

Prácticas de cuidado que realizan las gestantes consigo mismas y con el hijo por nacer en Sanidad Detol, 2005

Doris Rodríguez Leal.¹

Conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de interés alguno.

Resumen

Objetivo: Valorar las Prácticas de Cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer, de mujeres gestantes atendidas en el Dispensario de Sanidad Detol (Departamento Tolima) en las ciudades de Ibagué y Espinal (Colombia), durante el período comprendido entre septiembre y octubre de 2005. **Método:** Estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo, de corte transversal. Los sujetos del estudio fueron 66 gestantes que asistieron a Control Prenatal. Se utilizó el *“Instrumento para valorar las Prácticas de Cuidado que realizan consigo mismas y con su hijo por nacer las mujeres en la Etapa Prenatal”*. **Resultados:** Se pudo establecer que, en general, 68.18% (n=45) de las gestantes tenían una buena práctica de cuidado y 31.82% (n=21) presentaban una práctica regular. Ninguna gestante refirió tener una mala práctica. Al estudiar las prácticas de cuidado por las diferentes dimensiones del instrumento hay diferencias en cada uno de ellos. **Conclusiones:** Aunque la valoración general parece buena, en el grupo de gestantes estudiado, solo se identifica una buena práctica de cuidado en las dimensiones: Higiene y Cuidados Personales, Alimentación, Sistemas de Apoyo y Sustancias no Beneficiosas. Hay una práctica regular de Cuidado en las dimensiones: Estimulación Prenatal y Ejercicio y Descanso. Se debe fortalecer la enseñanza en las gestantes, encaminadas a la estimulación prenatal en cuanto a estimulación visual del feto con luz, así como fomentar la actividad física y la orientación nutricional.

Palabras clave: Embarazo; gestantes; atención de enfermería; Colombia

¹Ph. D. en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Tolima (Colombia). Barrio Santa Helena Parte Alta. Ibagué. Tolima. Colombia.

Care practices of pregnant women for themselves and their unborn child in Sanidad Detol, 2005

Abstract

Objective: To assess the self-care practices of pregnant women attended in the Detol Health Service in the cities of Ibagué and Espinal, Province of Tolima, Colombia during September and October 2005. **Method:** Cross-sectional, descriptive study using quantitative methods. The study subjects consisted of 66 pregnant women attending antenatal care. A validated questionnaire to assess pregnant women's care practices was applied. **Results:** In general, 68.18% (n=45) of pregnant women showed good practice of care and 31.82% (n=21) had a regular practice. No pregnant expressed having bad care practice. Analyzing care practices by different dimensions, the results show differences in each dimension. **Conclusions:** Although general assessment seems good in the group studied, good practice was only identified on the dimensions: Health and Personal Care, Food, Support Systems and non-beneficial substances. There is a regular practice on prenatal stimulation and exercise and rest. The overall care score depends on the sum of all items. So some items counteract others, thus, bad practices are compensated by good ones.

Keywords: Pregnancy; pregnant; nursing care; Colombia

Introducción

La gestación en la mujer implica cambios en su vida que requieren cuidados para ella y para su hijo por nacer, razón por la cual debe participar activamente en el proceso de cuidado y atención. Tradicionalmente los cuidados que la gestante realiza son dirigidos o recomendados por el personal de salud, pero se sabe que ellas tienen sus propias formas de cuidarse, las cuales son desconocidas en algunas ocasiones por las Enfermeras. El embarazo, parto y puerperio demandan gran atención; en estas etapas existe un riesgo de enfermar y morir, por ello la identificación precoz de los factores de riesgo permite promover la maternidad saludable, brindar atención preventiva, terapéutica y de rehabilitación oportuna, con un efecto benéfico en

la calidad de vida del binomio madre-hijo.

En Colombia, el "Control Prenatal por Enfermera" es el conjunto de actividades realizadas por la Enfermera Profesional a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo (1). Sin embargo, la Consulta Prenatal se centra en la búsqueda de aspectos perinatales relacionados con un Enfoque de Riesgo, pero no se observa que haya un énfasis especial en valorar y enseñar a las gestantes sobre las Prácticas de Cuidado, ni que ellas estén comprometidas en realizarlas.

