



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **“CAMINO A UNA MATERNIDAD RESPONSABLE”**

**VIVIANA MARCELA LEMUS ROZO  
YENNY ALEXANDRA LOPEZ LOPEZ  
JUAN DAVID MOJICA CASTILLO**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2014

# **“CAMINO A UNA MATERNIDAD RESPONSABLE”**

**VIVIANA MARCELA LEMUS ROZO  
YENNY ALEXANDRA LOPEZ LOPEZ  
JUAN DAVID MOJICA CASTILLO**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

**Enfermero (a)**

Directora:

Martha Patricia Bejarano Beltrán

Especialista en enfermería materno perinatal

Magister en enfermería con énfasis en gerencia

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

## **Agradecimientos**

Agradecemos en primer lugar a Dios por la oportunidad brindada y darnos la fuerza necesaria para afrontar las adversidades que se presentaron en el camino, en segundo lugar a nuestras familias por su apoyo y colaboración incondicional para cumplir nuestro objetivo que el día de hoy vemos culminado.

Agradecer sinceramente a nuestra directora de trabajo de grado la profesora Martha Patricia Bejarano Beltrán por su esfuerzo y dedicación, su orientación, paciencia, motivación y aportes de conocimiento para llevar a cabo nuestro trabajo, a nuestra colega María del Rosario Cabrera por su gestión y apoyo en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, a la Dra. Ana Sofía Hidalgo Alvarado directora de la Reclusión de Mujeres de Bogotá por abrirnos las puertas y brindarnos su confianza para desarrollar nuestro trabajo en su establecimiento penitenciario.

## Resumen

El presente trabajo muestra los resultados obtenidos del desarrollo del Curso de Preparación para la Maternidad “Camino a una maternidad responsable”, en la Reclusión de mujeres “El Buen Pastor” de la ciudad de Bogotá durante el segundo semestre del año 2014, con mujeres en estado de embarazo allí recluidas. Se realizaron sesiones de educación en salud con el objeto de fomentar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades prevalentes durante la gestación y la consulta colectiva realizada durante el curso permitió la identificación de factores de riesgo tales como: de las 16 gestantes valoradas el 50 % de ellas presentaron bajo peso en relación a su edad gestacional, el 12.25 % son mayores de 35 años, el 6.25 % presento mas de tres abortos consecutivos y el 18.75 % eran grandes multíparas. En conclusión este grupo de gestantes presentan alto grado de vulnerabilidad debido a las condiciones dentro de la reclusión lo cual afecta su salud y la del feto.

**Palabras clave:** Embarazo, promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación en salud, establecimientos de reclusión, factores de riesgo, consulta colectiva.

## **Abstract**

This work shows the results of the development of course Preparing for Motherhood "Road to responsible motherhood" in the prison for women "The Good Shepherd" in Bogotá in the second half of 2014, with women in a state of pregnancy who are held there. Health education sessions were conducted with the objective of encourage the health promotion and disease prevention prevalent during pregnancy and collective consultation during the course allowed the identification of risk factors such as: In 16 pregnant evaluated the 50% of them had low weight for their gestational age, 12.25% are over 35 years old, 6.25% showed more than three consecutive abortions and 18.75% were large multiparous. In conclusion, this group of pregnant women have high vulnerability because the conditions inside the prison which affect their health and the health of her fetus.

**Keywords:** Pregnancy, health promotion, disease prevention, health education, reclusion establishments, risk factors, collective consultation

## CONTENIDO

<b>1. Introducción</b> .....	8
<b>2. Justificación</b> .....	10
<b>3. Objetivos</b> .....	12
3.1 Objetivo General.....	12
3.2 Objetivos Específicos.....	12
<b>4. Marco teórico</b> .....	13
4.1 Antecedentes .....	13
4.2 Enfoque teóricomodelo de promoción de la salud - Nola Pender .....	17
4.2.1 Relación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender con las intervenciones realizadas con las gestantes en el penitenciario.....	18
<b>5. Marco normativo</b> .....	24
<b>6. Marco referencial</b> .....	26
6.1 Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.....	26
6.2 Establecimiento Reclusión de Mujeres “El Buen Pastor” – Bogotá.....	27
Reclusión de Mujeres de Bogotá “Buen Pastor” .....	28
<b>7. Metodología</b> .....	29
<b>8. Resultados y análisis consulta individual y colectiva</b> .....	31
8.1 Rango de edad: .....	31
8.2 Antecedentes Ginecobstetricos.....	33
8.3 Número de abortos.....	34
8.4 Semanas de gestación Vs. Altura uterina.....	35
8.5 Edad gestacional Vs. Talla y peso.....	36
<b>9. Recomendaciones</b> .....	38
<b>10. Limitaciones</b> .....	39
<b>11. Conclusiones</b> .....	41
<b>12. Anexos</b> .....	42
<b>13. Referencias</b> .....	54

## Lista de graficas

Gráfica 1. Rangos de edad del grupo de gestantes que participó en la consulta colectiva .....	32
Gráfica 2. Cantidad de gestaciones de las participantes en la consulta colectiva.....	33
Gráfica 3. Cantidad de gestaciones de las participantes en la consulta colectiva.....	34

## Lista de tablas

Tabla 1. Rangos de edad del grupo de gestantes que participó en la valoración. ....	32
Tabla 2. Cantidad de gestaciones de las participantes en la valoración .....	33
Tabla 3. Cantidad de abortos de las participantes en la valoración .....	35
Tabla 4. Semanas de gestación vs altura uterina .....	35
Tabla 5. Edad gestacional vs talla y peso .....	36

## 1. Introducción

El proceso de la gestación en la mujer es una experiencia de única mediante la cual su pareja y su familia perciben mediante las manifestaciones de los cambios corporales que dentro de su ser se está formando una nueva vida, de allí radica la importancia de tener un seguimiento con bases en fundamentos científicos por parte de los servicios de salud, ya que se le está brindando atención no solo a la madre sino también al feto. Una mujer en gestación debe comprender que mediante un adecuado seguimiento por parte de los trabajadores de la salud se pueden detectar factores de riesgo que puedan afectar el desarrollo de su gestación y prevenir las frecuentes complicaciones que surgen en el embarazo y trabajo de parto (Hernández, 2008).

Un método apropiado para que la gestante y el profesional de enfermería interactúe y trabaje en beneficio de la salud materno perinatal, es mediante el curso de preparación para la maternidad y paternidad. Allí el profesional de enfermería puede brindarle muchas herramientas a la gestante sobre como conocer su cuerpo frente a los cambios físicos y fisiológicos que está presentando, signos de alarma por los cuales deba acudir a un servicio de atención en salud, cuidados que debe tener con su bebe y también con su cuerpo después del parto, los beneficios de la lactancia materna, derechos sexuales y reproductivos, atención en planificación familiar entre otros; todas estas herramientas de cuidado son importantes para un buen desarrollo de la gestación, posparto y futuro del recién nacido. Para esto el profesional de enfermería debe tener conocimiento de su paciente, sus antecedentes tanto personales como familiares que puedan indicar algún factor de riesgo y así realizar la respectiva intervención; esto se lleva a cabo a través de

la primera consulta durante el control prenatal en donde se tiene el primer contacto con la paciente y donde se formará el vínculo de confianza para abordar desde holísticamente a la gestante (López, Basulto, & Valázquez, 2008).

## 2. Justificación

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) declaró en el año 2000, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre los cuales se encuentra mejorar la salud materna, como metas se encuentran reducir entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes y lograr para el 2015 el acceso universal a la salud reproductiva, minimizando por este medio el riesgo o nivel de vulnerabilidad de las mujeres en edad reproductiva y gestantes (ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS, 2013).

El último informe realizado de los OMS en el año 2013, nos muestra que la tasa de mortalidad materna ha disminuido en un 47% a nivel mundial durante los últimos 20 años; solo la mitad de las mujeres gestantes en las regiones en desarrollo reciben los cuidados prenatales recomendados (mínimo 4 consultas antes del parto) y aproximadamente 140 millones de mujeres en todo el mundo declaran querer evitar el embarazo, aunque no usan métodos anticonceptivos (ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS, 2013).

