaynalaya J. (19), puesto que indican en su investigación, que en la dimensión calidad de vínculo fue negativa en un 55%, en la misma línea, la dimensión intensidad de preocupación fue alta en un 95%. Larico A. y Huamani A. (22) observaron que, en la dimensión calidad del vínculo el 74% fue indiferente, el 24% negativo y el 2% positivo y según la intensidad de preocupación materna el 66% fue positivo y el 34% indiferente.

Con los resultados observados se puede indicar que tanto la calidad del vínculo como la intensidad de preocupación en las gestantes fueron en mayor cantidad de alto grado, comprobando que los pensamientos y sentimientos de las gestantes fueron adecuados, y que la conexión afectiva o vínculo con el bebé, que está por nacer, sea segura, tomando como indicadores la preocupación por su bienestar, así como el sentido de responsabilidad y la ilusión ante su próxima llegada (20).

Un vínculo seguro se caracteriza por la creación de una conexión sólida entre la mujer gestante y el feto, lo que se manifiesta en emociones y percepciones positivas hacia el bebé y la experiencia del embarazo. Esta relación puede contribuir a que la madre desarrolle confianza en sí misma y en los demás durante el proceso de gestación y el momento del parto (29).

Investigaciones recalcan que hay componentes que influyen sobre el inicio y desarrollo del vínculo prenatal, como los cambios en el bienestar psicológico de la madre, aspectos de su historia personal, diversas variables psicosociales y un buen nivel de apoyo social percibido; tal es así, como exterioriza Huamán S. (20) en su investigación observó que solo el 30,7% de gestantes tenían un nivel alto de vinculación afectiva materno – fetal llegando a la conclusión que las cifras presentadas estaba influenciado por diferentes factores, como lo es el apoyo social que cuando no es el adecuado tiene un impacto en negativo en el desarrollo gestacional.

En el tercer objetivo se propuso describir el nivel de prácticas de autocuidado por dimensiones en las gestantes, apreciándose en la tabla 4, donde se encontró que el 88,9% de las gestantes presentaban un nivel alto de autocuidado en la alimentación y el 11,1% un nivel medio; ninguna gestante tuvo nivel bajo. Asimismo, en la dimensión autocuidado en prácticas para equilibrar el ejercicio y descanso el 81,9% de las gestantes presentaban alto nivel, el 18,1% tenían nivel medio y ninguna gestante tuvo bajo nivel. Por otro lado, el 100% de las gestantes presentaron alto nivel de autocuidado e higiene personal y salud.

Refuta con Orozco y Quintero (17) en la dimensión de ejercicio y descanso obtuvo como resultado el 79%, que fueron regulares prácticas de autocuidado, en la dimensión de higiene y cuidados personales se observó como resultado que el 96% fueron regulares prácticas de autocuidado, respecto a la dimensión de alimentación se reportó buenas prácticas de autocuidado con un 58%.

Las prácticas de autocuidado que realizaron las embarazadas del estudio en todas sus dimensiones fueron en un nivel alto, por lo que se infiere que las mujeres gestantes al reconocer que la etapa por la que atraviesan es especial y a la vez crucial, es necesario que desarrollen hábitos de vida saludables, ya que su cuerpo está en constante cambio con el fin de mantener el bienestar propio, así como el bienestar fetal.

El cuidado durante la gestación es fundamental, ya que juega un papel clave en asegurar una buena calidad de vida tanto para la madre como para el bebé. Practicar un adecuado autocuidado durante el embarazo promueve una gestación saludable, disminuye los riesgos para ambos y contribuye a un parto seguro, también permite que la mujer conserve su bienestar en el periodo puerperal (25). Sarco L. (15) alude que los riesgos importantes que puede haber durante el embarazo se asocian con factores sociales, emocionales y biológicos.

Diversos factores influyen en las prácticas de autocuidado durante el embarazo ya sea positiva o negativamente, entre ellos destacan los aspectos individuales, sociales y económicos, como lo menciona Gómez J. (16) en su investigación, donde concluye que el autocuidado gestacional fue negativo porque estuvo asociado a la falta de compromiso personal en la nueva etapa, bajo apoyo de su entorno, carencia de conocimientos por su propio ámbito cultural y la inmadurez que tenían las adolescentes.

En el objetivo general se buscó determinar la relación entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en las gestantes, reflejándose los resultados en las tablas 5,6,7,8 y 9

Respecto a la tabla 5 se observa que, dentro de lo más sobresaliente, la calidad de vinculación materna, fue de grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado en un 23,6% por otro lado, la calidad de vinculación en grado alto, con un nivel alto de prácticas de autocuidado fue en un 61,1%. En la dimensión intensidad de preocupación fue de grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado el 2,8% y con un nivel medio de prácticas de autocuidado el 2,8 %, así mismo, la intensidad de preocupación en grado alto con un nivel alto de prácticas de autocuidado fue de 81,9%. Por consecuencia se indica que hay una relación significativa entre la dimensión calidad de vínculo y las prácticas de autocuidado ($p=0,021$) y, de igual manera hay relación significativa entre intensidad de preocupación y las prácticas de autocuidado ($p=0,047$).