Según datos de UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), se estima que, a nivel mundial, casi 600.000 mujeres mueren todos los años a causa de complicaciones derivadas del embarazo y el alumbramiento. Entre 30 y 100 mujeres padecen graves enfermedades derivadas de la maternidad y cada minuto que pasa una mujer pierde la vida debido a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (2). Mientras que la vasta mayoría de muertes maternas ocurren en países en desarrollo, esto no

Correspondencia a:

Doris Rodríguez Leal
Ph. D. en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Tolima (Colombia). Barrio Santa Helena Parte Alta. Ibagué. Tolima. Colombia.
Cel: 301-5874594
Email: drodrigu@ut.edu.co
Recibido: 25/05/2015 Aceptado: 24/06/2015 Publicado: 30/06/2015

significa que sólo las mujeres de los países en desarrollo presentan complicaciones médicas durante o después del embarazo (3).

Estas defunciones evitables y, por consiguiente, injustas reflejan la desigualdad de la situación de las mujeres y de su acceso a los servicios básicos de salud. Además, la educación de las mujeres, su control de los recursos y su participación en la toma de decisiones son menores, lo que también determina la salud materna. Pero la maternidad sin riesgo no puede lograrse sólo mejorando los servicios de atención de salud materna. También hay que empoderar a las mujeres, sus familias y las comunidades para que sean participantes activas en la búsqueda de soluciones y el control del progreso (4).

Por todo lo anterior, este estudio pretende valorar las Prácticas de Cuidado relacionadas con: Estimulación Prenatal, Ejercicio y Descanso, Higiene y Cuidados Personales, Alimentación, Sistemas de Apoyo, Sustancias no Beneficiosas, que realizan las mujeres durante la etapa prenatal con ellas mismas y sus hijos por nacer y se espera que esta valoración se convierta en una herramienta útil para la Enfermera que participe en el Cuidado Prenatal, y así contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materno-perinatal a través de un cuidado con óptima calidad.

Metodología

Tipo de Diseño: se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo, de corte transversal.

Población: estuvo conformada por todas las gestantes que asistieron a Control Prenatal a los Dispensarios de la Policía Nacional (Sanidad Detol) de las ciudades de Ibagué y Espinal del departamento del Tolima (Colombia), durante el período comprendido entre septiembre y octubre de 2005.

Muestreo: fue no probabilístico, realizado por conveniencia e intencional, teniéndose en cuenta la

población, el instrumento utilizado y el tiempo promedio para su aplicación, la disponibilidad de tiempo de la investigación.

Muestra: estuvo conformada por 66 gestantes sin discriminar las semanas de gestación ni antecedentes obstétricos o nivel socioeconómico; sanas, con bajo riesgo gestacional; con un nivel de comunicación oral adecuado, alfabetas y que autorizaran por escrito su participación voluntaria.

La Variable estudiada fue Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con sus hijos por nacer un grupo de gestantes.

La información se recolectó mediante la aplicación del “**Instrumento para valorar las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal**”, implementado por Enfermeras investigadoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (5). Dicho instrumento está conformado por 31 ítems, de los cuales 21 son positivos y 10 son negativos o inversos. Para su puntuación responden a una escala tipo Likert con tres posibilidades de respuesta (nunca, algunas veces y siempre), con puntuaciones entre 0 y 2, dependiendo de su sentido positivo o negativo. Las dimensiones que abarca son: Estimulación Prenatal, Ejercicio y Descanso, Higiene y Cuidados Personales, Alimentación, Sistemas de Apoyo y Sustancias no Beneficiosas.

Se decidió utilizar dicho instrumento por sus propiedades psicométricas, lo que confirma que el instrumento es estable.

Tras la autorización por parte de las autoras, para utilizar el instrumento se procedió así:

1. Se aplicó una prueba piloto a un grupo de 15 gestantes para determinar si estas comprendían las preguntas del instrumento y su facilidad de aplicación.

2. Se aplicó solamente una vez el instrumento a la muestra del estudio, previo cumplimiento con criterios de inclusión. De ellas 15 fueron abordadas en el Espinal y 41 en Ibagué.
3. Los datos recogidos fueron procesados en una hoja de cálculo y, posteriormente, analizados en un software estadístico.