A nivel nacional, la resolución 412 del 2000 contempla dos estrategias para la prevención, identificación y mitigación de alteraciones durante la gestación, por medio de un seguimiento de factores de riesgo de la gestante, como lo son, el control prenatal y el curso de preparación para la maternidad y paternidad; este último con el fin de brindar una información clara y oportuna que contribuya a los cuidados durante la gestación, parto y posparto, de igual forma sensibilizando a la gestante frente los factores de riesgos tanto para ella como para su hijo(a), a lo largo de las tres etapas (Ministerio de salud, 2000).

Según el informe estadístico de mayo de 2014 del INPEC, a nivel nacional se encuentra que el 1.1% (103) del total de la población reclusa en Establecimientos de Reclusión del Orden Nacional (ERON) corresponde a gestantes, de las cuales 38 mujeres corresponden a la región central de Colombia, mostrando un alto grado de vulnerabilidad en esta población, frente al acceso a servicios de salud y a una atención centrada a la gestante (INPEC, 2014).

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Desarrollar el Curso de Preparación para la Maternidad y Paternidad “un proyecto de vida” en la cárcel de mujeres El Buen Pastor durante el segundo semestre del año 2014, con mujeres gestantes allí recluidas, promoviendo prácticas de autocuidado durante la gestación y el posparto.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Brindar educación frente a el proceso de gestación, parto, posparto y cuidados del recién nacido, promoviendo prácticas saludables bajo el contexto de reclusión en el que se encuentran las participantes.
- Detectar factores de riesgo en las gestantes, a través de la valoración en las consultas colectivas y sabana de riesgos, realizadas en las diferentes sesiones del curso que permitan orientar los cuidados y gestionar la atención pertinente de las gestantes.
- Promover la importancia en la práctica responsable de la actividad sexual de las reclusas con el fin de llevar un mejor control de las gestaciones dentro del penitenciario.

## 4. Marco teórico

### 4.1 Antecedentes

A lo largo de los años ha existido una preocupación por mantener condiciones seguras para las gestantes durante su proceso y para el recién nacido, al principio esta preocupación se enfocó en el momento del parto principalmente, relacionando el dolor como la principal intervención en la que se debían tomar acciones. También tenían en cuenta el apoyo familiar sobretodo el del padre ya que en el momento del parto se lograba un vínculo importante padre madre e hijo.

En la actualidad no se encuentran trabajos e investigaciones que demuestren o relaten la experiencia de algún un tipo de intervención como lo es el curso de preparación para la maternidad en gestantes que se encuentren privadas de la libertad, y mucho más importante aún como nos lo confirma Mejía (2014):

Otro hallazgo preocupante es que no se tienen datos precisos sobre las circunstancias que rodean a las maternas en las cárceles, por ello los entes de control deben fortalecer unidades de apoyo a esta población vulnerable pero de manera permanente y así evitar la discriminación de derechos entre mujeres en diferentes condiciones, lo que podría lograrse si se trabaja mancomunadamente por el derecho fundamental a la salud en perspectiva de derechos.(P.337)

La autora mencionada anteriormente en su reciente publicación nos habla des el ámbito legal sobre las perspectivas de los derechos de la mujer embarazada en estado de reclusión, haciendo énfasis en el cómo se trata este hecho fundamental, las barreras administrativas, logísticas,

interpretativas y normativas que se necesitan eliminar para el goce pleno del derecho a la salud (Pulgarín, 2014)

Existen varias teorías que han trabajado por el bienestar del recién nacido y de la gestante de diferentes maneras, identificando las mejores condiciones necesarias para tener un adecuado parto primando el cuidado del recién nacido y el manejo del dolor.

- **Teoría de Read o parto natural (triada temor- tensión- dolor).**

El médico inglés Grantly Dick Read afirmó que el dolor en el parto no podía evitarse por ninguna razón pero sí podría disminuirse si la madre manejaba el miedo que sentía en ese momento. Por esta razón el desarrollo del concepto de parto natural en donde trabajaba la triada temor – tensión – dolor, afirmaba que por información errónea la madre sentía inseguridad, tensión, temor por el proceso doloroso que debía asumir durante el parto, esta situación generaba una tensión en el cuerpo focalizada en el útero y cuello uterino lo que dificultaba la dilatación de este último y esto generaba más dolor en la gestante, la solución que este médico planteó fue manejar educación con la gestante sobre fisiología y anatomía de la reproducción, fisiología del parto, manejo de respiración y relajación para conservar las mejores condiciones físicas posibles (Secretaría de Salud, 2013).

- **Método Lamaze o psicoprofiláctico.**

Fernando Lamaze usó a mediados del siglo veinte el método psicoprofiláctico, en el que además de manejar educación con la gestante y su pareja incluyó aspectos como técnicas de relajación y respiración acompañadas de la pareja durante en trabajo de

parto, con el fin de lograr la concentración esperada en sensaciones distintas a las contracciones durante el trabajo de parto (Secretaria de Salud, 2013).

- **Parto sin violencia.**

También llamado el método de Leboyer, allí se postula el planteamiento en el que los bebés deben nacer en cuartos pequeños, con poco ruido, poco iluminados y resalto que no se deben usar fórceps, ni ligar el cordón umbilical inmediatamente ya que es importante la irrigación que puede darle la madre a su hijo en el nacimiento.

También recomendó bañar al bebé con agua tibia relacionándolo con la pérdida de calor, luego de esto debía colocar al bebé en el pecho de la madre e incluir al padre durante todo este proceso. Afirmaba que estas prácticas eliminan muchos de los traumas causados durante el nacimiento y el resultado que se pretendía obtener es el de madres y bebés felices (Secretaria de Salud, 2013).

- **Teoría de los reflejos condicionados.**

Pavlov concluyó que el cerebro era el único elemento que conduce el funcionamiento del cuerpo y que la neurona es quien ordena siempre la acción, hacía referencia a los reflejos condicionados en el cerebro cuyo uso se reafirma si la madre persiste en reforzarlo, este modelo trata de condicionar reflejos positivos que ayuden a la madre a desaparecer el dolor durante el trabajo de parto. Afirmó que dando instrucciones a la madre mediante la relajación, manejo de la respiración y el pujo rígido establece zonas en las que el cerebro frena los reflejos negativos y da paso a un comportamiento positivo y tranquilo.

Juntamente con el control prenatal nace la idea del curso anteriormente conocido como curso psicoprofiláctico, que se enfocó inicialmente en el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto, posteriormente cambia su nombre a curso de preparación para la maternidad y paternidad en el cual aunque su fin sigue siendo la concientización y manejo del dolor en el parto, se genera una visión más amplia logrando abarcar no solo el momento del parto sino también la gestación, sus cambios fisiológicos tanto en la madre como en el feto, el puerperio, la lactancia materna, cuidados del recién nacido, planificación familiar, entre otros, en donde se llega a resaltar factores de riesgo y complicaciones prevenibles de la gestación, logrando una sensibilización en la población frente al cuidado de la gestante, de igual forma se integra a la pareja en este curso, para que la tarea de la gestación sea compartida, y la madre sienta un apoyo social y su pareja comprenda los cambios que ocurren, su nuevo rol como padre y futuro cuidado del recién nacido (Secretaría de Salud, 2013).

La atención materno perinatal es una actividad de vital importancia dentro del sistema de salud, esta acarrea una gran responsabilidad para el profesional de enfermería ya que mediante un buen proceso de atención se puede detectar a tiempo factores de riesgo que disminuyan el impacto sobre las mujeres y los niños y las niñas que vienen en camino y a los que indirectamente también se les brinda atención incluso antes de nacer. Es importante conocer a la gestante desde el primer momento al que acude al control prenatal para así llevar un desarrollo completo de la gestación y generar empatía y conocimiento para así facilitar la obtención de datos que puedan significar factores de riesgo sobre los cuales se debe intervenir para generar menos impacto en la gestante. (6)

El control prenatal es el principal seguro que las madres tienen para llevar el desarrollo de su gestación de manera supervisada para garantizar que todos los sucesos que ocurran dentro de este proceso sean los más óptimos y con menos repercusión para la gestante y el recién nacido, con esto se quiere reducir la mortalidad materno infantil en el país.