Resultados que refuta con lo expuesto por Martínez D. y Huaynalaya J. (19), que indican en su investigación que la calidad de vínculo y las prácticas de autocuidado no se hallaban asociadas con $p=0,486$, así mismo la intensidad de preocupación y las prácticas de autocuidado no tenían asociación con $p=0,112$.

Las dimensiones del vínculo prenatal están relacionadas con los pensamientos y emociones de la madre hacia el bebé que espera, así como con las actitudes que adopta al asumir una nueva etapa en su vida (22), lo que conlleva a la gestante a realizar prácticas de autocuidado con la finalidad de, no solo disfrutar de su embarazo, sino también conservar el bienestar del binomio y evitar complicaciones que amenacen la salud de ambos, es importante entonces que mantenga una dieta equilibrada, evite el consumo de sustancias tóxicas, tenga horarios de descanso, realice ejercicio físico apropiado, así como también que asista a controles prenatales según el esquema y recomendación del profesional de la salud (25).

En la tabla 6 se evidencia que, del total de gestantes en estudio, respecto a la calidad de vínculo, en grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado en la alimentación fue un 25%, de otra manera el 63,9% tuvo un grado de calidad de vinculación alto con un nivel alto de prácticas de autocuidado en la alimentación. En la dimensión intensidad de preocupación fue de grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado en la alimentación 2,8% y con un nivel medio de prácticas de autocuidado la alimentación el 2,8 %, así mismo, la intensidad de preocupación en grado alto con un nivel alto de prácticas de autocuidado en la alimentación fue de 86,1%.

Con los resultados antes mencionamos podemos precisar que hay una relación significativa entre la dimensión calidad de vínculo y las prácticas de autocuidado en la alimentación ($p=0,008$) y, de igual manera hay relación significativa entre intensidad de preocupación y las prácticas de autocuidado en la alimentación (0,011).

En el embarazo, la madre debe garantizar una alimentación equilibrada y nutritiva para satisfacer tanto las necesidades del feto en desarrollo como las demandas energéticas de su propio organismo. Una alimentación adecuada asegura el correcto desarrollo fetal y contribuye al bienestar materno al cubrir los requerimientos biológicos propios de la gestación (35). Durante el embarazo, el feto mantiene una conexión directa con la madre, ya que de ella obtiene los nutrientes necesarios para su óptimo crecimiento y desarrollo. Según estudios durante esta etapa se forman las primeras conexiones neuronales y se generan experiencias iniciales de vínculo (28).

En la tabla 7 se observa que, en cuanto a la calidad de vínculo, en grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso fue un 22,2%, de otra manera el 59,7 % tuvo un grado de calidad de vinculación alto con un nivel alto de prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso. En la dimensión intensidad de preocupación fue de grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso 2,8% y con un nivel medio de prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso el 2,8%, así mismo, la intensidad de preocupación en grado alto con un nivel alto de prácticas para equilibrar el ejercicio y descanso de 79,2%.

Cabe precisar que en la investigación se demostró que si existe una relación significativa entre la dimensión calidad de vínculo y las prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso ($p=0,017$) y, por otro lado, no se halló relación significativa entre calidad de vínculo y prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso ($p=0,087$ mayor a 0.05).

Es trascendental la actividad física en mujeres embarazadas que no tengan patologías que el ejercicio físico complique, porque aporta importantes beneficios para el bienestar tanto de la madre como del feto, ayudando a mejorar el tono muscular, previniendo dificultades que involucre el embarazo, disminuye molestia y la prepara para el futuro parto (36).

Así como es fundamental que la gestante se mantenga activa a la medida que el embarazo le permita, es necesario que disponga de tiempo para descansar, porque favorece a la relajación del cuerpo materno que se encuentra en constante cambio y también ayuda a evitar complicaciones como lo son el aborto, parto prematuro y la preeclampsia (25).

El ejercicio y el descanso en la gestación ayuda al bienestar físico y mental de la madre; la capacidad que tenga para equilibrar ambas actividades tiene repercusión en la formación del vínculo fetal, puesto que si la madre, que es la fuente principal de alimentación fetal en muchos aspectos, está bien, el bebé intrauterino también lo estará (31).

En la tabla 8 se observa que, del total de gestantes en estudio, en cuanto a la calidad de vínculo, en grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado en higiene y salud fue un 33,3%, de otra manera el 66,7% tuvo un grado de calidad de vinculación alto con un nivel alto de prácticas de autocuidado en higiene y salud. En la dimensión intensidad de preocupación fue de grado medio con un nivel alto de prácticas de autocuidado en higiene y salud 5,6%, así mismo, la intensidad de preocupación en grado alto con un nivel alto de prácticas de autocuidado en higiene y salud fue en un 94,4%.