Resultados

Las características principales de las gestantes que participaron en el estudio indican que la edad mínima de estas fue de 13 años y la máxima de 42, con un promedio de 26 años. La mayor parte se sitúa entre los 24 y los 30 años de edad. Respecto a su estado civil, la mayoría viven en pareja (60,61% son casadas y 21,21% son parejas de hecho).

En cuanto a su nivel de escolaridad, se identificó que 53,03% tienen estudios de educación secundaria completos, seguidos por 16,67% con estudios superiores incompletos. La mayoría son amas de casa (60,61%), algunas estudian, y la minoría trabaja de forma independiente o con vínculo laboral establecido. Un 9% están en familias nucleares y un 6% integran familias nucleares modificadas y viven o con el padre o con la madre.

Respecto a sus antecedentes obstétricos, el 32% de las gestantes cursa su primera gestación. Llama la atención que un porcentaje menor pero significativo (14%) esta embarazada por cuarta vez. El 21% ha tenido un aborto anterior al menos una vez. El 18% cuenta con una cesárea previa. En cuanto a la edad gestacional, osciló entre 8 y 39 semanas, su promedio fue de 25 semanas y un 50% de la muestra cursan las semanas de gestación entre la número 21 y la 32.

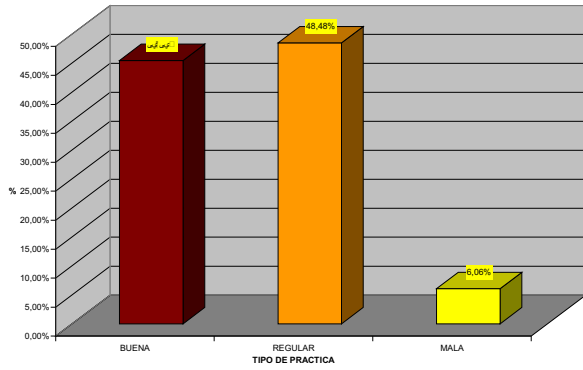
Al analizar las **Prácticas de Cuidado** se pudo identificar que la muestra seleccionada, en términos generales presenta una buena práctica de cuidados (68,18%), 31,82% tienen una regular práctica y ninguna de las gestantes puntuó como mala práctica; dichos resultados se encuentran reflejados en la Tabla 1. Así, en términos cuantitativos, en promedio, la puntuación se situó alrededor de 46-47 puntos. La puntuación mínima obtenida fue de 32 y la máxima de 57. Los resultados por las dimensiones del instrumento pueden observarse en las gráficas 1 a 6.

Tablas y gráficas

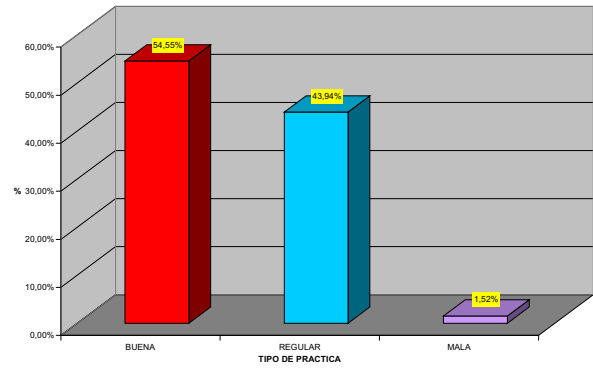
Tabla 1. Prácticas de cuidado que realizan las gestantes de Sanidad DETOL, según el resultado obtenido del instrumento, noviembre de 2005.

DIMENSIÓN PRÁCTICA DE CUIDADO	BUENA		REGULAR		MALA	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estimulación Prenatal	30	45.45%	32	48.48%	4	6.06%
Ejercicio y descanso	27	40.91%	36	54.55%	3	4.55%
Higiene y cuidados Personales	65	98.48%	1	1.52%	0	0.0%
Alimentación	36	54.55%	29	43.94%	1	1.52%
Sistemas de apoyo	54	81.82%	12	18.18%	0	0.0%
Sustancias no beneficiosas	63	95.45%	3	4.55%	0	0.0%
Distribución General	45	68.18%	21	31.82%	0	0.00%