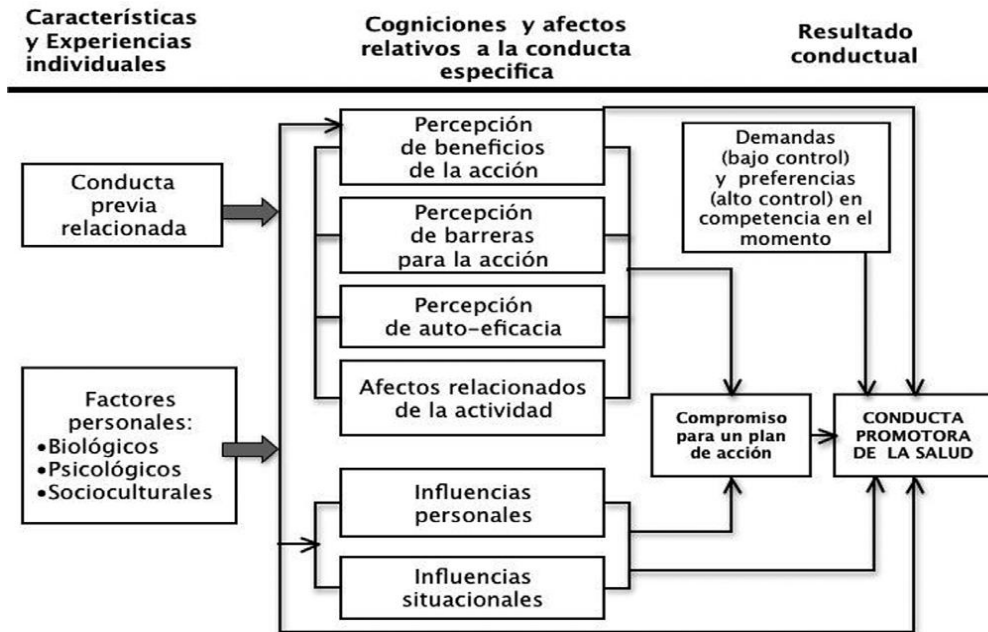
Está claro que mediante el control prenatal se disminuyen factores que afectan directamente tanto a la gestante como al recién nacido, el bajo peso al nacer y la prematuridad en neonatos son factores prevenibles siempre y cuando la diada enfermero paciente sea efectiva y con la realización de una valoración adecuada para la gestante (Charry, Arias, Carvajal, Echeverri, & Mejía, 2008)

#### **4.2 Enfoque teórico modelo de promoción de la salud - Nola Pender**

Nola Pender, expresó que “la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano” (Hoyos, Ramos, & Sánchez, 2011, pág. 17), mostrando por medio de su modelo teórico aspectos relevantes que influyen en la modificación de conductas, actitud y motivación frente a las acciones entorno a la promoción de la salud del ser humano.

Este modelo muestra cómo las experiencias individuales, conocimientos y aspectos característicos de la conducta, llevan a la persona a ser partícipe de comportamientos en la salud; Nora Pender plantea un esquema en el que se pueden ubicar los componentes de izquierda a derecha.

## Diagrama del Modelo de Promoción de la Salud



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996.

La primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales (Hoyos, Ramos, & Sánchez, 2011)

### 4.2.1 Relación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender con las intervenciones realizadas con las gestantes en el penitenciario.

MPS	INTERVENCIONES
<p><b>Conducta previa relacionada:</b> se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de</p>	<p>Frente a este aspecto en cada sesión al iniciar, por medio de ejemplos se evaluaron las conductas previas que habían tenido las gestantes multíparas</p>

<p>comprometerse con las conductas de promoción de la salud (Hoyos, Ramos, &amp; Sánchez, 2011).</p>	<p>frente a su cuidado en la gestación, de igual forma a las mujeres primigestantes se les preguntaba qué conocimientos tienen frente a cada temática o que experiencia habían tenido con familiares o amigas en gestación que promovieron la salud y bienestar tanto de la mujer como del feto.</p>
<p><b>Factores Personales:</b> describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas (Hoyos, Ramos, &amp; Sánchez, 2011).</p>	<p>Se indaga sobre antecedentes personales en gestacionales anteriores, al igual de antecedentes familiares ginecológicos que pueden ser factores de riesgo para la actual gestación, de igual forma se indaga sobre cuidados culturales en el proceso gestacional que sean positivos para así mantenerlos o negativos para negociar y mejorar conductas de cuidado.</p>

Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta (Hoyos, Ramos, & Sánchez, 2011)

<b>MPS</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<p><b>Beneficios percibidos por la acción:</b> son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud (Hoyos, Ramos, &amp; Sánchez, 2011).</p>	<p>Para que las gestantes identificaran sus falencias en cuanto al cuidado de su salud fue necesario identificar las falencias en las prácticas saludables que debían corregir, de esta forma se identificó el progreso que demostraron mediante el conocimiento aportado.</p>
<p><b>Barreras percibidas para la acción:</b> alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real (Hoyos, Ramos, &amp; Sánchez, 2011).</p>	<p>Entre las barreras percibidas está la atención en salud y las condiciones de vida y alimentación que tienen las gestantes, que limitan las acciones en pro de la salud, pese al compromiso generado en la mayoría de ellas.</p> <p>Por medio de la valoración se realizan actividades mediadoras con el personal de salud encargado de ellas para una óptima atención, logrando pocos</p>

	<p>resultados, y por medio de las actividades educativas se generan acciones de cuidado que pueden llevar a cabo individualmente cada una pese a las limitaciones.</p>
<p><b>Auto eficacia percibida:</b> éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta (Hoyos, Ramos, &amp; Sánchez, 2011)</p>	<p>Se reforzaron conductas protectoras en las gestantes, cada una de ellas tenía un nivel de escolaridad no menor a 5 de primaria, generando así una asimilación mayor frente a lo explicado, y por medio de actividades de sensibilización se genera un compromiso con las gestantes para mejorar las prácticas de autocuidado en el proceso de gestación.</p>
<p><b>Afecto relacionado con el comportamiento:</b> son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta (Hoyos, Ramos, &amp; Sánchez, 2011).</p>	<p>Se logra y evidencia a medida de que se promueve el vínculo madre e hijo por medio de la interacción entre la voz, caricias de la madre al feto, favoreciendo el desarrollo fetal y el vínculo futuro entre la diada madre e hijo(a)</p>

<p><b>Las influencias interpersonales:</b> se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos (Hoyos, Ramos, &amp; Sánchez, 2011).</p>	<p>Un limitante frente a este aspecto es la privación de la libertad y la ausencia de personas significativas en la vida de cada gestante, pese a esto se fortalece el lazo de convivencia entre las gestantes siendo un apoyo entre ellas, generando conductas de cuidado colectivas.</p>
<p><b>Las influencias situacionales:</b> las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud (Hoyos, Ramos, &amp; Sánchez, 2011).</p>	<p>Entre las conductas situacionales, se puede ver como limitación los procesos jurídicos ya que por tiempo no podían asistir o por determinación de condena se veían afectadas emocionalmente generando así ausencia en los talleres, pese a esto cada gestante acude a las sesiones con la mejor disposición, interesadas en los cuidados que deberían tener como futuras madres con ellas y con sus hijos (as).</p>

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de:

<p><b>Compromiso para un plan de acción:</b> constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud (Hoyos, Ramos, &amp; Sánchez, 2011).</p>	<p>Cada gestante adopta diferentes acciones que promueven su salud y la de su futuro hijo(a), modificando en sus posibilidades acciones perjudiciales para su salud, dando importancia al autocuidado, conocimiento de factores de riesgo y prácticas saludables que logren un buen proceso de desarrollo en la gestante y en el feto.</p>
<p><b>La conducta promotora de la salud:</b> ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (Hoyos, Ramos, &amp; Sánchez, 2011).</p>	<p>Dentro de las condiciones en las que viven las gestantes dentro del reclusorio ellas adoptaron conductas de autocuidado, realizando actividades aprendidas durante las sesiones en beneficio propio, como posturas, ejercicios de respiración, relajación, etc</p>

De esta manera la promoción de la salud es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participan los profesionales de enfermería, esta postura fundamenta la relevancia de analizar los trabajos que se han realizado en torno a dicho modelo a fin de identificar los intereses que orientan su uso y los hallazgos de las investigaciones (Hoyos, Ramos, & Sánchez, 2011).