La higiene personal es también importante tanto como las demás dimensiones del autocuidado en el embarazo de lo contrario hay una mayor exposición a microorganismos que causan enfermedades, por otro lado, podemos señalar, que la gestante cuida de su salud cuando asiste a los controles prenatales según el esquema, porque permite que el personal de salud especializado siga su embarazo y la atención sea personalizada, guiándola según sus necesidades (37). En consecuencia, la expresión del vínculo está asociado a comportamientos enfocados en el cuidado del bienestar fetal, como el seguimiento médico durante el embarazo, la intención de proteger al bebé y la adopción de hábitos saludables (22).

En la tabla 9 se observa que, el 79,2% de las gestantes controladas con vínculo prenatal alto presentaban prácticas de autocuidado en un nivel alto, y por otro lado el 6,9% de las gestantes controladas con vínculo prenatal en grado medio presentaban prácticas de autocuidado en un nivel medio. Según la prueba de hipótesis del Chi-Cuadrado, se ha encontrado relación altamente significativa entre el vínculo prenatal ($p=0,0003$) y las prácticas de autocuidado.

Contrasta con lo hallado por Martínez D. y Huaynalaya J. (19), quienes en su investigación encontraron que el nivel de vínculo prenatal tiene una relación de significancia con las prácticas de autocuidado con un valor de $p= 0.001$, también con lo observado por Valdivia D (25) quien determinó en su investigación que existe relación significativa entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en las gestantes a partir de un p valor de 0.000.

Diversas investigaciones sugieren que, durante el período de gestación, el cerebro materno experimenta una transformación destinada a desarrollar habilidades esenciales para establecer un vínculo afectivo con el bebé que crece en su interior. La madre empieza a realizar conductas y prácticas de autocuidado tanto por su propio bienestar como por el de su hijo intrauterino en desarrollo, como mantener una alimentación adecuada, descansar lo suficiente, llevar a cabo prácticas de higiene, y asistir a los controles prenatales (26), tal como lo indica Amay J. (21) el nivel de autocuidado gestacional influye en las condiciones de salud de las gestantes, por lo que, afirma que es importante recibir una buena preparación educativa y apoyo integral, los que se asocian a un buen resultado materno y perinatal.

Algunos autores explican que el nivel de conocimiento y la capacidad para recibir información oportuna puede influir sobre el inicio y desarrollo del vínculo prenatal y por ende en las prácticas de autocuidado en la gestación (21), así lo afirma Orozco V. y Quintero E. (17) quienes hallaron en su investigación que el 50% de las gestantes tenían un nivel alto de prácticas de autocuidado, por lo que concluyen mencionando que las prácticas de autocuidado tienen una relación estrecha con los conocimientos y hábitos que tiene la gestante; coordina con lo mencionado por Ruiz M. (2), quien indica en su investigación que tanto el conocimiento como las prácticas relacionadas con el autocuidado, son elementos esenciales para que la gestante tenga un embarazo saludable.

CONCLUSIONES

Al culminar la investigación se llega a las siguientes conclusiones:

1. Las características principales de las gestantes del estudio fueron: primigestas, se encontraban cursando el segundo trimestre de embarazo, tenían entre 4-6 APN, el grupo etario con mayor frecuencia fue joven, de 20-34 años, estado civil fue conviviente, el grado de instrucción superior universitario, en ocupación, ama de casa y procedencia de zona urbana.
2. En la dimensión calidad de vínculo, como en la dimensión intensidad de preocupación, las gestantes mayormente tuvieron grado alto.
3. En las dimensiones de autocuidado en la alimentación, autocuidado en prácticas de ejercicio y autocuidado en higiene personal y salud, se obtuvo un nivel alto.
4. Existe una relación significativa entre la dimensión calidad de vínculo y las prácticas de autocuidado ($p=0,021$) y, de igual manera entre intensidad de preocupación y las prácticas de autocuidado ($p=0,047$).
5. Hay una relación significativa entre la dimensión calidad de vínculo y las prácticas de autocuidado en la alimentación ($p=0,008$) y, de igual manera entre intensidad de preocupación y las prácticas de autocuidado en la alimentación ($0,011$).
6. Existe una relación significativa entre la dimensión calidad de vínculo y las prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso ($p=0,017$). No se halló relación significativa entre la dimensión intensidad de preocupación y prácticas de autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso ($p=0,087$ mayor a 0.05).
7. Según la prueba de hipótesis del Chi-Cuadrado, se ha encontrado relación altamente significativa entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado ($p=0,0003$).

SUGERENCIAS

Al Ministerio de Salud

Se recomienda al ministro de salud realizar las coordinaciones necesarias con la finalidad de asignar recursos para fomentar investigaciones en el ámbito de la salud materno-fetal, con el objetivo de evaluar el grado de vínculo prenatal y el nivel de prácticas de autocuidado adoptadas por las gestantes en el país. A partir de los resultados, se podrán desarrollar estrategias que aseguren el acceso a información y atención relacionadas con el tema, sin importar la ubicación geográfica o la situación socioeconómica de las personas involucradas.

