

CONSTRUCCIONES MOTIVACIONALES DE ESTIMULACIÓN PRENATAL
EN UNA COMUNIDAD DE MADRES GESTANTES
DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

STEPHANIE DEVIA VALDEZ



Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Rehabilitación Humana
Programa Académico de Terapia Ocupacional
Santiago de Cali
2018.

**CONSTRUCCIONES MOTIVACIONALES DE ESTIMULACIÓN PRENATAL
EN UNA COMUNIDAD DE MADRES GESTANTES
DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

STEPHANIE DEVIA VALDEZ

**Trabajo de grado presentado para optar al título de:
Terapeuta Ocupacional**

**Asesora:
MARIA HELENA RUBIO
Terapeuta Ocupacional Profesora Titular
Escuela Rehabilitación Humana**

**Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de rehabilitación Humana
Programa Académico de Terapia Ocupacional
Santiago de Cali
2018**

AGRADECIMIENTOS

A Dios primeramente, quien es el que me ha sostenido con su fuerza poderosa para avanzar en este camino y el acompañante durante todo el proceso. La gloria y la honra sean para El, pues es el único merecedor de todo, sin él, todo hubiera sido en vano; sus pensamientos y planes son mejores que los nuestros, solo queda la certeza que en este caminar su voluntad siempre nos llevara a caminos que nunca imaginaremos.

A mis PADRES, ¡ellos con sus múltiples esfuerzos y apoyo fueron los que me brindaron su valentía para seguir y siempre ir por más!, son mi equipo...mi motor para dar pasos agigantados. Poder ver en sus rostros alegría es una de mis mayores satisfacciones.

Mi hermana Karen, mi chiquita, mi motorcito, verte crecer es una de las mayores bendiciones y sabes que deseo lo mejor del mundo para ti, pues fuiste parte de este hermoso proceso, tu apoyo, tus palabritas y atenciones siempre motivándome para dar un paso más en todo.

A mis docentes Diana Zamudio y David que en este último proceso dieron gran luz e instrucción a todo, pues son seres que se entregan a brindar lo mejor de si.

A mi asesora María Helena Rubio por ayudarme y guiarme en todo el camino, por acompañarme e instruirme durante estos años, por la paciencia y conocimiento brindado.

A todos los docentes que brindaron su grano de arena para aprender y conocer no solo la Terapia Ocupacional, sino comprender la vida y a no quedarse quietos.

Al centro médico Imbanaco y al grupo de salud de la unidad cuidado especial obstétrico CEO, que permitieron el desarrollo de este trabajo y por su gran colaboración.

Con gratitud, ¡de corazón!

Tabla de contenido

1. Resumen.....	6
2. Planteamiento del Problema	8
3. Justificación.....	11
4. Objetivos	13
4.1 Objetivo General.....	13
4.2 Objetivos Específicos.....	13
5. Marco Teórico	14
5.1 Proceso gestacional.....	14
5.2 Alto Riesgo Obstétrico.....	14
5.3 Sistema de Salud en Colombia para gestantes de alto riesgo.....	17
5.4 Terapia Ocupacional en intervención temprana con madres gestantes.....	21
5.5 Estimulación Prenatal.....	22
5.6 Proceso de enseñanza- aprendizaje.....	27
5.7 Modelo de la Ocupación Humana MOHO.....	28
5.8 Subsistema volitivo.....	29
5.9 El Continuo Volicional.....	32
5.10 Cuestionario volitivo (Volitional Questionnaire / VQ).....	33
6. Marco Contextual	35
6.1 Centro Médico Imbanaco.....	35
6.1.1 Unidad de Cuidado especial Obstétrico CEO.....	36
6.1.1.1 Población de CEO.....	36
7. Metodología	37
7.1 Diseño de la Investigación.....	37
7.2 Técnicas y Plan de análisis.....	37
7.3 Población, Muestra y criterios de inclusión y exclusión.....	38
7.5 Medidas de riesgos y medidas preventivas.....	38
7.6 Fases de la Investigación.....	39
Fase 0: formulación del proyecto y búsqueda bibliográfica.....	39
Fase 1: estructuración del proyecto.....	39

Fase 2: aprobación por el Comité de Ética.....	40
Fase 3: Recolección de información.	40
Fase 4: Interpretación de los resultados.	42
Fase 5: Presentación del trabajo.....	42
7.7. Operacionalización de las variables.....	43
7.8 Consideraciones éticas.....	46
7.9 Impacto ambiental del proyecto.....	47
8. Resultados.....	48
8.1 Características sociodemográficas.....	48
8.2 Características y conocimientos previos frente a la estimulación prenatal.....	50
8.3 Características del cuestionario volitivo V/Q.....	51
9. Discusión.....	54
10. Conclusiones.....	60
11. Recomendaciones.....	62
12. Limitantes.....	63
13. Bibliografía.....	64
14. Anexos.....	70

Resumen

La volición, emerge de la motivación por “el hacer”. Surge entre las características internas y el ambiente externo donde se encuentre la persona, frente a situaciones de cambio, la volición puede verse afectada repercutiendo en el desempeño y la adaptación al nuevo contexto. **Objetivo:** caracterizar el componente volitivo de un grupo de gestantes en alto riesgo obstétrico frente a una actividad educativa de estimulación prenatal.

Metodología: estudio observacional, descriptivo, transversal a partir del cuestionario volitivo V/Q. Los resultados fueron expuestos a un análisis cuantitativo, expresado en frecuencias absolutas y medidas de tendencia central. **Resultados:** el perfil de las madres de alto riesgo obstétrico, se caracterizó por edades mayores de 30 años, estudios superiores, nivel socioeconómico alto, nulíparas, con patologías de Preclampsia y Ruptura de Membrana. En el cuestionario volitivo, las gestantes se hallaban en la etapa de exploración; cuarto de la muestra requiere apoyo terapéutico para expresar sus comportamientos volitivos. **Discusión:** La estimulación prenatal fue una actividad significativa que proporciona una oportunidad para modificar la rutina hospitalaria, promoviendo la productividad, el hacer, empoderando el rol como futura madre. Se comprobó que el evento de alto riesgo unido a la hospitalización, afectó la volición de las gestantes en la motivación para participar en la actividad. También, se reconoció la importancia de la adaptación al contexto hospitalario para alcanzar el nivel más alto del continuo de cambio, siendo el Logro **Conclusiones:** las gestantes reconocieron que la estimulación prenatal es una

actividad significativa que le permite estar ocupada favoreciendo así el componente volitivo.

Palabras claves: terapia ocupacional, modelo de la ocupación humana, volición, embarazo de alto riesgo, cuestionario volitivo, estimulación acústica, estimulación prenatal.

2. Planteamiento del Problema

Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Por esta razón, en el año 2000 la OMS con el fin de lograr una maternidad sin riesgo basados en la carta de Ottawa de 1986 lanza la propuesta de minimizar los riesgos del embarazo para reducir la mortalidad y morbilidad materna, a fin de “poner en relieve su compromiso con la Iniciativa Internacional para una Maternidad sin Riesgo” (OMS, 2000, p.2).

A causa de esto, se crearon unidades de alto riesgo obstétrico, con el propósito de mantener y mejorar el estado de salud de la madre y del bebe, donde todo un grupo interdisciplinario en el área de la salud cuidan por el bienestar y salud de ellos. El Terapeuta Ocupacional, parte del equipo interdisciplinario concibe al ser humano como un ser holístico, que requiere realizar las actividades de la vida diaria, instrumentales, productivas, de ocio y tiempo libre de manera armónica; con el fin de responder a las demandas del contexto y así lograr un equilibrio (Kielhofner, 2006). En este caso se tiene en cuenta a la mujer durante la fase de embarazo en alto riesgo que requiere permanecer un periodo de esta etapa en un centro hospitalario especializado para su situación de salud.

El estado de embarazo de alto riesgo sumado con la hospitalización predispone a la madre a cambios hormonales aumentando los riesgos de presentar síntomas asociados a la depresión y ansiedad (Ramírez; Álvarez; Saldarriaga, Otálvaro, 2015). Además, esta población, al no encontrarse en su entorno natural, puede experimentar una

desestructuración y desequilibrio en hábitos, rutinas y roles, provocando sentimientos de tristeza, angustia, desesperanza entre otros; lo que induce a la no realización de actividades gratificantes y significativas, repercutiendo en el bienestar físico y emocional tanto de la madre como del bebe por nacer. Como resultante puede verse afectado el subsistema volitivo de la gestante de alto riesgo que se encuentra hospitalizada, comprometiendo la motivación hacia la realización de actividades significativas y gratificantes.