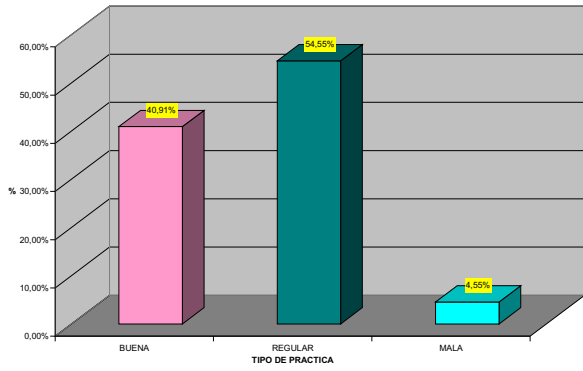
Gráfica 1. Distribución de las prácticas de cuidado relacionado con la Estimulación prenatal. Sanidad DETOL, 2005.



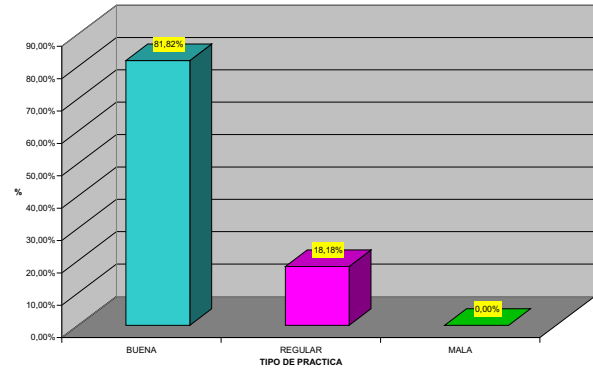
Gráfica 4. Distribución de las prácticas de cuidado relacionado con la Alimentación. Sanidad DETOL, 2005.



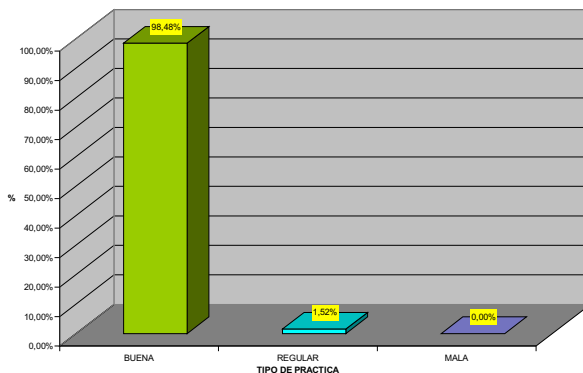
Gráfica 2. Distribución de las prácticas de cuidado relacionado con Ejercicio y descanso. Sanidad DETOL, 2005.



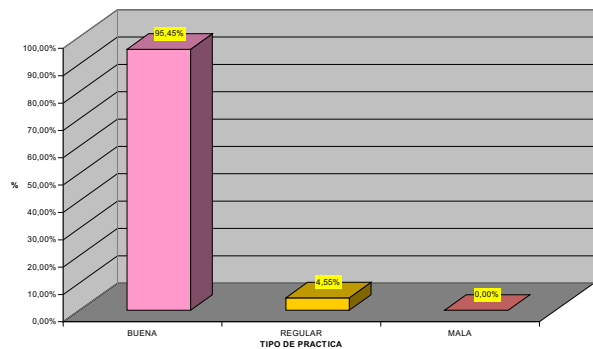
Gráfica 5. Distribución de las prácticas de cuidado relacionado con los Sistemas de apoyo. Sanidad DETOL, 2005.



Gráfica 3. Distribución de las prácticas de cuidado relacionado con la Higiene y cuidados personales. Sanidad DETOL, 2005.



Gráfica 6. Distribución de las prácticas de cuidado relacionado con Sustancias no beneficiosas. Sanidad DETOL, 2005.



Discusión

Para el análisis de la información se mantuvo una relación con el marco teórico, los objetivos planteados y los resultados obtenidos, por lo que se estableció que, en términos generales, la mayoría de las gestantes tienen una buena práctica de cuidados. Sin embargo, al analizar con mayor profundidad las figuras, se observa que esta puntuación global está influida por algunas dimensiones que puntúan muy alto en detrimento de otras. Así, el puntaje global del instrumento depende de la suma de todos los ítems, de modo que las dimensiones que presentan una mala práctica quedan compensadas por las de buena práctica.