## 5. Marco normativo

Según la Constitución Política Colombiana, en el Capítulo 2, Artículo 48, contempla como derecho irrenunciable la seguridad social, y en el Artículo 49 se establece la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado; Por lo cual se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (Presidencia de la República de Colombia, 2010)

Ley 237 de 2008 del Senado de la República. Por la cual se declara urgencia vital la atención integral del servicio de salud materna, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, se modifican los artículos 166 y 230 de la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

El Decreto 1141 DE 2009, por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Afirma que la población reclusa del país, por sus características especiales de internación, requiere la definición de reglas específicas para lograr el acceso a los servicios de salud que garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el Artículo 8°. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La población a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC, que se encuentre en prisión y detención domiciliaria o bajo un sistema de vigilancia electrónica se afiliará al régimen subsidiado en el municipio, para lo cual dichas entidades deberán suscribir el contrato de aseguramiento con una entidad promotora de salud del régimen subsidiado de naturaleza pública del orden nacional. La afiliación procederá, siempre y

cuando cumpla con las condiciones para ser beneficiario de dicho régimen y de conformidad con las reglas que lo regulan (Republica de Colombia, 2009).

## **6. Marco referencial**

### **6.1 Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario**

En el año 1992 es creado el instituto nacional penitenciario y carcelario – INPEC cuyas funciones principalmente se basa en la ejecución de la política penitenciaria y carcelaria, en coordinación con las autoridades competentes, en el marco de los derechos humanos, los principios del sistema progresivo, a los tratados y pactos suscritos por Colombia en lo referente a la ejecución de la pena y la privación de la libertad. Entre tres de las funciones que desempeña está el diseñar e implementar los planes, programas y proyectos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional. Custodiar y vigilar a las personas privadas de la libertad al interior de los establecimientos de reclusión para garantizar su integridad, seguridad y el cumplimiento de las medidas impuestas por autoridad judicial, al igual que a las personas privadas de la libertad fuera de los establecimientos de reclusión y prestar los servicios de atención integral, rehabilitación y tratamiento penitenciario a la población privada de la libertad (INPEC).

En Colombia según el informe estadístico del INPEC para el mes de agosto se registró un total de 116.873 personas privadas de la libertad, las cuales se encuentran recluidas en 138 establecimientos de reclusión a cargo del INPEC, de este total 8.247 son mujeres lo que corresponde al 7,1% y de éstas un total de 78 mujeres se encuentran en estado de gestación (INPEC, 2014).

## **6.2 Establecimiento Reclusión de Mujeres “El Buen Pastor” – Bogotá**

La Reclusión de Mujeres de Bogotá (RM Bogotá), está ubicada en la localidad Barrios Unidos. Conocida por tradición como El Buen Pastor, debido a la labor que ejercía anteriormente como una unidad promotora de bienestar social, para el desarrollo integral de niñas, jóvenes y mujeres en condición de vulnerabilidad, bajo la dirección de las Hermanas Misioneras del Buen Pastor.

Las nuevas instalaciones de la Reclusión de Mujeres “El Buen Pastor” inicia su construcción en el año de 1952, construcción que termina en 1957 (establecimiento de primera generación). Las primeras mujeres trasladadas estaban acusadas en su mayoría, de delitos contra el patrimonio económico y la vida e integridad de las personas.

A partir de 1993 con la Ley 65 se crea el INPEC y se cambia de nombre del establecimiento como Reclusión de Mujeres de Bogotá, mediante el artículo No. 26 del Código Penitenciario y Carcelario “Son reclusiones de mujeres los establecimientos destinados para la detención y descuento de la pena impuesta a mujeres infractoras...”; a partir de esa fecha entra en funcionamiento dicho establecimiento, encargado de reclutar a mujeres mayores de edad que infrinjan cualquier tipo de norma judicial, las cuales son remitidas a este lugar por los juzgados especializados, de conocimiento y garantías en calidad de sindicadas y condenadas. Actualmente su estructura está constituida por nueve pabellones o patios, que agrupan mujeres sindicadas o condenadas por diferentes delitos (INPEC)

Este establecimiento a fecha del 31 de octubre del 2014 cuenta con una capacidad para 1.275 reclusas y en realidad alberga 1.777 lo que implica un hacinamiento del 39,4%

Esta cuenta con 9 patios de reclusión, entre los cuales se encuentran gestantes en la mayoría de estos, pese a que la Reclusión de Mujeres cuenta con un patio específico para gestantes y madres quienes viven allí con sus hijos menores de tres años el cual es el patio 4.

### **Reclusión de Mujeres de Bogotá “Buen Pastor”**



Fuente:

[http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Organizacion/EstablecimientosPenitenciarios1/REGIONAL\\_CENTRAL/RM%20BOGOT%C1](http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Organizacion/EstablecimientosPenitenciarios1/REGIONAL_CENTRAL/RM%20BOGOT%C1)

## 7. Metodología

Mediante sesiones educativas se le enseñó a las gestantes de manera activa y participativa con la metodología de taller que se basa en la construcción de conocimiento a partir de las experiencias del colectivo, acerca de varios temas fundamentales para la conservación de la salud materno perinatal que son de gran importancia para el proceso por el cual están atravesando, se abordarán temas de interés para la gestante y el cuidado del recién nacido, también se realizará la resolución de preguntas acerca del tema, teniendo en cuenta que de esta manera todas las mujeres podrán aprender con la información brindada.

Todas estas sesiones se realizaron en base a las temáticas y metodologías propuestas en el libro Preparación Para la Maternidad y Paternidad “Un proyecto de vida”, cuya autoría es de nuestra tutora la Profesora Martha Patricia Bejarano (2008) quien pretende con el libro

Lograr una preparación física y psicológica de la gestante, su pareja y su grupo familiar, evitar la tensión, la ansiedad y la falta de conocimientos llegando al parto sin temores ni inquietudes, logrando un manejo adecuado de las contracciones a través de los diferentes tipos de respiración y posiciones adecuadas.(p.17)

Para la realización de estas sesiones se utilizaron diferentes herramientas para la construcción de este aprendizaje, como los son los dramatizados por parte de los talleristas, utilización de modelos ilustrativos, folletos (Ver Anexo A, B, C), lotería (Ver Anexo D), sopas de letras.

Se abordaron diferentes temáticas como lo son: Proceso de gestación, cambios durante la gestación, signos de alarma en el embarazo, cuidados en el parto y posparto, lactancia materna, cuidados al recién nacido, planificación familiar, salud sexual y reproductiva.

En concordancia con el convenio que se realizó con la Reclusión de mujeres de Bogotá “Buen Pastor” se llevarán a cabo seis sesiones, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre los días lunes de 9:00 AM a 11:00 AM dependiendo de la disponibilidad del reclusorio y 4 sesiones en la tarde de 2:00 PM a 4:00 PM, para consultas colectivas e individuales

Todas las actividades tienen el fin de brindar información adecuada y necesaria acorde al contexto en el que se encuentran, mediante el cual se pretende una mejor comprensión por parte de la gestante de su salud y la de su hijo que viene en camino.

Al finalizar cada sesión se realizará la Consulta Colectiva la cual es diferente a la consulta de enfermería que se basa en diagnosticar y aplicar medicaciones para anomalías de la salud. En este modo se propicia que las madres se sienten apoyadas entre ellas, y encuentren un canal de comunicación e información más lineal entre los prestadores de atención en salud y ellas, de este modo se toman como ejemplo a alguna de las gestantes en la que se puede realizar una valoración y de este modo analizar la situación del estado de salud y los factores de riesgo que la misma pueda tener para fortalecer el conocimiento aprendido en el transcurso de las sesiones.