La Terapia Ocupacional desde el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) definiéndola como un patrón de pensamientos y sentimientos que predisponen y permiten a las personas anticipar, elegir, experimentar e interpretar el comportamiento, surge de la interacción entre las características internas de la persona y los aspectos externos del ambiente (Kielhofner, 2007, p. 231). Conformando así los tres subsistemas interrelacionados habituación, capacidad de desempeño y volición la cual permite a la persona participar de manera funcional en distintas actividades y ocupaciones.

Durante el proceso gestacional, diferentes circunstancias pueden afectar negativamente la salud de la madre y el componente volitivo, adicionalmente el estrés prolongado y las altas preocupaciones que sufre la madre alteran el desarrollo y la función del hemisferio derecho del bebe situación que puede contrarrestarse con la estimulación auditiva a nivel del Sistema Nervioso Central (Aguilar, 2012. p, 2).

Otro de los elementos importantes dentro de este periodo es la estimulación prenatal, considerada como un conjunto de prácticas a través de técnicas auditivas, táctiles, vestibulares, propioceptivos y visuales, proporcionan al bebe experiencias necesarias para

su desarrollo y aprendizaje (Guijarro, Martínez, 2016), sin embargo, es una práctica desconocida para muchas gestantes y en especial las de alto riesgo obstétrico.

Considerando la importancia del subsistema volitivo surgió la necesidad de caracterizar el componente motivacional o subsistema volitivo en la población de madres de alto riesgo frente a la enseñanza de estimulación prenatal teniendo en cuenta los numerosos beneficios que tiene la práctica de esta al realizarse en la etapa gestacional. Por lo que este subsistema puede verse afectado por la desestructuración que experimenta en el componente habituacional (hábitos, rutinas, roles) al ser modificado el contexto físico, teniendo en cuenta, el análisis de una disciplina como la Terapia Ocupacional.

3. Justificación

La población en embarazo con alto riesgo obstétrico requiere estar hospitalizada por un tiempo impredecible, esto, puede inducir a experiencias y sentimientos negativos (desesperanza, angustia, desespero, tristeza), entre otros, según los investigadores Álvarez; Ramírez; Ocampo; Tirado, (2015) proponen que esta situación puede predisponer a la aparición de depresión y ansiedad, afectando hasta a un 40% de la población gestante. Esto, puede impactar directamente en el bienestar físico y emocional de la madre y del bebe por nacer, tal como lo afirma el Dr. Thomas R. Verny (1992) “las ansiedades acrecientan la susceptibilidad biológica del niño hacia la aflicción emocional, por lo que el niño se torna emocionalmente más vulnerable, debido a que su mecanismo orgánico ha sido alterado en el útero”, elementos que conforman el sistema volitivo.

Al mismo tiempo, la población gestante de Alto Riesgo Obstétrico ARO, se encuentra expuesta a padecer en el periparto complicaciones futuras; y esto a su vez, puede predisponer al bebe en sus comportamientos motores, sensoriales, de lenguaje entre otros, y en algunos casos la de nacimientos pre termino, que terminan siendo “la causa más frecuente de muerte neonatal en el mundo” (Muñoz, González & Gómez, 2013, p. 3).

Alicia Trujillo (2002) menciona que la persona expuesta a ambientes se motiva, inicia y completa distintas ocupaciones, Kielhofner (2016), expone que se comprometen con la actividad desde el subsistema volitivo, para así cumplir con las exigencias ocupacionales que le demanda el medio, por lo que las personas no se motivan de igual manera en todos los ambientes, influyendo en sus comportamientos. (Kielhofner, 2006).

Desde esta visión, el Terapeuta Ocupacional cumple la labor de conservar, promover, restaurar y/o compensar la calidad del desempeño ocupacional, y las acciones que ejecuta sean autónomas, productivas y gratificantes. En el caso, la gestante puede verse desmotivada, no cumplir con las exigencias, su sistema volitivo comprometido, debido a la condición de salud y al estar expuesta a una hospitalización. Por esto, es de vital importancia propiciar la adaptabilidad al entorno nuevo en el que se encuentra, ofrecer, favorecer un modo diferente a un ambiente que le permita ocupar el tiempo significativamente, inclusive durante la espera de los distintos procedimientos clínicos en el que se encuentra la persona.(Marcolino et al., 2017, p. 2).

Uno de los acercamientos que utiliza el terapeuta con las gestantes es el proceso de enseñanza- aprendizaje de la estimulación prenatal, es el modelamiento, así, prepara tanto en el conocimiento como en la ejecución de actividades a la futura madre, (Kisilevsky, 2005). Cordero y Padilla soportan esta práctica, e infieren que influye positivamente en el evento del parto y posteriormente en el desarrollo del niño favoreciendo sus habilidades sensoriales. Además, el Dr. Asim describió que lactantes al ser estimulados intrauterinamente, al nacer presentan mayor desarrollo en el área visual, auditiva, lingüística y motora en relación a los no estimulados, presentando mayor capacidad de aprendizaje por estar alerta a los estímulos que se le presenten. (Kurjak, 2004).

Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio intenta hacer evidente la importancia de conocer la motivación de la gestante frente al tema de la estimulación prenatal, y así, presentarle conocimientos que modelen su acercamiento a la estimulación del bebé por nacer.

4. Objetivos

Objetivo General

Caracterizar el subsistema volitivo de las madres gestantes que se encuentran hospitalizadas en la unidad cuidado especial obstétrico CEO, en una institución privada de la ciudad de Cali, Colombia durante los meses de febrero a julio del 2018.

Objetivos Específicos

Indagar las condiciones socio demográficas de las madres gestantes de la unidad CEO, durante los meses de febrero a julio del 2018.

Identificar el nivel del continuo volicional en el que se encuentran las gestantes al momento de la hospitalización durante los meses de febrero a julio del 2018.

Modelar el conocimiento sobre la estimulación prenatal de las madres gestantes durante los meses de febrero a julio del 2018.

5. Marco Teórico

5.1 Proceso gestacional

El periodo gestacional es el tiempo comprendido desde la concepción hasta el nacimiento, se mide en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Este proceso, inicia al formarse un "blastocisto" convirtiéndose posteriormente en un embrión al formarse las principales características externas del bebé (Saavedra, 2010). Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas, en el cual, él bebe crece, y se desarrolla. Los bebés nacidos antes de la semana 37 se consideran prematuros y después de la semana 42 pos maduros.

El Sistema Nervioso Central (SNC) se forma por las neuronas y conexiones. El sistema sensorial del bebe se alimenta de experiencias para el aprendizaje y el cerebro las aprovecha para formarse y cambiar constantemente, promoviendo y magnificando las interconexiones neuronales y las conexiones sinápticas; estas mejoran el desarrollo de los órganos del bebe de igual que se fortalecen los procesos de memoria, inteligencia y razonamiento (Mandal, 2012).

5.2 Alto Riesgo Obstétrico

El proceso de gestación en la mujer produce cambios fisiológicos, mentales y anatómicos, cuando estos cambios se alteran pueden ocasionar un estado mórbido sobre la gestante. La federación colombiana de asociaciones de perinatología FECOPEN, define el embarazo de alto riesgo aquellos casos en los que, coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales o de otra índole, se

acompañan de una morbilidad materna y perinatal superior a la de la población general.

En 1997 la OMS, introduce este nuevo término, en el cual el riesgo de enfermedad o muerte antes o después del parto es mayor de lo habitual tanto para la madre como para el bebé por nacer. Existen los factores de riesgo lo cual determina que se encuentra expuesta o cuenta con características que exponen la vida de ella y/o del bebé.

Dentro del grupo principal de factor de riesgo se encuentran: la edad, menor de 15 años siendo adolescentes y mayor de 35 años, otro factor, la condición socioeconómica por lo que la madre se encuentra expuesta a condiciones sociales vulnerables que afectan la salud y el bienestar tanto de ella como del feto, adicionalmente, la historia obstétrica, trastornos de nutrición, enfermedades y antecedentes ya presentes en la madre, todo este grupo heterogéneo de factores repercuten en la probabilidad de padecer un embarazo de alto riesgo obstétrico. Según la OMS, una mujer embarazada en un país en vía de desarrollo tiene 100 a 200 veces más riesgo de morir que una mujer en un país desarrollado. “El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas”; “Colombia es el cuarto país de Suramérica con el índice más alto de mortalidad materna, después de Bolivia, Perú y Paraguay”.