Si nos detenemos a ver qué ocurre por dimensiones, a partir del análisis de las figuras, en cuanto a **la Estimulación Prenatal**, por un lado la mayor parte de las gestantes siempre estimula a su bebé de manera auditiva (57,58% por el habla y 43,94% por la música) y táctil (75,76%) pero no estimulan visualmente a sus hijos (54,55%). A pesar de ello, se considera que solo un 45,45% de las gestantes realizan una buena práctica en esta dimensión.

Estos resultados son similares a los estudios realizados en Honduras por Izaguirre (6) y en Colombia por Hurtado (7), pues encontraron que la mayoría de gestantes realizaban algún tipo de estimulación prenatal, sea táctil o auditiva, sin embargo la estimulación visual fue poco desarrollada.

Hoy se reconoce la importancia de la Estimulación intrauterina, definiéndose como el dar al futuro bebé excelentes condiciones que le permitan desarrollarse mejor según su proceso natural, su propia dinámica y desarrollar todas las capacidades y facultades que posee en su carga genética (8), así como permite mejorar las relaciones con la madre y la familia.

Para el **Ejercicio y Descanso**, la mayoría tiene una práctica regular (54,55%). Debido principalmente a

que solo 30,3% hace algún tipo de ejercicio durante 30 minutos y con una frecuencia de 3 veces a la semana, 25,76% hace algún tipo de trabajo doméstico que le produce cansancio, 4,55% no duerme más de 6 horas y 10,61% realiza algún trabajo que le produce cansancio.

En el trabajo de Arévalo (9) esta práctica regular es mayor que en este estudio (78% frente a 55%). Una posible explicación puede venir dada porque no tienen tiempos definidos para la actividad física ni para el descanso y, por tanto, deben realizar actividades que exigen desgaste y agotamiento tanto en sus casas como en sus trabajos. Sólo un pequeño porcentaje dedica una parte del tiempo para realizar actividades físicas exclusivas y específicas de descanso.

La actividad física de la gestante debe combinarse con relajación, sueño y reposo, teniendo en cuenta que ellas deben aumentar significativamente el tiempo que dedican a dormir y descansar. Debido a las necesidades metabólicas orgánicas, es aconsejable durante la noche guardar reposo entre 8 a 10 horas, en posición de decúbito lateral izquierdo (10).

La puntuación más alta se obtuvo en la práctica de **Higiene y Cuidados Personales** (98,48%) debido, principalmente, a que 93,94% siempre se cepillan los dientes después de cada comida, 54,55% siempre asiste a la consulta odontológica durante la gestación, 94,48% siempre realiza limpieza de los genitales en forma adecuada cada vez que va al baño, 72,73% no acostumbra a realizar duchas vaginales internas y 84,85% siempre utiliza ropa que permite libertad de movimientos.

Estos datos son similares a los reportados por Zambrano (11), al indicar que las prácticas se orientan al baño corporal, cambio de ropa interior, aseo genital, cepillado de dientes entre otras.

Las prácticas de **Alimentación** fueron buenas para

54,55% de las gestantes. Sin embargo, al observar los ítems por separado podemos ver que la mayoría hace lo que se recomienda. Estos datos son concordantes con los encontrados por Carranza (12). Por otro lado, parece que la tendencia, en esta dimensión, es contestar afirmativa y positivamente a los ítems a pesar de que las condiciones sociales y económicas del grupo estudiado no ofrecen alternativas y posibilidades para establecer y sostener una nutrición óptima durante la etapa gravídica.

En la medida que la gestación progresa el gasto calórico se incrementa como consecuencia del crecimiento fetal y placentario (13). Los suplementos del ácido fólico y hierro son los únicos que suelen recomendarse durante la gestación (14) para reponer las pérdidas basales, aumentar la masa de glóbulos rojos y satisfacer las necesidades feto-placentarias, por ello, el adecuado desarrollo y crecimiento fetal depende especialmente del aporte de nutrientes con la dieta.