Crear y distribuir guías, videos y recursos usando las redes sociales y los medios de comunicación que expliquen de manera práctica cómo fortalecer el vínculo prenatal y recomendaciones de prácticas de autocuidado, asegurándose de que estén disponibles en diversos formatos y lenguajes para llegar a diferentes comunidades.

A la Dirección Regional de Salud Cajamarca

Se recomienda a la institución solicitar a las autoridades correspondientes capacitaciones para los profesionales de salud en prácticas actualizadas basadas en evidencia para atender las necesidades materno-fetales, en cuanto a vínculo prenatal y prácticas de autocuidado se refiere.

Implementar políticas que promuevan y apoyen al vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en la gestación, como elementos fundamentales para el desarrollo integral del feto, bienestar de la madre, familia y sociedad.

Al Hospital Simón Bolívar

Se recomienda al personal de salud capacitarse continuamente enfatizando en la importancia de las prácticas de autocuidado en la gestación y el vínculo materno – fetal, es fundamental aprovechar los controles prenatales a los que acuden las mujeres embarazadas, pues es una ventana abierta para una comunicación asertiva, de tal manera que la gestante tome conciencia de los beneficios a corto y a largo plazo, este trabajo debe llevarse en colaboración con un experto en psicología.

Los obstetras encargados del área de psicoprofilaxis y estimulación prenatal deben fomentar las prácticas de autocuidado y los estilos de vida saludable en la gestación, así mismo reforzar el lazo especial que existe en esta etapa, fomentando la participación del padre y la familia, con la finalidad de disminuir complicaciones, provocando así un impacto positivo en la disminución de la morbimortalidad materno-fetal.

A la Escuela Académico Profesional de Obstetricia

Promover talleres y campañas educativas que resalten la importancia de la conexión emocional entre la madre y el bebé desde el embarazo, enfatizando cómo esta relación impacta en el desarrollo del feto y el bienestar materno. brindando asesoría para que la familia pueda contribuir en la salud de la gestante y en el desarrollo del niño por nacer.

Incorporar en los planes de estudio módulos específicos sobre el vínculo prenatal y su impacto en la salud materno-fetal. Estos módulos deben estar respaldados por investigaciones recientes y fomentar el aprendizaje práctico mediante proyectos de investigación y prácticas clínicas. Además, se recomienda promover programas de capacitación continua y actualización para estudiantes, incluyendo acceso a conferencias, talleres y publicaciones científicas. Al mismo tiempo, crear incentivos para que los alumnos participen en proyectos de investigación relacionados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva R. H, Romero M. M, Bedregal G. P, Fernández B. N, Schulin-Zeuthen F. J, Silva R. H, et al. Vínculo prenatal paterno desde la perspectiva materna. *Andes Pediatr* [Internet]. junio de 2022 [citado 14 de junio de 2024];93(3):336-42. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2452-60532022000300336&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Ruiz M. Conocimiento y las Prácticas de Autocuidado en las Gestantes Atendidas en el Centro de Salud San Pedro de Carabayllo – 2022. [tesis pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022. [citado 14 de junio de 2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/103262/Ruiz_L_MC%20-%20SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Martínez A. Vínculo materno fetal en el desarrollo psicológico y neurobiológico del embrión: una revisión sistemática [Tesis pregrado]. Valencia. Universidad Católica de Valencia [citado 23 de enero de 2025]. Disponible en: <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/3130/TFG%20V%C3%ADnculo%20Materno%20Fetal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2023 [citado 1 de septiembre de 2023]. Mortalidad materna. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [citado 1 de septiembre de 2023]. Perfil de País - Perú. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-peru>
6. Muñoz M, Poo A, Baeza B, Bustos M. Riesgo relacional madre-recién nacido: Estudio de prevalencia y variables asociadas. *Rev Chil Pediatría* [Internet]. febrero de 2015 [citado 12 de septiembre de 2023];86(1):25-31. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062015000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Unicef.org [Internet]. 2023 [citado 15 de septiembre de 2023]. La malnutrición Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/malnutricion-madres-aumenta-25-por-ciento-paises-afectados-crisis>

8. San Gil C, Ortega Y, Lora J, Torres J, et al. Estado nutricional de las gestantes a la captación del embarazo. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. junio de 2021 [citado 15 de septiembre de 2023];37(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252021000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Instituto Peruano de Economía [Internet]. Lima: IPE; 2023 [citado 7 de diciembre de 2024]. Avances y desafíos de salud en Cajamarca Instituto Peruano de Economía. Disponible en: <https://www.ipe.org.pe/portal/avances-y-desafios-de-salud-en-cajamarca/>
10. Sociedad Marcé Española [Internet]. 2020 [citado 16 de septiembre de 2023]. El consumo de sustancias en mujeres embarazadas. Disponible en: <https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/14048/MARES/el-consumo-sustancias-mujeres-embarazadas-podria-estar-infraestimado.htm>
11. Camarero A. El País. 2020 [citado 16 de septiembre de 2023]. Embarazos confinados Disponible en: <https://elpais.com/mamas-papas/2020-10-13/embarazos-confinados-las-futuras-madres-redujeron-un-30-su-actividad-fisica-y-caminaron-un-60-menos.html>
12. Torrecilla, N, Waldheim J. Vinculación afectiva prenatal en mujeres primigestas: una mirada desde la salud mental perinatal. PSIENCIA. [Internet] 2022[citado 10 de junio de 2024]; 14 (1): 160-170. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/15352>
13. Calle D, Rincón I, Marín. Incidencia del maltrato prenatal en el desarrollo infantil: una revisión bibliográfica. Tempus Psicológico [Internet]. 2020 [citado 9 de septiembre de 2023];3(1):207-29. Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/tempuspsi/article/view/3054>
14. E. Espinoza, W. Gil, E. Agurto. Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2020 [citado 5 de febrero de 2025]; 46(4). Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n4/e2146/es>
15. Sarco L. Percepción de las gestantes adolescentes sobre el autocuidado durante su embarazo 2021 [Tesis pregrado]. Guayaquil. Universidad de Guayaquil. [citado 5 de enero de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/58844>