En estos casos es de suma importancia identificar tempranamente los factores de riesgo y valorar su importancia relativa frente al resultado perinatal, para realizar la intervención pertinente y disminuir así las consecuencias adversas de los mismos, la mayor probabilidad de padecer un embarazo de alto riesgo se da en zonas rurales y comunidades

pobres influyendo condiciones económicas, sociales, educativas y psicológicas, causando un acceso limitado en los procesos de atención a la salud, es por ello que la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. Siendo así, la meta de los Objetivos de desarrollo sostenible es Reducir la razón de Mortalidad Materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

Es importante identificar las causas del riesgo, por lo que los factores se agrupan en cuatro grupos: psicosociales en donde se ha encontrado que el stress psicosocial aumenta posibilidad de resultado perinatal desfavorable en un 80% para complicaciones obstétricas, los antecedentes médicos que son patologías diversas pero en este estado pueden aumentar, las patologías prevalentes son hipertensión arterial, la pre eclampsia añadida o no a la hipertensión, diabetes gestacional, problemas tromboembólicos y alteraciones del sistema endocrino. Otro factor importante son los antecedentes reproductivos como el número de partos, abortos, placenta previa, desprendimiento placentario; ruptura prematura de membranas; polihidramnios, oligoamnios (exceso o escasez de líquido amniótico), retardo en el crecimiento intrauterino; parto por cesárea, etc.

Por último, la evolución del embarazo que puede ser cualquier anomalía que presente al estar en este estado. Teniendo en cuenta el período desde la concepción hasta el nacimiento constituye una etapa crítica del desarrollo físico, emocional y cognitivo de cada niño por lo que esta es una fase de maduración neurológica en la cual se forman células nerviosas y sinapsis neuronales y cada vez que el cerebro es estimulado se forman nuevas conexiones neuronales (Chamberlain, 2003).

Es así como la población de alto riesgo obstétrico presenta mayor probabilidad de que él bebe nazca antes de termino, teniendo en cuenta que la mayoría de estos son niños presentan distintas trastornos y patologías, como: Parálisis Cerebral Infantil, mielo meningocele, hidrocefalia, déficit de atención, retraso del desarrollo psicomotor, entre otras; causando de que estos niños ingresen desde muy temprana edad a procesos de intervención en rehabilitación. Es por ello que es de vital importancia que la madre goce de una buena volición para participar efectivamente en actividades y ocupaciones, y así, poder propiciar un desempeño ocupacional.

5.3 Sistema de Salud en Colombia para gestantes de alto riesgo

Según la OMS, las complicaciones durante la gestación y el parto constituyen la primera causa de muerte y discapacidad de las mujeres en edad fértil en los países en desarrollo. Estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) calculó que en Colombia la tasa de mortalidad materna para 1994 fue de 78.2 por 100.000 nacidos vivos. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 95% de estas muertes son evitables. Con el fin de lograr la meta de reducir la mortalidad materna, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal.

Se considera el embarazo de alto riesgo constituye un problema de salud pública de gran magnitud; de acuerdo con los altos índices de morbilidad perinatal, según publicaciones nacionales, las tasas de morbilidad perinatal son muy elevadas 45 %, se

observa un incremento en la incidencia de embarazos de alto riesgo entre 20 a 30 %. Por otra parte, Uranga y Williams indican que entre las medidas preventivas para el Embarazo de Alto Riesgo se encuentran: la prevención primaria, que engloba promoción y protección a la salud; prevención secundaria, que consiste en el diagnóstico y tratamiento precoz para limitar el daño; la prevención terciaria, representada por rehabilitación y el desarrollo del mecanismo social que inserte a todas las embarazadas de alto riesgo a un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud (Williams, p. 271. 2004).

Es indispensable garantizar una atención integral a esta población, por lo que desde los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia una vez este confirmado el embarazo se procede a realizar los controles prenatales vigilando el mínimo riesgo que amenace la integridad de la madre y del bebe. Estas intervenciones tempranas promueven la salud y determinan las intervenciones médicas y psicosociales. Teniendo en cuenta, que el 20% de la población presenta riesgo biopsicosocial, actualmente las intervenciones también se centran en esta.

En Colombia, ley 100 de 1993, estima que el Sistema de Salud funciona bajo seis principios: universalidad, eficiencia, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Sin embargo, la (OMS) ha catalogado el sistema colombiano como el más imparcial del mundo por su contribución financiera, es por ello que la atención en muchas poblaciones en especial en las gestantes de alto riesgo, no se realiza de forma íntegra.

La mujer tiene derecho a tener un trato digno garantizando que las madres gestantes, según el artículo 43, deben recibir atención prioritaria y oportuna, tanto en los controles

generales como en las citas especializadas, para que en caso, de embarazo de alto riesgo, disponga de los medios necesarios para preservar su vida y la de su bebé.

El proyecto de ley 172 del 2009 propone proteger la maternidad y el parto digno. El Estado en cumplimiento del artículo 8, tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud materna y de conformidad con sus funciones y competencias a nivel nacional, territorial y local. Debe garantizar el acceso, la atención integral, oportuna, eficaz y con calidad en la prestación de los Servicios en Salud a las mujeres en estado de embarazo de alto riesgo, adolescentes, gestantes en edad avanzada y con embarazo múltiple ;portadoras de VIH\Sida, en situación de pobreza extrema y mujeres afectadas por cualquier forma de violencia,(ley 172, 2009) de igual modo, el Estado expide los decretos reglamentarios necesarios para establecer por medio de las Sociedades Científicas correspondientes, manuales donde se instruyen al personal de atención en salud y califique el Alto Riesgo Obstétrico o Perinatal para su detección temprana y su remisión al nivel superior apropiado para su manejo adecuado y oportuno.

El Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, e el 2013 describen los lineamientos de calidad y humanización para los servicios de la atención en salud para la población gestantes, niños, niñas y adolescentes, con la participación de los actores del sistema de seguridad social, con el fin de establecer una manera sistemática y continua de la observación y seguimiento de la humanización esperada para la atención en salud de la población antes mencionada (MSPS, 2010).

Otro aspecto a tener en cuenta es la humanización en los procesos de intervención en gestantes, desde el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia se define la que comprende la calidad y humanización de la atención, es decir como un imperativo ético que resulta del respeto por la dignidad humana, haciéndose necesario reconocer y analizar las implicaciones que la atención de salud tiene en la vida de las Mujeres Gestantes, Niñas, Niños, Adolescentes (GNNA) y sus familias, siguiendo y gestionando sus situaciones, ya que éstas son el reflejo irrefutable de la calidad y humanización de la atención integral en salud. La familia es un determinante en la salud y debe estar vinculada al proceso de gestión de la calidad y humanización de la atención integral en salud.

5.4 Hospitalización en madres de Alto Riesgo

El proceso de gestación es un proceso adaptativo en el que la mujer se encuentra en periodos constantes de cambios, la gestación también ha sido llamada un proceso de crisis debido al proceso hormonal, dado que experimenta constantes cambios que pueden alterar su bienestar (Figueiredo, 2003), esta imposibilita el retorno al contexto anterior: configurando el proceso de "dejar de ser" para "pasar a ser" (Tedesco, 1999).

La gestante en alto riesgo presenta mayor probabilidad que el resto de la población a tener complicaciones, la hospitalización es una medida para vigilar la salud y monitoreo constante. En la hospitalización, se modifica el contexto, por lo que deja de ejercer su rol, rompe con las actividades rutinarias, para convertirse en paciente que está inmersa en un proceso de espera. (Murphy, 1995).

Requiere ser comprendida de manera holística por el personal de salud que atiende su salud durante la intervención, teniendo en cuenta que en este proceso puede experimentar cambios psicológicos, biológicos, culturales y sociales, por lo tanto, requiere una respuesta adaptativa frente al nuevo contexto en el que se encuentra y al nuevo rol en que se enfrenta como madre. El embarazo es un estresor fisiológico que predispone a sufrir de depresión y ansiedad hasta en un 40% en la población más aun en la que se encuentra en alto riesgo debido a su condición de salud, aumentando en un 17%.