Con relación a los **Sistemas de Apoyo** en las gestantes, se pudo determinar que la mayoría (81,82%) cuenta con un buen sistema de apoyo. Principalmente, asisten a las citas de Control Prenatal regularmente y cumple con las recomendaciones ofrecidas por el personal de salud durante dicha consulta. Igualmente indican requerir expresiones de afecto. Altamirano (15), en un estudio llevado a cabo entre gestantes adolescentes, informa que 43% de ellas necesitan sentirse amadas y 51% necesitan ser respetadas para auto-cuidarse. Es llamativo que aunque en la muestra estudiada el porcentaje de gestantes adolescentes fue mínimo, las necesidades de afecto para auto-cuidarse son altas. Llewellyn-Jones (16) informa que entre un 5 y 10% de las mujeres desarrollan una depresión en algún momento durante su embarazo, por lo cual son vulnerables y requieren un apoyo empático por los profesionales sanitarios que les atienden y tiempo para hablar sobre sus sentimientos.

En cuanto a la última dimensión, **Sustancias no**

Beneficiosas, 95,45% de las gestantes tiene una buena práctica de cuidado. De una manera más detallada: 77,27% dicen no consumir nunca café durante su embarazo, 93,94% de las gestantes no fuma, 95,45% no consume licor y 100% de las gestantes evita consumir sustancias que producen adicción. De las pocas mujeres que dicen consumir algo, se refieren al consumo de café (22,73%) y 3,03% a fumar o beber alguna vez. De las pocas mujeres que dicen consumir algo, se refieren al consumo de café (22,73%), a fumar (3,03%) o beber alguna vez. Datos similares a los reportados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2005) de Profamilia (17), donde se confirma que 9 de cada 10 gestantes (90%) no consumió alcohol y 96% no fumó durante el embarazo. Aunque en esta dimensión, probablemente, lo que presenta es un sesgo de deseabilidad social, puesto que no está bien visto que, socialmente, las mujeres embarazadas tengan este tipo de conductas.

Muchos resultados adversos se han vinculado con el tabaquismo durante el embarazo; algunos de ellos son el aborto espontáneo, el bajo peso al nacer por parto pretérmino o restricción del crecimiento fetal, óbito del producto y desprendimiento prematuro de placenta (18). Los productos tóxicos del cigarrillo producen deterioro del lecho vascular y alteración circulatoria, lo que atenta contra la oxigenación y circulación fetal (19). Por su parte el alcohol y sus metabolitos, produce, en el 85% de los casos, deficiencias del crecimiento pre y postnatal (20). El uso prolongado de abundantes drogas ilícitas como los derivados del opio, barbitúricos y anfetaminas, dañan al feto, al atravesar la barrera placentaria. Se han corroborado con certeza situaciones como sufrimiento fetal, bajo peso al nacer y síndrome de abstinencia (21).

Como se puede observar, el instrumento nos permite valorar las prácticas de cuidado de las gestantes de manera global y específica. Disponer de un instrumento de este tipo en aquellos lugares donde se lleven a cabo los controles prenatales sería muy

recomendable. Ello nos permitiría tener una valoración de las gestantes más objetiva y medir a lo largo de su embarazo si las recomendaciones que se hacen para mejorar tienen efecto o no.

En el caso de la población estudiada, durante la consulta prenatal llevada a cabo por las Enfermeras, se debería fortalecer la enseñanza a las gestantes para establecer prácticas beneficiosas encaminadas a la estimulación prenatal, con énfasis en ejercicios dirigidos a la estimulación visual del feto con luz, e igualmente a fomentar la actividad física y la orientación en nutrición.

Las Enfermeras deben procurar el brindar un cuidado individualizado e integral, acorde a las necesidades y expectativas de cada gestante, con el fin de mejorar sus prácticas de cuidado. El control prenatal es importante para las gestantes porque la revisión periódica de sus condiciones fisiológicas, psicológicas y la evaluación de factores de riesgo disminuyen la morbi-mortalidad, siempre y cuando el sistema de salud y el personal asistencial manejen parámetros de calidad y brinden un cuidado oportuno a través de la revisión consciente de las necesidades materno-perinatales. Por esta razón Enfermería debe liderar procesos que se dirijan a evaluar, detectar y realizar seguimiento oportuno de cada una de las dimensiones de las prácticas de cuidado aquí estudiadas.