16. Gómez J. El autocuidado en etapa de gestación en adolescentes. [Tesis pregrado]. Ecuador 2021 [Internet]. Universidad Estatal del Sur de Manabí [citado 5 de enero de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/2900>
17. Orozco V, Quintero E. Prácticas de autocuidado de las gestantes adolescentes que asisten al control prenatal en un Hospital de Nivel 1 de atención. Tulua - Valle del Cauca 2020 [Tesis pregrado]. Colombia. Unidad Central del Valle del Cauca. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uceva.edu.co/bitstream/handle/20.500.12993/1064/T00031732.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Campos M, Portocarrero N. Vinculación afectiva y adaptación prenatal en primigestas atendidas en el Centro de Salud Bellavista Nanay, Iquitos - 2023 [Tesis postgrado]. Huancavelica. Universidad Nacional de Huancavelica. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3b0a2332-33db-43f4-a807-c9a739816b57/content>
19. Martínez D, Huaynalaya J. Vinculación prenatal materna y prácticas de autocuidado en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil José Galvez, Lima - 2023 [Tesis postgrado]. Huancavelica. Universidad Nacional de Huancavelica. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/718d9ea6-3330-4287-b285-ba9d5477098a/content>
20. Huamán S. Apoyo social, adaptación prenatal y vinculación afectiva en adolescentes gestantes de un Instituto de Salud Materno de Lima Metropolitana [Tesis pregrado]. Lima. Universidad Nacional Federio Villareal. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/8175/UNFV_F_P_Huaman_Zavala_Sara_Nicole_Titulo_profesional_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Amay J. Evaluación del autocuidado en gestantes que acuden al control prenatal en consulta externa del Hospital Básico Manglaralto. 2021. [Internet] [tesis pregrado]. La Libertad. Universidad Estatal Península de Santa Elena. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/7099>

22. Larico A, Huamani A. Vínculo Prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud los Licenciados, 2022 [Tesis postgrado]. Huancavelica. Universidad Nacional de Huancavelica. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1c548a65-d515-4d46-98ff-05144eaf478d/content>
23. Bizaga J, Cochachin E. Vínculo antenatal relacionado al cumplimiento de sesiones de educación prenatal vía online en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Arequipa, Agosto 2021 [Tesis pregrado]. Arequipa. Universidad Católica de Santa María [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d9a9575f-6e3e-46dd-90dd-c4a4fb53a55a/content>
24. Colque D. Vínculo antenatal en mujeres primigestas y secundigestas preparadas en estimulación prenatal. Centro de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación prenatal Kanguritos. Arequipa, 2019 [Tesis postgrado]. Arequipa. Universidad Católica de Santa María. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/cdc7b8d6-7702-46ea-8a28-8f6ff2155220/content>
25. Valdivia D. Vínculo Prenatal Asociado A Prácticas De Autocuidado En El Embarazo En El Centro De Salud Pachacútec, Cajamarca 2021. [Tesis pregrado]. Cajamarca. Universidad Nacional De Cajamarca. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4811/TEISIS%20FINAL%20DANIELA%20-%20mayo%202022%20revisado%20%288%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Aguirre J. Emociones y Maternidad. La educación emocional en la mejora del bienestar en madres recientes, 2020. [Tesis postgrado]. Barcelona. Universidad de Barcelona. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/173923>
27. Álvarez E. El apego desde el útero. Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia [Internet]. 2021 [citado 6 de junio de 2024]; 11(2). Disponible en: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/El_apego_desde_el_uterio_E.Alvarez.pdf
28. Hernández J, Manjarrez G. Nutrición prenatal y su efecto en el desarrollo cerebral. Anmm. [Internet]. 2019 [citado 7 de diciembre de 2024]. Disponible en:

29. Villa I, Giraldo I, Ramírez M, Orozco G, Blanco L. Vínculo prenatal: la importancia de los estilos vinculares en el cuidado gestacional. *Katharsis Rev Cienc Soc* [Internet]. 2016 [citado 17 de diciembre de 2024];(22):267-303. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5796595>
30. Moya O, Santos D, Franco M, Ruíz A, Pérez G, et al. Una mirada a la comunicación intrauterina desde el currículo propio de la carrera de licenciatura en educación logopedia de la Universidad de Cienfuegos. *Conrado* [Internet]. 2019 [citado 17 de diciembre de 2024];15:122-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1990-86442019000600122&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Mendoza E. Estimulación Prenatal y el Establecimiento del Vínculo Afectivo en Madres Gestantes en el Hospital de Apoyo Yunguyo - Puno 2019. [Tesis pregrado]. Lima. Universidad Privada Telesup. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.utelesup.edu.pe/bitstream/UTELESUP/1958/1/MENDOZA%20QUISPE%20ELIZABETH.pdf>
32. Ascanio L, Maldonado N. Importancia del vínculo afectivo entre madres e hijos: una revisión documental, 2020. [Tesis pregrado]. Cúcuta. Universidad de pamplona. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: http://repositoriodspace.unipamplona.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12744/5099/1/Ascanio_Maldonado_2020_TG.pdf
33. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [citado 1 de septiembre de 2023]. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56571>
34. Barros L, Velasco E. Factores asociados a la falta de control prenatal en américa latina y su relación con las complicaciones obstétricas. *Enferm Investiga* [Internet]. 3 de enero de 2022;7(1):58-66. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1480>
35. Cortez C. Autocuidado en el embarazo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pazos Tayacaja 2020. [Tesis postgrado]. Huancavelica. Universidad Nacional de Huancavelica. [citado 6 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/709b133e-10c2-4b08-84db-fd856c5de229>

36. Gallo L, Gallo M, Gallo J. Recomendaciones prácticas sobre ejercicio físico durante el embarazo basadas en las principales guías de práctica clínica. Aten Primaria [Internet]. marzo de 2023 [citado 24 de diciembre de 2024];55(3):102553. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9931916/>
37. Bishnoi S, Yadav P, Malik P. Tendencias de investigación en ciencias del hogar y extensión. ResearchGate [Internet]. 2020 [citado 24 de diciembre de 2024]; 1(4) 57-74. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/347513203_Care_During_Pregnancy-A_Review
38. Zúñiga P, Cedeño R, Palacios I. Metodología de la investigación científica: guía práctica. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip [Internet]. 27 de septiembre de 2023 [citado 24 de diciembre de 2024];7(4):9723-62. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658>
39. Espinoza L, Ochoa J. El nivel de investigación relacional en las ciencias sociales. ACTA Juríd Peru [Internet]. 2020 [citado 24 de diciembre de 2024];3(2):93-111. Disponible en: <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/AJP/article/view/257>
40. INEI. Compendio estadístico Cajamarca. 2023 [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6073235/5377908-compendio-estadistico-cajamarca-2023.pdf?v=1710783682>
41. Motezuma J, Márquez E. Principios bioéticos como base fundamental en la investigación científica. 3 de noviembre de 2020 [citado 24 de diciembre de 2024]; Disponible en: <http://saber.ucv.ve/handle/10872/20855>
42. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
43. Vilches C. Biblioguías: Gestión de datos de investigación: Privacidad de los datos y confidencialidad [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://biblioguías.cepal.org/c.php?q=495473&p=4398114>

44. Osorio J, Carvajal G, Gázquez M, Osorio Castaño. Apego materno-fetal: un análisis de concepto. Rev Habanera Cienc Médicas [Internet]. diciembre de 2019 [citado 4 de enero de 2025];18(6):969-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2019000600969&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

ANEXO 1



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

1. Edad:

- Gestante muy joven: \leq de 15 años () Gestante añosa: de 35 a 39 años ()
Gestante joven: de 16 a 19 años () Gestante muy añosa: \geq a 40 años ()
Gestante adulta: de 20 a 34 años ()

2. Estado civil:

- Conviviente () Soltera ()
Casada () Otro () ¿Cuál? _____

3. Grado de instrucción:

- Sin Instrucción () Secundaria incompleta ()
Primaria completa () Superior no universitario ()
Primaria incompleta () Superior universitario ()
Secundaria completa ()

4. Ocupación:

- Trabajadora dependiente () Ama de casa ()
Trabajadora independiente () Estudiante ()

5. Procedencia:

- Zona rural () Zona urbana ()

DATOS OBSTETRICOS:

1. Nº de embarazos:

- Primigesta: 1er embarazo () Gran multigesta: \geq a 6 embarazos ()
Multigesta: de 2 a 5 embarazos ()

2. Edad gestacional:

- 1er Trimestre: de 1 a 13 semanas () 3er Trimestre: de 28 a 42 semanas ()
2do Trimestre: de 14 a 27 semanas ()

3. Nº de control prenatal:

- 1 a 3 APN () más de 6 APN ()
4 a 6 APN ()