Esta población se enfrenta a tres factores: gestación, gestación de riesgo y hospitalización, por lo tanto, se debe brindar una atención integral y humanizada preparándola, brindando herramientas para mejorar el proceso adaptativo.

5.5 Terapia Ocupacional en intervención temprana con madres gestantes

El actuar del Terapeuta Ocupacional es amplio dentro del campo de la salud, uno de ellos se centra en la promoción y prevención de la salud en distintas entidades de salud tanto privadas como públicas. Según la carta (Ottawa, 1986) *“la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporciona información, educación sanitaria y perfecciona las aptitudes indispensables para la vida”*, En Terapia Ocupacional, desde la filosofía de la Atención Primaria de la Salud se aporta desde “la elaboración de guías de divulgación, actividades preventivas de educación para la salud, talleres orientados a los cuidadores principales” (Polonio, 2008). En prevención primaria en ámbitos comunitarios y de salud pública, específicamente con la población gestante y

materna infantil cumple un papel importante para garantizar la salud y calidad de vida durante este ciclo vital.

Sin embargo, la literatura revisada refleja poca información sobre el actuar del Terapeuta con la población gestante de alto riesgo, antecedentes a nivel latinoamericano como en Chile, Argentina y Brasil evidencian la intervención prenatal destinadas a la sensibilización sobre los primeros cuidados y estimulación del recién nacido. En Brasil, el rol del Terapeuta Ocupacional aparece en las intervenciones con la población gestante dentro de la política de humanización, donde es uno de los países pioneros en este tipo de atención integral encargada de proponer y adecuar los servicios al medio ambiente ya la cultura local, respetando la privacidad y promoviendo un ambiente acogedor y comfortable (BRASIL, 2010). Chavarri y Galleguillos evaluaron el componente volitivo de las madres mientras sus hijos se encontraban hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, evidenciando un compromiso para alcanzar el nivel de logro dentro del continuo volicional, afirmando que el suceso de hospitalización influyen sobre el componente volitivo de la madre mientras se encuentra en los procesos de la espera, como plan de intervención pueden establecerse actividades dirigidas por Terapia Ocupacional para mejorar el componente volitivo y el desempeño de la maternidad (Abdala, 2014)..

5.6 Estimulación Prenatal

Aristóteles en el 350 a. de C, hablaba de receptividad prenatal a factores externos. En el 400 a de C, Platón afirmaba que la vibración es el principio cósmico primario. En el 450 a. C, en la cultura china se incluía la música como parte de la salud, reconociendo sus efectos emocionales y estimulantes en la maternidad. Posteriormente, en el año 500 a. de C.

Confucio sugirió que el ambiente fetal puede determinar el comportamiento.

Posteriormente, en 1690, el filósofo británico John Locke, escribe su Ensayo sobre el entendimiento humano, con la presunción de que el feto es capaz de pensar. Se observa como este concepto de estimulación prenatal inició sus orígenes desde el periodo Aristocrático. Posteriormente en 1890, en china se hablaba de técnicas de estimulación in útero. Albrecht Peiper, (1924) pediatra de la Universidad de Leipzig, en, tras estimular auditivamente al feto con el sonido de una bocina de automóvil, observó una respuesta prenatal de distensión tras la finalización de dicho estímulo externo.

Carl G (Jung 1946, p. 77) fue el primer psicólogo que inicio discusiones sobre las “experiencias embrionarias” donde a través de observaciones científicas, encontró que el feto percibe informaciones a través de todos sus sentidos, reacciona ante ellas y las memoriza. Estas percepciones estimulan y afinan el desarrollo de sus órganos sensoriales y del cerebro.

En 1950, los psicólogos David Escanda y Donald Hebb (1949) de la Universidad de McGill, Montreal, tras la ejecución de pruebas de audición en el segundo trimestre de gestación, observó una reacción fetal multisensorial del ambiente materno, postulando que el enriquecimiento temprano produce cambios fisiológicos en el cerebro, promoviendo habilidades de razonamiento. Posteriormente en 1960, la neuroanatomísta Marian Diamond de la Universidad de California, Berkeley, durante tres décadas de investigación, mostró cómo ambientes estimulantes maternos alteraban la fisiología del cerebro de las crías de rata y mejoraban sus habilidades de aprendizaje. (López, 2015)

Posteriormente el Dr. Thomas R. Verny, fundador de la Pre y Perinatal Psicología Association of North América y estudioso del desarrollo del psiquismo fetal publica “La vida secreta del Niño por Nacer”. Afirma que él bebe experimenta en el útero materno y después, tras el nacimiento, deja una huella indeleble no solo en su cerebro, sino también en el sistema inmunitario y en todo su organismo. Todas sus experiencias, desde el momento del parto repercuten en la salud y personalidad del bebe (Verny, 2003).

En 1982 el Dr. Brent Logan da inicio a la investigación teórica integral, la primera tecnología de la educación prenatal. El Dr. Brent Logan ha sido un gran estudioso sobre el enriquecimiento fetal, en el Instituto Prenatal en Seattle fue pionero en la investigación del aprendizaje temprano.

Es así como el obstetra californiano Rene Van de Carr, en 1984, tras observar capacidad de respuesta fetal al tacto abdominal, desarrolla una metodología de estimulaciones táctiles y auditivas. Realiza un manual donde explica las etapas del crecimiento físico y mental del bebé, concentrándose en ejercicios interactivos que resultan en el nacimiento fácil, de un niño tranquilo e inteligente por lo que ha creado vínculos fuertes con sus padres. (p. 14)

Posteriormente en 1986, el Dr. Brent Logan presenta la teoría prelearning en los congresos profesionales, además realiza estudios experimentales in útero para verificar su afirmación, publicando artículos relacionados en revistas académicas. Igualmente, Rene Van de Carr publica la primera evidencia clínica sobre los efectos de la estimulación prenatal.

Durante el 2015 y 2016 se realizó una investigación de estimulación prenatal para madres gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico ARO, en una institución pública de la ciudad de Santiago de Cali, Colombia; llamado “Experiencias y conocimientos de madres gestantes en alto riesgo” (Rubio; Perdomo, 2016), se conto con la participación de 30 madres gestantes, realizaron talleres de enseñanza y técnicas de estimulación prenatal, analizando las experiencias de las madres acerca de los conocimientos previos de la estimulación prenatal basado en estímulos auditivos, vestibulares, propioceptivos y táctiles, de igual forma reconociendo los hitos del desarrollo. Evidenciando resultados significativos y gratificantes en cuanto a los beneficios y la práctica de estimulación prenatal.

Podemos decir que numerosos estudios afirman los beneficios de la estimulación prenatal por lo que el desarrollo de los sentidos del bebé, evidencia la capacidad para obtener información de su entorno intra y extra uterino y permitirle, a través de su sistema nervioso y muscular, aprender y responder a variados estímulos.

Cabe señalar, que la estimulación prenatal debe brindarse guiado por el desarrollo fetal, teniendo en cuenta que a partir de la semana 27 la entrada auditiva externa comienza a reorganizar la corteza auditiva, comprobando que la estimulación prenatal facilita el aprendizaje después de nacidos.(Partanen, Kujala, Tervaniemi, & Huotilainen, 2013, p. 1). El ambiente acústico en el útero comienza a dar forma al sistema auditivo mucho más temprano que los sistemas sensoriales que no están expuestos a la entrada hasta después del nacimiento, como la visión por lo que los fetos de veinticinco semanas de edad están

equipados para recibir las experiencias sensoriales que enriquecerán su cerebro (Tichko, Lahav, & Hannon, 2013).

Más adelante investigaciones realizadas con música de Mozart en el periodo prenatal, Reyes Gómez (2006, p. 3).refirieren “Los fetos a través de su madre al oír música de Mozart en el útero, la volvían a escuchar en la sala de partos sentían mayor tranquilidad y menor agresividad”. Mozart fue un genio y lo más bello de su música es la impresión tan significativa que tiene en el desarrollo cognoscitivo, social y afectivo de quienes escuchan los maravillosos sonidos y ritmos de su música desde que están en el útero materno.

Consecutivamente, al quinto mes, se da el desarrollo del gusto y el olfato, la habilidad para percibir a través de la piel se acrecienta, también desarrolla coordinación y fuerza. A los seis meses los órganos y centros ya se especializan por lo que el feto percibe las informaciones a través de todos sus sentidos, y así sucesivamente completa su desarrollo hasta completar las cuarenta semanas, para enfrentar el mundo externo que lo espera. A partir de la semana veinticuatro el niño intrauterino oye en todo momento, escucha los retumbos estomacales de su madre, y además los sonidos amortiguados del exterior como la voz de su madre y padre, pero el sonido que domina su mundo es el ritmo del corazón de su madre (Verny, 2009).