A pesar de todo lo dicho, la autora considera que el instrumento utilizado no está exento de limitaciones y, seguramente, habría que seguir investigando sobre el mismo con el fin de refinarlo. Habría que replantearse la pertinencia o no de algunos ítems presentes en este instrumento y, quizá, llevar a cabo un nuevo análisis de fiabilidad del instrumento. Por ejemplo, preguntas donde la totalidad de la muestra contesta en el mismo sentido, seguramente, no deberían estar en el instrumento porque no aportan ninguna información. Otro dato de esta investigación es que debido a que la mayoría de gestantes estudiadas (60,61%) son amas

de casa, la pregunta 8 “¿realiza actividades laborales que le produzcan cansancio?” No tiene mucho sentido porque se repite con la de las actividades domésticas que producen cansancio, debido a que muchas mujeres trabajan en el hogar. Pero es un punto de partida que permite dirigir la investigación hacia este campo.

Agradecimientos:

La autora expresa sus agradecimientos a las gestantes participantes del estudio, por su colaboración voluntaria y desinteresada. Al Área de Sanidad del Departamento de Policía Tolima, por permitir seleccionar el grupo participante en la investigación. A Lucy Muñoz de Rodríguez, por su apoyo académico y pertinentes asesorías.

Referencias

1. Ministerio de la Protección Social. Norma Técnica para la Detección temprana de las alteraciones del embarazo. Resolución 00412 DE 2000. Bogotá, D.C.; 2000.
2. UNICEF. Headquarters Health Section, Programme Division, Programming for Safe Motherhood. 1^a ed. New York; 1999.
3. Fortney JA, Smith JB. The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries. North Carolina: Family Health Internacional; 1996.
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 132^a Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C.; 2003.
5. Ruiz de Cárdenas CH, Fajardo MT, Morales JP. Validez y confiabilidad del Instrumento “Prácticas de Cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal”. *av enferm.* 2006; XXIV (1): 26-34.
6. Izaguirre L. Prácticas de autocuidado que realizan

- durante la gestación un grupo de adolescentes gestantes que asistieron al control prenatal, a la Clínica de atención del adolescente, en el Centro de Salud las Crucitas, Conayagüela, Honduras. [tesis de maestría]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2001.
7. Hurtado, NL. Prácticas de autocuidado que realizan durante la gestación un grupo de mujeres que asisten a control prenatal al CAMI Pablo VI. [tesis de maestría]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
 8. Bejarano N, Bejarano M. Conociendo el bebé los diferentes estímulos. Cómo reacciona el bebé a los estímulos visuales. En: Preparación para la Maternidad y Paternidad. Bogotá: Unibiblos; 2004.
 9. Arévalo E. Gestación y Prácticas de Cuidado. *av enferm.* 2007;XXV (2):50-7.
 10. Olds S, London M, Ladewig P. *Enfermería Materno Infantil: Un concepto integral familiar.* 2ª. ed. México: Nueva editorial Interamericana; 1995.
 11. Zambrano GE. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las gestantes adolescentes que asisten a control prenatal. [tesis de maestría]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
 12. Carranza FJ. Prácticas de cuidado que realizan las gestantes consigo mismas y con el hijo por nacer, de la Unidad de Salud y Clínica Materno Infantil Luis Lazo Arriaga. [tesis de maestría]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2003.
 13. Granada MV, Vásquez ML. *La mujer y el proceso reproductivo.* 1ª ed. Bogotá D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
 14. Ladewig PW, London ML, Moberlly S, Olds SB. *Enfermería maternal y del recién nacido.* España: Mc. Graw Hill – Interamericana; 2006.
 15. Altamirano L. Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer durante el período prenatal, las gestantes adolescentes que asisten a control prenatal. [tesis de maestría]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2003.
 16. Llewellyn-Jones D, Abraham S, Oats J. *Texto ilustrado de Ginecología y Obstetricia.* 7ª. Ed. Madrid: Hancourth; 1999.
 17. Profamilia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.* Capítulo salud materno infantil. Colombia; 2005.
 18. Peraza G, Pérez S, Figueroa Z. Factores asociados al bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001; 17(5):490-6.
 19. Díaz O, Soler M, Soler B. Aspectos epidemiológicos del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integ.* 1993; 9(3): 234-44.
 20. Elorsa JFJ. Síndrome alcohólico fetal o embriopatía fetalcohólica. En: *Acta Pediatría España 1988.* p. 671-6.
 21. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. *Obstetricia de Williams.* 22ª ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2005.