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P OBSTETRICIA



Escala de Vinculación Prenatal Materna

Calidad de vínculo

- 1. En las últimas dos semanas he pensado o he estado preocupada por mi bebé:**
 - a) Muy frecuentemente
 - b) Frecuentemente
 - c) Poco frecuente
 - d) Rara vez
 - e) Nunca
- 2. En las últimas dos semanas he tenido el deseo de leer u obtener información sobre el desarrollo de mi bebé. Este deseo es:**
 - a) Ningún deseo
 - b) Muy poco
 - c) Poco
 - d) Intenso
 - e) Muy intenso
- 3. Durante las últimas dos semanas he estado tratando de visualizar cómo es que mi bebé se está desarrollando en mi vientre:**
 - a) Siempre
 - b) Frecuentemente
 - c) De vez en cuando
 - d) Pocas veces
 - e) Nunca
- 4. En las últimas dos semanas he sentido que mi bebé depende de mí para su bienestar:**
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Pocas veces
 - e) Nunca
- 5. En las últimas dos semanas he tenido sueños sobre el embarazo o el bebé:**
 - a) Nunca
 - b) Pocas veces
 - c) De vez en cuando
 - d) Frecuentemente
 - e) Siempre

- 6. Si el embarazo se perdiera en este momento (debido a un accidente) sin ningún dolor o lesión a mí mismo, espero sentir:**
- a) Muy complacido
 - b) Moderadamente satisfecho
 - c) Neutral (es decir, ni triste ni satisfecho, ni sentimientos encontrados)
 - d) Moderadamente triste
 - e) Muy triste
- 7. Durante las últimas dos semanas me he cuidado en qué comer para asegurarme que el bebé reciba una buena dieta:**
- a) De ningún modo
 - b) Una o dos veces
 - c) Ocasionalmente
 - d) Muy a menudo
 - e) Siempre

Intensidad de preocupación

- 8. En las últimas dos semanas, pienso en mi bebé en desarrollo principalmente como:**
- a) Una persona pequeña real con características especiales
 - b) Un bebé como cualquier otro bebé
 - c) Un ser humano
 - d) Una cosa viva
 - e) Una cosa que aún no está viva
- 9. Durante las últimas dos semanas, cuando pienso (o hablo con) mi bebé, mis pensamientos:**
- a) Siempre son tiernos y cariñosos
 - b) Son en su mayoría tiernos y amorosos
 - c) Son una mezcla de ternura e irritación
 - d) Contiene un poco de irritación
 - e) Contiene mucha irritación
- 10. La imagen en mi mente de cómo se ve realmente mi bebé en esta etapa dentro del útero es:**
- a) Muy clara
 - b) Bastante clara
 - c) Bastante imprecisa
 - d) Muy imprecisa
 - e) No tengo ninguna idea
- 11. En las últimas dos semanas, cuando pienso en el bebé que tengo dentro, tengo sentimientos que son:**
- a) Muy triste
 - b) Moderadamente triste
 - c) Una mezcla de felicidad y tristeza

- d) Moderadamente feliz
- e) Muy feliz

12. Algunas mujeres embarazadas a veces se irritan tanto con su bebé que sienten que quieren lastimarlo o castigarlo:

- a) No podía imaginar que alguna vez me sentiría así
- b) Podría imaginar que a veces podría sentirme así, pero en realidad nunca lo he sentido
- c) Me he sentido así una o dos veces
- d) En ocasiones me he sentido así
- e) A menudo me he sentido así

13. En las últimas dos semanas he sentido:

- a) Muy emocionalmente distante de mi bebé
- b) Moderadamente distante de mi bebé
- c) No particularmente cerca de mi bebé
- d) Moderadamente cercano emocionalmente a mi bebé
- e) Muy cercano emocionalmente a mi bebé

14. Cuando vea por primera vez a mi bebé después del nacimiento, espero sentir:

- a) Afecto máximo
- b) Afecto intenso
- c) Afecto medio
- d) Afecto bajo
- e) Nada

15. Cuando nazca mi bebé, me gustaría abrazar al bebé:

- a) Inmediatamente
- b) Después de haber sido envuelto en una manta
- c) Después de que ha sido lavado
- d) Después de unas horas para que las cosas se calmen
- e) El día siguiente

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P OBSTETRICIA



Cuestionario del autocuidado gestacional

Estimada colaboradora, a continuación, le presento un cuestionario sobre el autocuidado gestacional, realizado con la intención de llevar a cabo una investigación académica, para lo cual, es necesario que usted participe con el llenado de los datos de manera honesta y veraz.

Le invitamos a leer con detenimiento los ítems y marcar sus respuestas con un aspa (X) según corresponda.