A finales del cuarto mes el feto ha desarrolla la audición, distingue sonidos fuertes. El ser intrauterino aprende a relacionarse con el significado de los estímulos sólo si son presentados en una manera organizada, de otra forma probablemente los olvide o los ignore. Por ello se presenta al ser intrauterino estos estímulos en un contexto coherente y

repetitivo. Es sabio que cuando las experiencias ocurren en un patrón determinado y consistente, pueden ser mejor organizadas en el cerebro, y usadas luego en circunstancias similares mediante la asociación (Guijarro, Martínez-lorca, & González, 2016).

5.7 Proceso de enseñanza- aprendizaje

Las personas aprenden de distintas formas, para ello se han realizado diferentes ajustes de enseñanza a fin de que los procesos de comprensión sean mejores. Conciben e interactúan con el mundo según su ambiente (Sims, 1995). Actualmente, la brecha entre el que enseña al aprendiz ha disminuido, existe diferentes formas para brindar un nuevo conocimiento al otro siendo adaptada para producir estilos de enseñanza que lleguen al otro y lo motiven al aprender.

La participación del aprendiz es fundamental para que el proceso de enseñanza- aprendizaje sea efectivo y significativo (Milagros, 2007). El contexto cumple una característica fundamental para este proceso, también, depende de las características físicas, sociales y culturales.

Los medios de intervención en escala de Terapia Ocupacional son la actividad terapéutica, relación terapéutica, ambiente terapéutico y proceso de enseñanza aprendizaje. Este último hace referencia al conjunto de acciones y estrategias dirigidas por la gestión facilitadora y orientadora del Terapeuta hacia el individuo aprendiz (Gómez, 1997).

La estimulación prenatal, tema poco enseñado en la población gestante de alto riesgo, reflejan la poca práctica de ello, estudios previos sustentan que la mayoría de estas no practican ni conocen sobre la estimulación prenatal (Boch, 2013) por lo que es necesario

empoderar a esta población para la adquisición de prácticas guiadas durante la etapa gestacional a través de las estrategias dirigidas por el Terapeuta.

5.8 Modelo de la Ocupación Humana MOHO.

Desarrollado por el autor Gary Kielhofner interpreta a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, resaltando el “Comportamiento Ocupacional” como un proceso organizador, donde destaca que el ser humano es conceptualizado por tres componentes interrelacionados: volición, habituación, y capacidad de desempeño; interrelacionados entre sí. Se puede decir que la ocupación humana es definida como el hacer en el trabajo, el juego o actividades de la vida diaria, dentro de un contexto temporal, físico, y sociocultural que caracteriza a gran parte de la vida humana.

Este modelo, comprende las personas motivadas hacia la ocupación, es decir la (volición), adoptando patrones (habituación) y es realización de actividades (capacidad de desempeño). La habituación se define como una disposición internalizada para mostrar patrones consistentes de comportamiento guiados por los hábitos y roles, permite comprender por qué las personas repiten patrones familiares de comportamiento, es así como la habituación depende de un circuito de tendencias apreciativas organizadas, por lo que puede decirse que esta es la responsable de la rutina diaria de comportamiento y de la forma habitual de hacer las cosas.

La capacidad de desempeño se compone de habilidades que son utilizadas en la elaboración de un comportamiento con propósito y cumple con la organización de los constituyentes físicos y mentales. Se define como la capacidad de hacer cosas que

proviene del estado de los componentes físico y mental objetivos y la experiencia subjetiva correspondiente, se compone de las habilidades de desempeño, las cuales son habilidades motoras, habilidades de procesamiento y habilidades de comunicación.

Se puede decir que desde el MOHO el subsistema volitivo es quien selecciona, el subsistema habituacional, organiza, y la capacidad de desempeño habilita; estas tres para dar pie al comportamiento ocupacional.

5.9 Subsistema volitivo

El subsistema volitivo es uno de los tres componentes que conceptualizan al ser humano, desde el Modelo de la Ocupación humana MOHO, Kielhofner con la jerarquización de los sistemas, da a la volición, el valor más importante en el comportamiento humano.

La volición corresponde con lo que la persona considera importante (valores), percibe como capacidad y efectividad personal (causalidad personal), y encuentra placentero (intereses). La causalidad personal, los valores, e intereses de una persona están interrelacionados y juntos forman el contenido de sus pensamientos, sentimientos y decisiones sobre la participación ocupacional. Estas tres áreas definen cuán efectiva una persona se siente para actuar en el mundo, lo que considera importante y lo que encuentra placentero y satisfactorio. Los tres elementos de la volición caracterizan los pensamientos y sentimientos sobre el hacer de manera continua e inseparable (Kielhofner, 2006, p. 65).

El patrón de pensamientos y sentimientos volitivos incluyen: la causalidad personal, los valores e intereses. Definidas como: La causalidad personal es el sentido de

competencia y eficacia de una persona, ejerciendo una influencia importante sobre los motivos del comportamiento y consta de dos dimensiones, la primera es el sentido de capacidad personal, es decir es el auto evaluación de las propias habilidades físicas, intelectuales y sociales (Harter, 1984), por lo que puede denominarse la convicción personal que tiene cada persona, creando expectativas de éxito o fracaso, la segunda capacidad personal es influida por la cultura, y a medida que transcurre el tiempo, cada persona adquiere nuevas experiencias creando percepciones en las habilidades y capacidades que se han logrado. La segunda dimensión, eficacia personal, son los pensamientos y sentimientos que una persona tiene de ser eficaz en el uso de sus habilidades para lograr resultados deseados (Rotter, 1960). Por lo que es importante controlar y utilizar esa capacidad hacia los resultados deseados, e incluye la percepción del autocontrol y ser capaz de lograr lo que se desea (Kielhofner, 2006).

Con la causalidad personal puede expresarse en acciones; ejemplo de ello es una persona que se siente capaz y eficaz en una actividad buscará más desafíos, así como resolver los problemas que surjan, en cambio, una persona que no se sienta capaz ni eficaz, tenderá a evitar la actividad, o colocará muy poco empeño en hacer cosas, o asumirá una manera pasiva o dependiente de actuar al hacer cosas. Por lo tanto, aunque la causalidad personal son sentimientos y creencias internas, influencia el comportamiento exterior y de esta manera es observable.

Por otra parte, los valores son un conjunto coherente de convicciones internas que definen lo importante y significativo de hacer (Kielhofner, 2006). Por lo que implican un compromiso para actuar de manera socialmente aceptada que permiten experimentar un

sentido de pertenencia a un grupo. Es por ello que determinan el sentido e importancia de las ocupaciones que se realiza y determinan el grado de satisfacción que se deriva desempeñarlas (Cuevas; Ortega 2007). Por lo tanto, definen lo que vale la pena hacer, cómo debiera desempeñarse y las metas y aspiraciones que merecen dedicación. Cosas básicas como seguridad, ser reconocido por otros, sentimientos positivos sobre uno mismo y tener algún grado de control sobre las propias circunstancias, estos valores influyen con la cultura, por tanto transmiten lo que es bueno e importante, por ejemplo, cuando una actividad no tiene relación con ninguna de las cosas que son valiosas para la persona, la actividad carece de significado, por consiguiente, el grado de significado que una actividad tiene para una persona se ve reflejado en la manera en que la persona la aborda.

A su vez los intereses son disposiciones a encontrar ocupaciones placenteras. Los intereses representan la imagen o conocimiento del gozo y se ponen mayormente en manifiesto en aquellos aspectos en los que las elecciones se producen de manera más libre. Los intereses son aquellas cosas que encuentra placentero o satisfactorio hacer, son generados a través de la experiencia de placer y satisfacción en el comportamiento ocupacional, también reflejan disposiciones naturales (por ejemplo, la tendencia a disfrutar más de actividades físicas o intelectuales) como gustos y aversiones adquiridos. La experiencia y la apreciación de disfrutar de una actividad crean una disposición o anticipación de placer futuro. Los intereses son en general fáciles de observar porque evocan señales positivas de anticipación y placer (por ejemplo, sonreír, aplaudir, acción energética, o enfrascamiento. Por otra parte, el ambiente es conceptualizado como conformado por espacios, objetos, ambiente social y formas ocupacionales.