## **8. Resultados y análisis consulta individual y colectiva**

Se realizaron 6 sesiones del curso de preparación para la maternidad y paternidad durante el 29 de Septiembre y el 24 de Noviembre, participaron activamente 12 gestantes quienes asistieron a las sesiones educativas en las que abarcaron temas referentes a la gestación, parto y posparto, lactancia materna, cuidados al recién nacido, planificación familiar e infecciones de transmisión sexual, a esta sesiones asistieron las gestantes del penitenciario voluntariamente, durante cada sesión se realizaron también ejercicios de respiración y de fortalecimiento muscular para el momento del parto y al finalizar se realizó una graduación simbólica a todas las participantes del curso, y allí se les entregó un certificado (Ver Anexo E) y un obsequio que consistía en un kit básico de higiene para el recién nacido que están esperando.

Se realizó la valoración de 16 gestantes durante las 4 sesiones de consulta colectiva e individual, dentro de las cuales se identificaron factores de riesgos y se registraron en el formato sabana de riesgo (Ver Anexo F), diligenciamiento del formato de valoración propuesto por nuestro grupo (Ver Anexo G) y el CLAP a cada una de las gestantes. Estos documentos se dejaron en carpetas organizadas para tener un mejor acceso a esta información y su posterior análisis presentado a continuación.

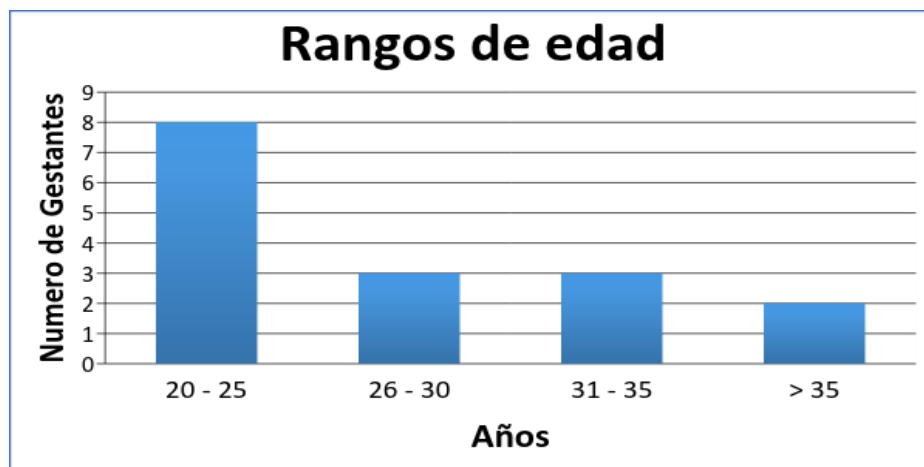
### **8.1 Rango de edad:**

En total se realizaron 16 valoraciones individuales, los rangos de edad en los cuales se encontraban las gestantes son:

- 8 gestantes de 20 a 25 años
- 3 gestantes de 26 a 30 años

- 3 gestantes de 31 a 35 años
- 2 gestantes mayores de 35 años

En este ítem encontramos dos gestantes con factor de riesgo asociado a la edad ya que superaban los 40 años y además de esto también tenían otro factor de riesgo (multiparidad)



Gráfica 1. Rangos de edad del grupo de gestantes que participó en la consulta colectiva

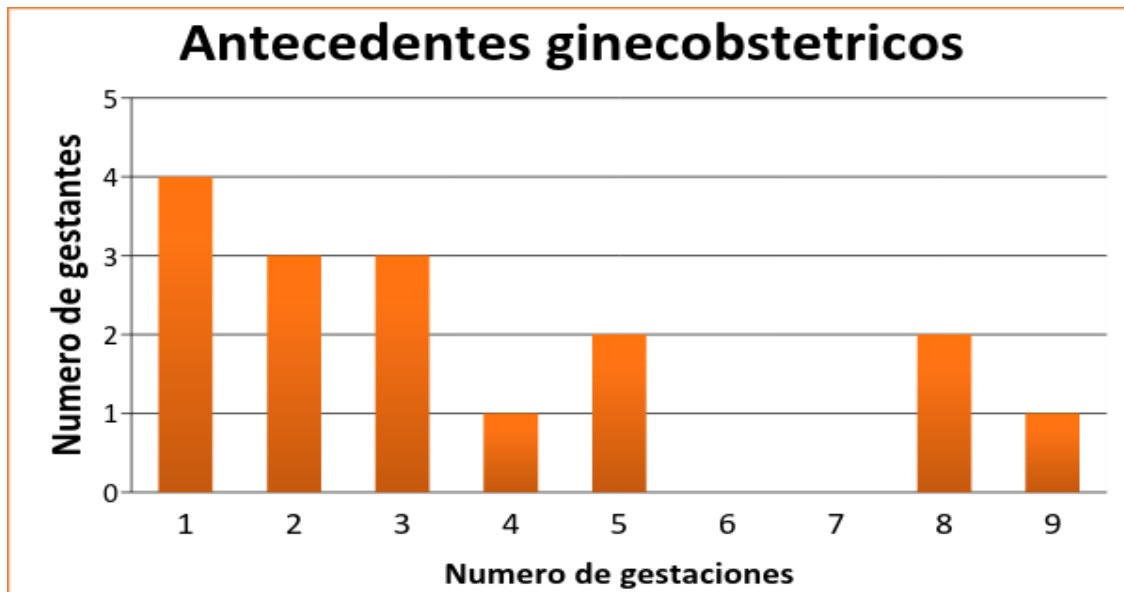
No. de gestantes	Rango de edad
8	20 - 25 años
3	26 - 30 años
3	31 - 35 años
2	> 35 años

Tabla 1. Rangos de edad del grupo de gestantes que participó en la valoración.

## 8.2 Antecedentes Ginecobstetricos

En la valoración individual que se le realizó a cada gestante se indagaron datos importantes como los antecedentes ginecobstétricos con el fin de determinar factores de riesgo.

Como hallazgo importante se encontró que dos de las gestantes valoradas tienen un factor de riesgo asociado a la multiparidad ya que se encuentran en su octava y novena gestación.



Gráfica 2. Cantidad de gestaciones de las participantes en la consulta colectiva

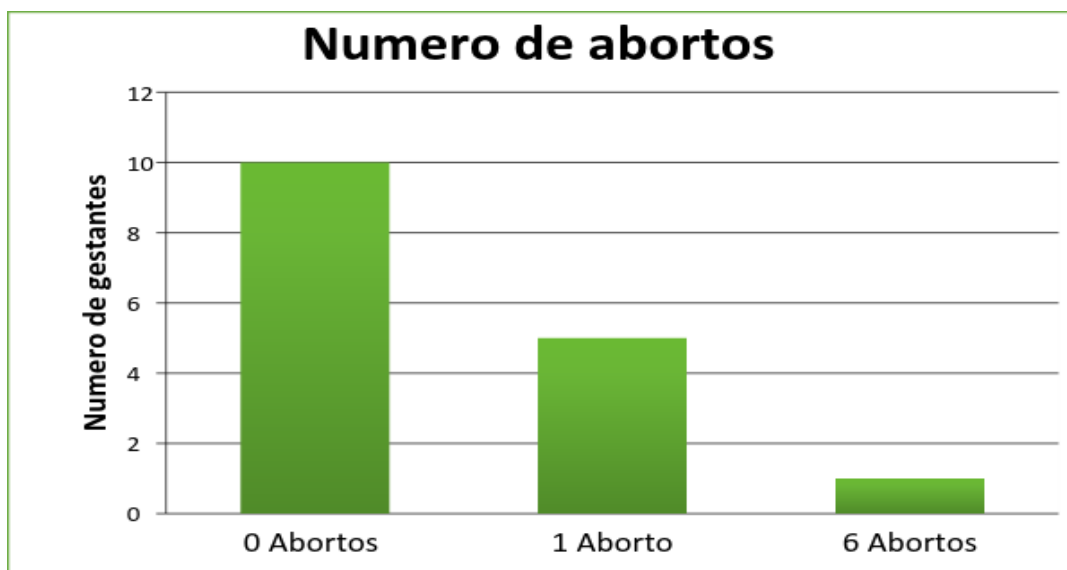
No. Gestantes	No. Gestaciones
4	1
3	2
3	3

1	4
2	5
2	8
1	9

Tabla 2. Cantidad de gestaciones de las participantes en la valoración.