Ítems	Descripción	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Dimensión n 1	Autocuidado en la Alimentación					
1	Consumo frutas y verduras todos los días.					
2	Consumo cereales y leguminosas (lentejas, habas, garbanzo, menestras, etc.) por lo menos tres veces por semana.					
3	Consumo hígado, bazo, carne de res, huevos y pescado por lo menos tres veces por semana.					
4	Consumo leche, queso y mantequilla por lo menos tres veces por semana					
5	Evito el uso de mucha sal en mis comidas					
6	En mi alimentación incluyo líquidos					
7	Ingiero líquidos saludables como yogurt, leche, quinua consume menestras y cereales					
8	He disminuido el consumo de refrescos envasados, gaseosas y comida chatarra					
9	Evito consumir embutidos y alimentos enlatados					
10	Tengo un horario establecido para consumir mis alimentos					
Dimensión n 2	Autocuidado para equilibrar el ejercicio y descanso					
11	Realizo caminatas, estiramientos u otro ejercicio adecuado para el embarazo					
12	Evito ejercicios intensos y cargar peso					
13	Descanso 8 horas diarias					

14	Tengo horarios establecidos para el descanso y relajación					
Dimensión n 3	Autocuidado de la higiene y salud					
15	Realizo el baño diario					
16	Realizo una correcta higiene de mis genitales de adelante hacia atrás					
17	Asisto a consulta dental					
18	Asisto a mis controles prenatales puntualmente					
19	Me hago los análisis indicados					
20	Cuando tomo un medicamento, es indicado por el personal de salud					
21	Trato de identificar los signos de alarma durante el embarazo como: sangrado vaginal, aumento de la temperatura, náuseas y vómitos frecuentes, dolor de cabeza intenso, malestar general					
22	Cuando mi salud se ve en peligro acudo rápidamente a un centro de salud					
23	Utilizó ropa holgada y confeccionada con fibras de: algodón, lino o seda					
24	Utilizó zapatos cómodos con tacones bajos					
25	Evito consumir alcohol y fumar					

ANEXO 4

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA
INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE
JUNIN Y AYACUCHO"

Cajamarca, 10 de julio del 2024

**SOLICITO: PERMISO PARA APLICAR ENCUESTAS A
GESTANTES EN EL CONSULTORIO DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR II -E.**

DOCTOR:

Valencia Hipólito Víctor.

DIRECTOR DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR

Yo, Sarita ~~Yorelly~~ Gonzales Edquen, con DNI 71343317, domiciliada en Jr. José Osores
N° 649 de la provincia de Chota, ex alumna de la Universidad Nacional de Cajamarca,
ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que me encuentro realizando mi Proyecto de investigación de tesis, de pregrado, y
para su ejecución requiere la aplicación de encuestas a gestantes en el consultorio de
obstetricia del Hospital Simón Bolívar II- E, en tal sentido solicito a usted que mediante
su autorización se me permita aplicar el instrumento, para ejecutar dicho proyecto.

Por lo expuesto, ruego a usted que acceda a mi petición, por ser de justicia.

Atentamente:



SARITA YORELLY GONZALES EDQUEN

DNI: 71343317

ANEXO 5

  **GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA**
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED INTEGRADA DE SALUD CAJAMARCA
HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR  **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**
CAJAMARCA
Nuestro sacrificio tu esperanza

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Cajamarca, 22 de agosto del 2024

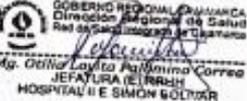
CARTA N° 025-2024- GR.CAJ/DRSC/RED.CAJ/H.II-E.S.B/RR.HH

Señorita
SARITA YORELLY GONZALES EDQUEN
Presente.

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente, a su vez, en virtud a la solicitud presentada, con relación al desarrollo del proyecto de investigación, denominado **"VINCULO PRENATAL Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SIMON BOLIVAR CAJAMARCA 2024"**; este despacho **AUTORIZA** el acceso a nuestras instalaciones, debiendo cumplir con la confidencialidad de la información que obtenga dentro de nuestro nosocomio.

Sin otro particular me despido no sin antes reiterarle mi saludo.

Atentamente,

 
GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
Dirección Regional de Salud
Red de Salud Integrada Cajamarca
[Signature]
Mg. Otilia Layta Palomino Correa
JEFATURA (E) RRHH
HOSPITAL II E SIMÓN BOLÍVAR

DPC/whd
C.c. Aníbal
FOUOS 01

EN EL CORAZÓN DEL PUEBLO

 hospitalsimonbolivar@riscajamarca.gob.pe
 AV. MARIO URTEAGA #500

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
...acepto participar voluntariamente en la investigación titulada: VÍNCULO PRENATAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN GESTANTES. HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA, 2024. conducida por la Bachiller en Obstetricia, de la Universidad Nacional de Cajamarca.

He sido informada que el objetivo de la investigación es Determinar la relación entre el vínculo prenatal y las prácticas de autocuidado en gestantes controladas en el Hospital Simón Bolívar, Cajamarca, 2024. Me han indicado también que tendré que responder preguntas de la entrevista, lo cual me tomará máximo de 15 minutos. He sido informada de los beneficios de esta investigación, de carácter confidencial serán mis respuestas, puedo disipar mis dudas y recibir información a través de la investigadora. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme de formar parte del estudio cuando me parezca conveniente, sin que esto genere algún prejuicio. Voluntariamente presto mi conformidad para participar, por tanto, firmo en este documento autorizando me incluyan en esta investigación.

FIRMA DE LA GESTANTE

ANEXO 7

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,850	15

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,810	13