5.10 El Continuo Volicional.

El continuo de menos volición a más volición se representa en tres etapas, exploración, competencia, y logro. Exploración es el nivel más bajo o básico de motivación, mientras que logro es el más alto, avanzar a lo largo del continuo desde exploración a logro implica alcanzar un creciente sentido de capacidad y eficacia, una mayor atracción y satisfacción en el hacer, y un creciente potencial de otorgar y realizar valores en lo que uno hace.

Los niveles de volición permiten informar en qué lugar del continuo se encuentra la persona, estos están compuestos por:

- ✓ La exploración: aduce el nivel de motivación en el que las personas despliegan un deseo básico de interactuar con el ambiente y pueden experimentar placer al hacerlo. Se manifiesta en curiosidad e interés por el ambiente, en encontrar que algunas cosas son interesantes y significativas de hacer y en la iniciación de acciones en el entorno inmediato.
- ✓ La competencia describe el nivel de motivación en que las personas continúan desarrollando el sentido de eficacia y placer por hacer cosas generadas durante la etapa de exploración. Se caracteriza por un impulso de involucrarse activamente e influir sobre el ambiente. Esta etapa refleja un creciente sentido de control personal y la voluntad de esforzarse por ser efectivo.
- ✓ El logro se refiere al nivel de motivación en que las personas intentan dominar nuevas habilidades y/o formas ocupacionales y exhiben un desempeño consistente en respuesta a las demandas del ambiente. Incorpora el sentido de capacidad y de

eficacia, el sentido de placer en la acción, y los significados adquiridos o realizados en las etapas anteriores.

Es así, como los tres niveles describen a grandes rasgos tanto el continuo de menos a más, por lo que se ve reflejada la Volición como la trayectoria del desarrollo volicional. Cada persona exhibe características volitivas únicas y avanza por las etapas a su propio ritmo y modo, algunos elementos de las etapas se superponen y entrecruzan, de modo tal que el continuo volicional permite entender el nivel volicional de la persona y así evaluar cambios en esta.

5.11 Cuestionario volitivo (Volitional Questionnaire / VQ)

El cuestionario volicional V/Q, es un instrumento creado en 1998 por Carmen Gloria de las Heras, Rebeca Giest y Gary Kielhofner. Indica el grado en que la persona muestra fácilmente comportamientos volitivos frente a la cantidad de apoyo, animo o estructura que necesita para lograr una acción volitivamente relevante. (Kielhofner, 2011). La escala del V/Q está compuesta por 14 ítems que describen los comportamientos que reflejan los valores, intereses y causalidad personal (de lo que se compone la volición), cada indicador está ordenado en una secuencia de menor a mayor volición, según el continuo volicional, que va desde exploración-competencia-logro, y es puntuado mediante una escala de: pasivo, dudoso, involucrado y espontaneo, (De las Heras et al, 1998).

Los 14 indicadores que describen el continuo volicional, ordenados de menor a mayor volición, son: muestra curiosidad, inicia acciones/tareas, intenta cosas nuevas, muestra preferencias, muestra que una actividad es especial/significativa, indica objetivos, permanece involucrado, muestra orgullo, trata de resolver problemas, trata de corregir

errores, realiza una actividad hasta completarla/lograrla, invierte energía/emoción/atención adicional, busca responsabilidad adicional y busca desafíos.

Se puede decir que es una evaluación observacional que examina la motivación de las personas tal como se la representa en el concepto de volición (Kielhofner, 2002). Al capturar sistemáticamente la manera en que una persona reacciona y actúa en su ambiente.

El VQ provee:

- Una perspectiva sobre los motivos internos de las personas
- Información sobre la manera en que el ambiente promueve o inhibe la motivación de las personas.

El VQ puede ser usado por terapeutas ocupacionales u otros profesionales interesados en conocer sobre la motivación de una persona. Este evalúa la volición a través de la observación, lo cual hace de él una herramienta muy efectiva para evaluar la volición de los clientes independientemente de sus habilidades verbales o cognitivas. La evaluación se compone de una Escala de Puntaje consistente de catorce indicadores de comportamiento y de un Registro de Características Ambientales. Ambos se completan luego de haber observado al cliente en cualquier contexto ocupacional, incluyendo eventos espontáneos o no planificados.

El tiempo necesario para completar la escala de puntaje es muy variable. No hay un límite de tiempo requerido para cada observación. En general, las observaciones duran entre 5 y 30 minutos.

6. Marco Contextual

6.1 Centro Médico Imbanaco

Es una institución de salud privada. Orientada a ofrecer servicios en salud para la población del sur occidente colombiano. Con una edificación de 82.000 metros cuadrados, con tecnología sismo-indiferente. Con 351 camas, distribuidas entre hospitalización, unidades de cuidados intensivos (Recién nacidos, pediatría, adultos, coronarios y alto riesgo obstétrico) y trasplante.

Cuenta con la certificación integral de la norma ISO 9001: (2008) para Calidad, ISO 14001:2004 para Sistema de Gestión Ambiental y OSHAS 18001:(2007) para el Sistema de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional; la acreditación internacional para el Laboratorio Clínico otorgada por el CAP (Colegio Americano de Patólogos); en el recibió el Premio Salud Colombia, categoría Plata y en el mismo año el ICONTEC le concedió el certificado de Acreditación en Salud, constituyéndose en la octava institución en Colombia en recibirla y la primera del Suroccidente Colombiano (2006). En 2007 recibió el Premio Colombiano a la Calidad de la Gestión; en el Centro Médico Imbanaco recibe el Premio Orden al Mérito ACRIP Medalla Gran Caballero y el certificado de Acreditación Internacional en Salud otorgado por la Sociedad Internacional para la Calidad ISQUA (2009); en el 2010 el Primer Galardón Nacional Hospital Seguro y La Medalla al Mérito Esmeralda en Seguridad y Salud Ocupacional por parte del Consejo Colombiano de Seguridad, reconocimientos que permiten reafirmar su compromiso para cuidar y preservar la Vida.

Catalogada en tercer nivel de atención, acreditada por la Joint Commission International (JCI), con el cuarto Galardón Nacional Hospital Seguro (2016), ocupa el puesto 11 de América Latina Ranking de Hospitales y Clínicas (2017).

6.1.1 Unidad de Cuidado especial Obstétrico CEO

Unidad especializada para el manejo de las patologías femeninas ginecológicas y obstétricas, con un servicio de urgencias gineco obstétrica, diagnóstico y monitorización materno-fetal, medicina reproductiva y el servicio de cuidado especial obstétrico, dispone de un el equipo multidisciplinario compuesto por médicos, enfermeras, personal administrativo y apoyado por el equipo de especialistas en ginecología obstétrica. El equipo humano es altamente calificado, con amplia trayectoria académica y científica. La atención es humanizada, con respuesta inmediata, apoyo tecnológico durante las 24 horas del día.

6.1.1.1 Población de CEO

Gestantes y madres puerperias, oscilan desde los 18 años hasta los 55 años, mujeres provenientes de todo el país, en especial el sur occidente colombiano. La gran mayoría son gestantes de estrato socio económico 4, 5, 6.

Cada gestante dispone de su habitación, no tiene establecido orden de habituación para las actividades de la vida diaria. Dentro de la instancia hospitalaria, participa en actividades direccionadas por parte del personal de recreación o Psicología solo con remisión, pero no, con actividades dirigidas por Terapia Ocupacional.

7. Metodología

7.1 Diseño de la Investigación

Observacional, transversal y descriptivo. Según Sampieri se caracteriza observacional porque este tipo de estudios son concretos al tener un carácter estadístico y demográfico, donde el investigador se limita a la medición de las variables, más no interviene en ellas. Transversal dado que al recoger la información lo realiza en un momento específico de tiempo, con el fin de medir las variables en una población ya definida. (Sampieri, 2014) de carácter descriptivo, pues se define como un “tipo de investigación, concluyente que tiene como objetivo principal la descripción de algo, generalmente las características del problema.” (Malhotra, 2007). Con esto se puede decir, que el estudio describió el comportamiento volicional de las gestantes de alto riesgo frente a la estimulación prenatal, en un momento dado mientras se encontraron hospitalizadas en la unidad CEO.