### 8.3 Número de abortos

Dentro de los antecedentes ginecobstétricos también se encontró un factor de riesgo relacionado con el número de abortos de una gestante quien refiere que hace nueve años tuvo un periodo de abortos recurrentes (seis). Una mujer que desee estar en gestación debe realizarse exámenes para certificar que se encuentra en condiciones aptas para llevar un buen proceso y asegurar el bienestar suyo y el de su bebé, pero dadas las condiciones en las que viven las internas esto no es posible ya que la atención que reciben es muy limitada.



Gráfica 3. Cantidad de gestaciones de las participantes en la consulta colectiva.

No. Gestantes	No. Abortos
10	0
5	1
1	6

Tabla 3. Cantidad de abortos de las participantes en la valoración

#### 8.4 Semanas de gestación Vs. Altura uterina

Se realizó la medición de la altura uterina como se muestra en la gráfica No. 4, allí se ve que la altura uterina se encuentra dentro de los límites normales excepto una de ellas que dadas las condiciones de alimentación dentro del reclusorio presento bajo peso. Todas las gestantes superan la semana 15 de gestación por lo cual se logró tomar el dato de cada una de ellas.

N° DE GESTANTES	SEMANAS DE GESTACION	ALTURA UTERINA EN CENTIMETROS	VALOR DE REFERENCIA EN CENTIMETROS
1	17	18	13 - 18 cm
2	18	20	14 - 19 cm
3	18,1	18	14 - 19 cm
4	20,4	17	15 – 21 cm
5	22	21	17 – 23 cm
6	22,3	24	17 – 23 cm
7	25,2	23	20 – 25 cm
8	25,5	17	19 – 25 cm

<b>9</b>	30,1	28	24 – 29 cm
<b>10</b>	31,4	30	24 – 30 cm
<b>11</b>	33,2	29	26 – 31 cm
<b>12</b>	34,2	28	26 – 32 cm
<b>13</b>	34,3	29	26 – 32 cm
<b>14</b>	34,4	33	26 – 32 cm
<b>15</b>	36,1	34	28 – 33 cm
<b>16</b>	39,5	34	31 – 35 cm

Tabla 4. Semanas de gestación vs altura uterina

### 8.5 Edad gestacional Vs. Talla y peso

Para garantizar el adecuado crecimiento y formación del feto, la madre debe tener una alimentación balanceada para suplir las necesidades alimenticias de sí misma y del bebe, dadas las condiciones de alimentación que hay en el reclusorio estos alimentos no son suficientes para llenar los requerimientos nutricionales necesarios, en la siguiente tabla se evidencia que la mitad de las gestantes valoradas (8) presentan bajo peso y dos se encuentran en sobrepeso, dos factores que indican riesgo para las gestantes y para él bebe.

<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<b>% PESO -TALLA</b>	<b>EG VS PESO/TALLA</b>
17	111	PESO NORMAL
18	86	BAJO PESO
18,1	86	BAJO PESO
20,4	119	SOBREPESO
22	92	BAJO PESO
22,3	116	PESO NORMAL

25,2	107	PESO NORMAL
25,5	81	BAJO PESO
30,1	100	BAJO PESO
31,4	110	BAJO PESO
33,2	120	PESO NORMAL
34,2	108	BAJO PESO
34,3	121	PESO NORMAL
34,4	116	PESO NORMAL
36,1	131	SOBREPESO
39,5	107	BAJO PESO

Tabla 5. Edad gestacional vs talla y peso

## 9. Recomendaciones

- Al realizar el curso de preparación para la maternidad y paternidad en el penitenciario fuimos los precursores de un conjunto de actividades y conocimiento que es primordial para las gestantes, por esta razón es importante para las gestantes que se encuentran en condición de la privación de la libertad, que se sigan realizando para beneficio de las madres y sus recién nacidos.
- Debido a las condiciones precarias en las que viven las gestantes en el centro penitenciario evidenciamos que no existe una atención preferencial para ellas, es importante saber que la atención a gestantes debe ser completa y detallada para así poder detectar factores de riesgo que permitan minimizar efectos en las gestantes y sus recién nacidos.
- Algunas gestantes manifestaron que durante la atención en salud que reciben no les informan sobre los resultados de los exámenes de laboratorio realizados durante la gestación, es necesario informar a cada una de ellas sobre su estado de salud para así generar tranquilidad o realizar el tratamiento que sea necesario en ese momento.
- Debido a los horarios de alimentación establecidos en el reclusorio, existe un lapso aproximado de 12 horas comprendido entre la hora de la cena (3:30 PM) y el desayuno (3:30 AM) en el cual las gestante no reciben algún otro apoyo alimenticio, por la condición en la cual se encuentran no es recomendable que cursen por periodos tan largos de ayuno.

## 10. Limitaciones

- El acceso a la Reclusión de mujeres “Buen Pastor” fue un limitante para desarrollar el proyecto de trabajo de grado ya que es dispendioso el proceso por el cual se debe pasar debido a los permisos que se deben solicitar para el ingreso.
- La Celebración de las Mercedes dentro del reclusorio fue un limitante ya que durante el mes de septiembre solo se logró ingresar una vez al establecimiento debido a esta celebración que para las internas es muy importante.
- Durante el proceso que se llevó a cabo con las gestantes en el reclusorio no se tuvo acceso a la historia clínica ya que el archivo en donde se encuentran no está disponible para la revisión por esta razón no logramos informar a las pacientes acerca de los resultados de exámenes de laboratorio que se realizaron.
- Durante las valoraciones que se realizaron a las gestantes Identificación factores de riesgo que debían ser atendidos con urgencias y en algunos casos apoyar con medios diagnósticos como la ecografía pero se encontró un gran limitante ya que la acción que se podía tomar era dar aviso a la Enfermera de Caprecom y ella a su vez remitir la paciente al médico pero según las gestantes el tratamiento que les daban era acetaminofén.
- Para desarrollar el Curso de preparación para la maternidad debíamos reunir a las gestantes en un lugar adecuado para llevar a cabo el objetivo del proyecto, para esto se debía pasar por el proceso de reunir a las gestantes para lo cual se requería mucho tiempo mientras que se realizaba el permiso pertinente por parte de la Enfermera de Caprecom y luego solicitar al dragoneante encargado de esta

labor que llamara a las gestantes, en todos estos pasos se perdía tiempo valioso destinado para las sesiones educativas.

- Fue difícil de conseguir el espacio donde se realizaron las sesiones ya que al principio nos habían asignado un quiosco para dicho fin, pero no era un lugar apto para esto ya que no había en donde colgar las carteleras y no tenía sillas para las gestantes.
- Para ingresar material didáctico al reclusorio se debían realizar los permisos correspondientes ya que por reglas del establecimiento no era posible entrar todo lo que se realizaba para las sesiones.

## 11. Conclusiones

- El Curso de Preparación para la Maternidad contribuye al bienestar físico y psicosocial de las gestantes a pesar de las condiciones en las que se encuentran.
- La información brindada e cada sesión educativa les brinda herramientas para su cuidado y el de su recién nacido.
- Se fortaleció el vínculo madre e hijo a pesar de las limitaciones que se puedan presentar en cuanto a las condiciones de vida que deben enfrentar las madres y sus bebés.
- La valoración de las gestantes permite la identificación temprana de factores de riesgo en las gestantes.
- Se logró gran participación de las gestantes las cuales mostraron interés en participar del Curso de Preparación para la Maternidad y de las valoraciones que se realizaron a cada una de ellas.
- La consulta colectiva permitió a las gestantes expresar sus preocupaciones o dudas acerca de su salud y su estado de gestación ya que se logró crear un ambiente de confianza y confiabilidad.