7.2 Técnicas y Plan de análisis

Los datos obtenidos a través del cuestionario Volitivo V/Q y la ficha sociodemográfica fueron sistematizados y analizados de manera cuantitativa, se expresaron en tablas y gráficos, con el fin de organizar, secuenciar y tabular, permitiendo sistematizar la información recolectada. Una vez sistematizada la información se procedió a realizar el análisis de todos los datos, se expresaron en medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias absolutas y relativas.

Para la puntuación, se realizó una sumatoria de cada etapa según el V/Q, se ejecutó la transformación a una escala de 0 a 100, utilizando la siguiente fórmula:

Transformación= (Puntuación total de la dimensión- Valor mínimo/ (Valor Máximo- Mínimo))*100.

7.3 Población, Muestra y criterios de inclusión y exclusión.

Gestantes hospitalizadas en la unidad de Cuidado Especial Obstétrico (CEO) entre los meses de febrero y julio del 2018. No se obtuvo muestra específica debido a que se trabajó con toda la población del universo, durante la ventana observacional. El universo estuvo constituido por 40 gestantes hospitalizadas.

Los criterios de inclusión considerados para el estudio fueron los siguientes:

- Mujeres gestantes mayores a 18 años de edad.
- Tener una gestación mayor a 11 semanas.
- Aceptación al ingreso del estudio previa firma de consentimiento informado.

7.4 Criterios de exclusión

- Gestantes que por la condición de salud o el diagnóstico el médico no autorice la participación de la misma.
- Gestantes con diagnóstico mental o alteración cognitiva.

7.5 Medidas de riesgos y medidas preventivas

La siguiente tabla menciona los posibles riesgos que están expuestas las gestantes al encontrarse en el periodo de hospitalización durante la ejecución de la investigación, teniendo en cuenta que esta población se cataloga como alto riesgo por encontrarse una

amenaza que atenta sobre la salud y bienestar de la madre como del futuro bebe por nacer.(ISO 45001, 2018).

Riesgo	Descripción	Medida preventiva.
Riesgo psicológico Clasificación: BAJA	Población vulnerable de alto riesgo obstétrico, también existió la probabilidad de presentar algún síntoma o cuadro de orden psicológico debido a la condición de salud.	Para ello se realizó la actividad de estimulación prenatal, lo cual propicia beneficios para ella y él bebe.
Riesgo físico, posición sedente prolongado (cansancio, fatiga) Clasificación: BAJA		Ser flexible y permitir que la madre se encontrara en posición supina.
Riesgo físico: riesgo de caída. Clasificación: BAJA		No se realizaron movilizaciones por lo que la madre no ejecutó traslados de un lugar a otro.

7.6 Fases de la Investigación

Fase 0: formulación del proyecto y búsqueda bibliográfica.

Planteamiento de objetivo, búsqueda de información según las bases de datos, con relación a la volición y la estimulación prenatal en madres de alto riesgo obstétrico.

Fase 1: estructuración del proyecto.

Con base en la información recolectada se procedió a estructurar el proyecto considerando: los objetivos, el marco teórico, la metodología, cronograma y presupuesto necesario para la realización del mismo.

Fase 2: aprobación por el Comité de Ética.

El proyecto fue sometido a evaluación por los Comités de Ética, tanto Universidad del Valle Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), y el Instituto de Investigaciones del centro médico de salud donde se realizó la investigación. Con el Aval de las dos entidades, se procedió a ejecutar el proyecto.

Antes de iniciar la recolección de información el estudiante a cargo de la investigación y la tutora se socializó y negoció las condiciones de ejecución del proyecto para tal fin, realizaron previas reuniones con el director de la unidad CEO, el director de investigaciones de la institución.

Fase 3: Recolección de información.

La recolección de información se realizó a través de la diligencia de la ficha de datos socio demográfico, la toma de nota del cuestionario volitivo V/Q.

Caracterización sociodemográfica de la gestante: esta información se recogió a través de la aplicación de la ficha sociodemográfica, la información fue proporcionada por la gestante y el personal médico de sala de turno. La guía para la recopilación de la información contenía los datos de identificación, datos clínicos (diagnostico medico, semanas de embarazo, antecedentes reproductivos, contraindicaciones medicas), además una pequeña solicitud de información sobre los conocimientos y practicas previas de estimulación prenatal antes de haber ingresado al estudio. (Ver Anexo 2).

El cuestionario volitivo V/Q, fue aplicado de acuerdo al Manual del Usuario del Cuestionario Volicional (VQ) Versión 4.1. La validez y confiabilidad de este cuestionario permite definir una construcción unidimensional de la volición (Ågren & Kjellberg, 2008,

p. 2). Para la aplicación del instrumento, se contó con la capacitación de un especialista en la diligencia del instrumento. Este cuestionario constituido por 14 ítems permite observar las etapas del continuo de menor a mayor volición, el primer nivel se designa exploración con 5 ítems, el segundo corresponde a la competencia con los siguientes 5 ítems, la tercera y última etapa se denomina logro con los 4 ítems restantes. Este cuestionario se denomina en 4 puntajes: espontaneo, involucrado, dudoso y pasivo. (Ver anexo 3)

La aplicación del V/Q se realizó a través de la actividad de enseñanza de estimulación prenatal, fue dirigida por el estudiante y la docente asesora, con el acompañamiento del grupo de humanización (estudiantes practicantes de recreación y/o psicología), la actividad fue individual en la habitación de la gestante, con una duración de 15- 20 minutos aproximadamente, en este espacio la gestante firma el consentimiento informado, en donde manifiesta participar voluntariamente.

Se inicia con preguntas acerca de los conocimientos previos de la estimulación prenatal, se prosigue con el contenido del cuestionario para lo cual se utilizaron consignas verbales, se enseña las acciones a realizar sobre la estimulación sensorial. El sistema sensorial más desarrollado es el auditivo, por lo que se recomienda la escucha de música clásica con melodías de tipo Mozart, dado que estos transmiten sentimientos de tranquilidad y amor brindan bienestar físico y emocional tanto a la madre como el bebe por nacer, se hace énfasis sobre la comunicación constante que se debe tener con el bebe, o la lectura de cuentos infantiles. Para las experiencias a nivel visual y gustativo se enseña a la madre que puede dejar descubierto su abdomen para que entre la luz natural, la forma de brindar experiencias gustativas es exponer a la madre a degustar distintas texturas con la

comida comunicándose siempre al bebé. Dependiendo del estado de la madre y las indicaciones y contraindicación acerca del movimiento se explica la forma como la gestante puede balancearse suavemente y las modificaciones que puede realizar de acuerdo a su condición particular. Se indicaron acciones para la estimulación táctil dando ejemplos de técnicas como dar toques cortos con la punta de los dedos sobre el abdomen, acariciando el abdomen con la palma de la mano, asimismo, se recomienda dejar caer el agua sobre el abdomen cuando la madre este realizando la actividad de baño, se resalta la importancia de utilizar distintas texturas sobre el vientre como: esponja húmeda, fomi tipo toalla y algodón para brindar sensaciones táctiles. Adicionalmente se enseñaron acciones de higiene postural para la ejecución de las actividades de la vida diaria.

Fase 4: Interpretación de los resultados.

Para la información recolectada se realizó una tabulación manual que se almacenaron en el programa Microsoft Excel®, donde se introdujeron los datos sociodemográficas y los datos resultantes del cuestionario volitivo V/Q que se obtuvieron de la actividad de enseñanza de estimulación prenatal, con dicha información se genero el informe.

Fase 5: Presentación del trabajo.

Se realizo la presentación del proyecto de investigación ante el Comité del Programa Académico de Terapia Ocupacional de la Universidad del Valle, se eligió los evaluadores que realizarán la revisión y calificación de dicho proyecto.

7.7. Operacionalización de las variables

La siguiente tabla hace mención de las variables que se tuvieron en cuenta durante el estudio, por ende, fueron los datos estudiados. Los ítems descritos fueron tomados del manual cuestionario volicional V/Q (Forsyth, Salamy, Simon, Kielhofner, & de las Heras, 1998), que se encuentra disponible en la página web de MOHO www.moho.uic.edu.