## 12. Anexos

### A. Anexo: Folleto cuidados del recién nacido

- ♦ No molestar al niño cuando esta dormido.
- ♦ Si el niño no duerme puede estar sucio o mojado, también puede que no este cansado.

#### EL LLANTO EN EL RECIEN NACIDO

Este puede ser por:

- \* Esta mojado o sucio
- \* Puede tener calor o frio
- \* Esta cansado en esa posición
- \* Se siente apretado
- \* Una pulga lo esta picando
- \* Quiere sentirse arrullado
- \* Quiere que alguien lo cargue
- \* Puede sentir un dolor o malestar

El llanto es el medio de comunicación del niño y nosotros lo podemos solucionar muy rápido y fácilmente.



#### EJERCICIOS PARA EL RECIEN NACIDO

- ◊ EL arrullo materno y calmar al bebe.



- ◊ El masaje del bebe



#### CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO



**Juan David Mojica**

**Yenny Alexandra López**

**Viviana Marcela Lemus**



## CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

### BAÑO DEL RECIÉN NACIDO



© Can Stock Photo - csp5325819

El baño en el recién nacido se puede realizar desde doce horas después del parto, recuerde colocar la tina en un lugar seguro como la cama, mida primero con el codo la temperatura del agua y evite cualquier corriente de aire, báñele primero la carita de un lado y del otro sin utilizar jabón, bañe luego la cabeza con unas gotas de champú de manera circular, luego siéntalo en la tina sosteniendo su cabeza y báñelo del cuello para abajo, luego sosténgalo con una mano boca abajo y bañe la espalda y los glú-

- Séquelo suave pero rápidamente para evitar que se enfríe.
- Seque muy bien el ombligo
- Vístalo e inicie lactancia materna
- El baño en la noche es muy buena alternativa para propiciar el descanso
- No se recomienda el baño diario para los bebés prematuros

### CUIDADOS DEL OMBLIGO

- Límpielo de 3 a 5 veces al día.
- Hágalo con un par de copitos impregnándolos con alcohol.
- Realice la limpieza alrededor del ombligo sin halar de él solo moviéndolo de un lado para el otro.

### ! A ASOLEAR AL NIÑO!



El sol es la mejor manera de eliminar las bilirrubinas que le pueden hacer daño a tu hijo así que recuerda:

- Desnuda por completo al niño
- Asegúrate que no haya viento
- Realízalo todos los días
- Hazlo con el sol de la mañana y el de la tarde.
- Ponlo 5 minutos boca arriba, luego 5 minutos boca abajo y vuélvelo a repetir.

### EL SUEÑO EN EL RECIÉN NACIDO

- ♦ El bebé puede dormir más de diez horas al día.
- ♦ Acuéstelo de medio lado para prevenir que se bronco aspire.
- ♦ Cámbielo con frecuencia de posición para evitar deformidades en su cabeza.

## B. Anexo: Folleto trabajo de parto

### 3. Alumbramiento:

Inicia con el nacimiento del bebé y termina con la expulsión de la placenta y sus anexos.

Mecanismos de la salida de la placenta.

- Espontanea:

La placenta sale sola entre los primeros 5 a 15 minutos después del nacimiento

- Manual

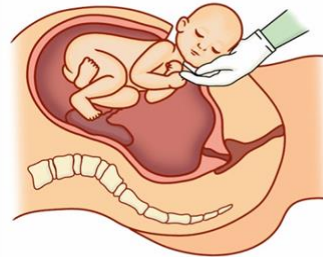
La placenta no ha salido hasta un máximo de 40 minutos lo que se denomina retención placentaria por lo que el obstetra realiza la extracción manual.



### 4. Post parto inmediato:

Hasta cuatro horas después del alumbramiento, con buena involución uterina, disminución del sangrado y recuperación la madre.

El parto puede terminar por cesárea, que es una intervención quirúrgica que consiste en realizar un incisión y extraer el feto por vía transabdominal.



© Classe Oxi - www.enciopediasalud.com - V.Barceló

Las causas pueden ser:

- Placenta previa
- Preeclamsia grave
- Parto disfuncional
- Sufrimiento fetal
- Desproporción cefalopelvica
- Presentaciones anormales

## TRABAJO DE PARTO



Juan David Mojica  
Yenny Alexandra Lopez  
Viviana Marcela Lemus

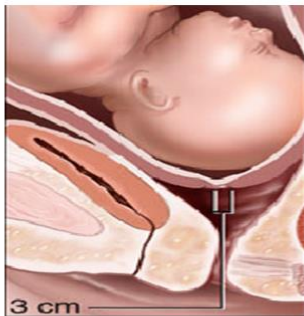


## EL TRABAJO DE PARTO

### ¿ Que es el parto normal ?

Este se da cuando se produce la finalización espontanea del trabajo de parto entre la semana 37 y 40 de gestación, si necesidad de intervenciones adicionales con el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta.

El trabajo de parto tiene un serie de etapas:



- Fase Latente::

Aparición de contracciones uterinas que aumentan en frecuencia e intensidad, hasta alcanzar una dilatación entre 3 a 4 cm, esta fase puede durar varias horas.



- Fase Activa:

aumentan en frecuencia ( 3-4 en 10 minutos), e intensidad de la contracción (duración aproximada de un minuto), y se caracteriza por alcanzar desde los 4 a los 10 cm de dilatación.

- Fase de transición o desaceleración:

Contracciones mas largas y periodo de reposo mas corto, la gestante manifiesta

incapacidad de continuar, puede presentar sudoración excesiva, escalofrío, nauseas e inclusive vomito.

### 2. Expulsivo

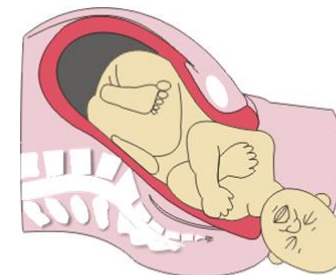
Desde la dilatación completa hasta el nacimiento del bebé

- Fase pasiva:

Borramiento y dilatación completa del cuello pero sin deseo inminente de pujar

- Fase activa:

Contracciones con deseo de pujar y se visualiza la cabeza del bebé y nace.



## C. Anexo: Folleto lactancia materna

### Lactancia y el vínculo materno...

La relación que estableces con tu bebé se construye piel con piel, a través del tacto y las caricias, con las miradas y las palabras que, desde las primeras horas de nacido le diriges. Mientras lo alimentas le transmites tu amor.

### La higiene y el cuidado de tus senos...

- Lávate las manos y las uñas con agua y jabón antes de tocarte los senos y amamantar a tu bebé.
- Después de amamantar, coloca un poco de leche sobre tus pezones y déjalos secar al aire
- Nunca utilices alcohol para limpiarlos.

### Posiciones para amamantar...

### Amamantar es dar amor a tu bebé...



1 Cuna  
Pasa un brazo por debajo del bebé y sosténlo con la mano libre.

2 Cuna cruzada  
Pasa un brazo por debajo del bebé y sosténlo con la mano libre.

3 Sentado  
El bebé del bebé está entre el brazo y el pecho de la mamá.

4 Acostado  
El bebé está acostado a un lado de la mamá.

Ilustraciones: Carlos Sánchez

### Conservación y almacenamiento...

A temperatura ambiente: utilizar antes de 4 horas  
En la nevera: máximo 8 horas  
En el congelador: máximo 15 días

No hay nada como la lechita de mamá



Yenny Alexandra Lopez Lopez,  
Juan David Mojica Castillo  
Viviana Marcela Lemus



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
Noviembre de 2014

## Lactancia Materna...

Durante el embarazo los senos se preparan para la lactancia, tal vez su tamaño aumenta un poco y la areola y el pezón cambian de color (se torna más oscura)

Después del parto se activan hormonas que se encargan de la producción de leche y de la salida de esta, la estimulación que hace él bebe al chupar el pezón activa el reflejo de eyección de la leche

**El tamaño de tus senos no tiene nada que ver con la capacidad de amamantar a tu bebe.**

La OMS recomienda:

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
- Lactancia materna unida a alimentación complementaria hasta los 2 años

## Sabías que...

La leche materna exclusiva durante los seis primeros meses siempre dará los suficientes nutrientes a tu bebe...

## Beneficios...

- Reduce el riesgo de muerte súbita infantil
- Disminuye el riesgo de padecer enfermedades inmunológicas.
- Los niños y niñas tienen mayor coeficiente intelectual por un mejor desarrollo cerebral
- Disminuye el riesgo de hemorragia postparto
- Disminuye el riesgo de cáncer de ovario y mama
- Aporta anticuerpos que ayudan al niño y niña a protegerse de infecciones
- Ayuda a conciliar el sueño del bebe
- Reduce el riesgo de obesidad infantil.

## Proceso de Lactancia...

Se recomienda que se debe amamantar al bebe al poco tiempo de nacido (antes de los cuarenta minutos)

**El agarre boca / pezón – areola.**

**Para retirar al bebe debes deslizar antes un dedo por la comisura de la boca para interrumpir la succión y lograr que se suelte**



Recuerda que la lactancia es un proceso que se va consolidando paso a paso, él bebe nace con un reflejo natural para encontrar el seno y succionar.

## LAS ETAPAS DE LA LECHE

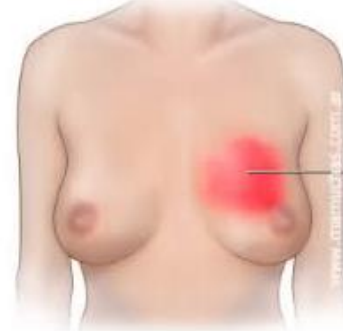
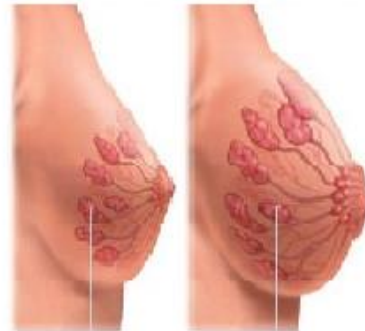
El **calostro** es la "primera leche" que producen tus senos:

Es un líquido amarillento rico en proteínas, vitaminas y anticuerpos que se produce durante los dos o tres primeros días.

**"La bajada de la leche"**

Es el momento en el que empieza a producir leche madura, puedes sentir sensaciones como hormigueo, pesadez en los senos y mayor sensibilidad.

D. Anexo: Juago de lotería de lactancia materna



PEZON AGRIETADO Y ADOLORIDO	CONGESTION MAMARIA	MASTITIS	ALMACENAMIENTO DE LECHE
SACAR GASES DESPUES DE ALIMENTAR	POSICION DE SANDIA	CONGESTION MAMARIA	AGARRE DEL PEZON
POSICION ACOSTADA	VINCULO AFECTIVO	CALENTAR AL BAÑO MARIA	ESTIMULACION DE LA LACTANCIA



F. Anexo: Formato sabana de riesgo



**Curso de Preparación “Camino a una maternidad responsable”  
SABANA DE RIESGO – CONSULTA COLECTIVA**

FECHA	NOMBRE	EDAD	IDENTIF	ANTEC. GINECOL						FUM	FPP	SIG. VITAL				LABORAT	OBSERVACIONES
				G	P	A	C	V	M			TA	FC	KG	TALLA		

G. Anexo: Formato de valoración de la gestante

FORMATO DE VALORACIÓN DE LA  
MUJER EN ESTADO DE GESTACIÓN



NOMBRES:				APELLIDOS:								
N° IDENTIFICACION:				EDAD		FECHA DE NACIMIENTO:			Estado civil			
Estudios:						D	M	A				
<b>Estado de la piel</b>		T°	Edemas	si	no	Lugar:			Heridas:			
Estado de piel y faneras:					Tipo de pezón: Normal____ Plano____ Invertido____							
<b>Estado respiratorio</b>		Frec x min		Características								
<b>Estado cardiaco</b>		Frec x min		Características								
<b>Estado circulatorio</b>		Pulso x min		Características				T/A mmHg		Tiempo Perfusión		
<b>Estado neurológico Y musculo esquelético</b>		Alteraciones; NO / SI cuales:										
<b>Estado digestivo</b>		Estado de la mucosa bucal, encías y dientes:										
		Ruidos intestinales		Dolor		Masas		Megalias		frecuencia de la deposición:		
		si	No	si	no	si	no	si	no	Color:	Aspecto:	
<b>Estado Genitourinario</b>		Frecuencia		color		Olor		Dolor		Secreción vaginal o uretral		
								no	si	no	si	Aspecto

ANTECEDENTES	Personales						Familiares		CIRUG. GENITOURINARIA				SI / NO	
	SI / NO						SI /		INFERTILIDAD				SI / NO	
	SI / NO						NO							
	SI / NO		TBC				SI /		CARDIOPATIA				SI / NO	
	SI / NO		DIABETES				NO							
	SI / NO		HIPERTENSION				SI /		NEFROPATIA				SI / NO	
	SI / NO		PREECLAMPSIA				NO							
		ECLAMPSIA				SI /		VIOLENCIA				SI / NO		
		OTRA				NO								
		CONDICIÓN GRAVE				SI /								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO								
		SI /				NO								
		NO				SI /								
		NO				NO</								

### 13. Referencias

- Beltrán, N. I., & Beltrán, M. p. (2008). *Preparacion para la maternidad y paternidad , "Un proyecto de vida"*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Charry, J. A., Arias, K. B., Carvajal, D. C., Echeverri, E. V., & Mejía, P. T. (2008). calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS Pública, manizales 2007. *Hacia la promoción de la salud* , 131 - 142.
- Hernández, L. M. (2008). La getación: Proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo (a). *Avances en enfermería* , 97 - 102.
- Hoyos, G. P., Ramos, D. M., & Sánchez, A. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexion en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria* , 16 - 23.
- INPEC. (2014). *Informe Estadístico Agosto 2014*. Bogotá: Oficina asesora de Planeacion.
- INPEC. (2014). *Informe Estadístico Mayo 2014*. Bogotá: Oficina Asesora de planeacion.
- INPEC. (s.f.). *Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario*. Recuperado el 1 de diciembre de 2014, de <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/ResenaHistorica>
- INPEC. (s.f.). *Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario*. Recuperado el 1 de Diciembre de 2015, de [http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Organizacion/EstablecimientosPenitenciarios1/REGIONAL\\_CENTRAL/RM%20BOGOT%C1](http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Organizacion/EstablecimientosPenitenciarios1/REGIONAL_CENTRAL/RM%20BOGOT%C1)
- López, J. S., Basulto, D. I., & Valázquez, M. A. (2008). CUIDADO PSICOPROFILÁCTICO DEL EMBARAZO: EXPERIENCIAS DE MUJERES Y HOMBRES. *Psicología & Sociedad* , 434 - 443.
- Ministerio de salud. (25 de Febrero de 2000). *Resolucion numero 412 del 2000*. Obtenido de <http://www.convergenciacoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>
- ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS. (2013). *Objetivos de desarrollo del milenio*. Nueva york: Naciones Unidas.
- Presidencia de la República de Colombia. (2010). *Constitución Política de Colombia 1991*. Obtenido de <http://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf/8b580886-d987-4668-a7a8-53f026f0f3a2>
- Pulgarín, S. L. (2014). Las barreras de acceso al derecho fundamental a la salud de la mujer embarazada recluida en colombia en perspectiva de los derechos . *Analecta política* , 319 - 343.

Republica de Colombia. (1 de Abril de 2009). *Decreto 1141 de 2009 "Por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*. Obtenido de Ministerio de la Protección social:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=35826>

Secretaria de Salud. (2013). *Curso de preparación a la maternidad y paternidad*. Obtenido de  
<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%203.%20%20CURSO%20PREPARACION%20A%20LA%20MATERNIDAD%20Y%20PATERNIDAD.pdf>