Categorización o dimensiones	Variables.	Definición operacional	Valores de medición	Nivel de medición
Cuestionario volicional V/Q	Muestra curiosidad	Este indicador evaluó si la persona explora objetos, eventos, tareas y gente en el ambiente. Se demuestra tanto al orientar el cuerpo hacia o mirar, tocar y manipular objetos, como al hacer preguntas sobre los objetos, personas y tareas que el ambiente ofrece; al mirar o caminar por el ambiente para investigarlo; al mirar alrededor, y al observar o cambiar el foco de atención de un objeto a otro nuevo.	Espontáneo. Involucrado. Dudoso. Pasivo.	Ordinal.
	Inicia acciones/tareas	Este indicador evalúa si la persona comienza una acción orientada hacia un propósito específico o personalmente significativo. Describe tanto las acciones de iniciar una tarea concreta como iniciar el paso o acción siguiente para completarla. Acciones En este contexto significa cualquier movimiento, ademán, gesto o procedimiento que inicia o contribuye a la realización de una tarea. Tareas En este contexto es cualquier forma ocupacional, es decir, las cosas discretas, reconocibles y orientadas hacia un propósito que la gente hace regularmente en su vida.	Espontáneo. Involucrado. Dudoso. Pasivo.	Ordinal.
Cuestionario volicional V/Q	Intenta Cosas Nuevas	Cuando la persona participa en una forma ocupacional nueva o hace o incorpora algo nuevo (es decir, objetos, pasos, métodos, interacciones, etc.) en una forma ocupacional conocida	Espontáneo Involucrado Dudoso Pasivo	Ordinal.
	Muestra preferencias	si la persona elige o demuestra de algún modo una inclinación hacia ciertas acciones, actividades, y/o calidades de materiales y	Espontáneo Involucrado Dudoso	Ordinal.

		herramientas.	Pasivo	
	Muestra que una actividad es especial o significativa.	La persona muestra, mediante expresiones verbales o no verbales, placer, satisfacción, y un sentido de realización personal al hacer algo.	Espontáneo. Involucrado. Dudoso. Pasivo.	Ordinal.
	Indica objetivos.	Este indicador mide si una persona muestra, de manera verbal o no verbal o por algún otro medio, la intención de alcanzar un objetivo en el futuro inmediato.	Espontáneo. Involucrado. Dudoso. Pasivo.	Ordinal.
	Permanece involucrado.	Indicador que evalúa si la persona muestra una continua conexión emocional o afectiva con lo que hace.	Espontáneo. Involucrado. Dudoso. Pasivo.	Ordinal.
	Muestra orgullo.	Este indicador se demuestra cuando la persona muestra satisfacción con el resultado de sus esfuerzos y/o con la calidad de su desempeño o producto.	Espontáneo. Involucrado. Dudoso. Pasivo.	Ordinal.
	Trata de resolver problemas.	Indicador que evalúa si, al encontrar un obstáculo en una tarea que está realizando, la persona continúa involucrada e intenta resolver lo que salió mal o remover el obstáculo.	Espontáneo. Involucrado. Dudoso. Pasivo.	Ordinal.
	Trata de corregir errores	Este ítem evalúa si después de haber hecho un error o fracasar en el logro de un objetivo, la persona continúa involucrada en la tarea, trata de arreglar el error cometido, o si intenta hacer otra vez más algo en lo que ha fracasado.	Espontáneo. Involucrado. Dudoso. Pasivo.	Ordinal.
	Realiza una actividad hasta completarla/lograrla .	Este indicador evalúa si la persona intenta perseverar en una acción o forma ocupacional hasta su terminación, o si intenta mantener un nivel de desempeño aún a pesar de dificultades o de continuas demandas de esfuerzo.	Espontáneo. Involucrado. Dudoso. Pasivo.	Ordinal.
	Invierte energía/emoción/ atención Adicional.	Indicador que evalúa el grado de involucrarse física, social, emocional o intelectual que la persona muestra en lo que hace.	Espontáneo. Involucrado. Dudoso. Pasivo.	Ordinal.
	Busca responsabilidad adicional	Este indicador se demuestra cuando la persona busca o acepta de buena gana obligaciones o responsabilidades mayores en una situación o tarea existente.	Espontáneo. Involucrado. Dudoso. Pasivo.	Ordinal.
	Busca desafíos.	se demuestra cuando la persona busca o acepta de buena gana la oportunidad de hacer algo que demanda una mayor habilidad o esfuerzo que los requeridos anteriormente dentro de una situación o tarea existente.	Espontáneo. Involucrado. Dudoso. Pasivo.	Ordinal.
Características socio demográficas Definido como el conjunto de	Periodo de hospitalización Número de días hospitalizados.	Tiempo que ha transcurrido desde el inicio de internación en la unidad de Cuidado Especial Obstétrico CEO hasta la fecha de la evaluación.	1,2,3,4...n	Razón.
	Edad gestacional.	Periodo de tiempo que lleva de transcurrido el embarazo. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual	13,14,15,16..... 40	Razón.
	Edad cronológica	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la	18,19,20,21,22..	Razón

características biológicas y socio cultural, presente en una población objeto de estudio y que pueden a su vez ser medibles.	de la gestante	gestante hasta la fecha actual.	n	
	Nivel educativo de la madre	Estudios formativos que ha realizado la madre	Ninguna. Básica. Secundaria. Educación media. Nivel técnico profesional. Nivel tecnológico. Nivel profesional Nivel de Posgrado (especialización). Maestría. Doctorado.	Ordinal.
	Estrato socioeconómico	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, determinado de manera directa mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización. (DANE, 2018) 1, 2 y 3: Corresponden a estratos bajos que albergan a los usuarios con menores recursos, los cuales son beneficiarios de subsidios en los servicios públicos domiciliarios. 4: no es beneficiario de subsidios, ni debe pagar sobrecostos, paga exactamente el valor que la empresa defina como costo de prestación del servicio. 5 y 6: corresponden a estratos altos que albergan a los usuarios con mayores recursos económicos, los cuales deben pagar sobrecostos (contribución) sobre el valor de los servicios públicos domiciliarios.	1,2,3,4,5,6.	Ordinal.
	Características obstétricas.	Diagnóstico médico: identificación de la enfermedad, síntomas y el estado psicofísico de la persona; representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado.	Preclampsia. Alteraciones endocrinas. Ruptura temprana de membrana. Otras.	Nominal
	Antecedentes reproductivos	Nulípara: Que no ha dado a luz a ningún hijo. Aborto: interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria. Multípara: Que tiene más de un hijo de un solo parto.	Nulípara Abortos. Multípara.	Nominal
Contraindicaciones	Restricciones que presenta una persona con el	Si	Nominal.	

	médicas.	fin de cuidar la salud y minimizar el riesgo existente.	no	
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltera. Unión libre. Casada. Separada. Viuda.	Nominal.
	Conocimientos y prácticas de estimulación prenatal.	Evaluar si la madre realizaba o tenía algún conocimiento frente al tema.	Si no	Nominal.

7.8 Consideraciones éticas

Al realizar esta investigación, se asumió la responsabilidad y compromiso no solo con el grupo de investigación, sino con los sujetos de investigación, con uno mismo y con la sociedad. Por esta razón, se tuvieron en cuenta unas consideraciones éticas: basándose en el artículo 11, de la resolución 008430, se presentó como una investigación con riesgo mínimo, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las participantes. Se elaboró un Consentimiento Informado bajo la normatividad del Artículo 15 de la Resolución No. 8430 de 1993, del Ministerio de Protección Social. Adicional, se contó con el aval de las dos instituciones participantes.

Como profesional de la salud, el Terapeuta Ocupacional siempre se encuentra en pro del bienestar de la comunidad, mostrando interés en el bienestar de las personas a las que brinda su atención. Para asegurar el cumplimiento del Código La Comisión de Normas y Ética (SEC) establece y mantiene procedimientos sancionables. La Asociación de Terapia confía en la adhesión de sus miembros al Código Ético y a sus procedimientos de sanción. El Código Ético, Valores y Actitudes de la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA,

1993), y la Guía Código Ético de la Terapia Ocupacional (AOTA, 1998) son los documentos que deben ser usados todos como una guía por el personal de terapia ocupacional.

Regido por los siguientes principios que aseguran la calidad de atención de los pacientes: de beneficencia, (tomando las precauciones necesarias para evitar imponer o infligir daños al receptor de los servicios o su propiedad); de autonomía, privacidad y confidencialidad (respetará al receptor y/o sus creencias así como sus derechos); de justicia (se conformará con las leyes y las políticas de la Asociación que guían la profesión de terapia ocupacional); de Veracidad (proveerá información precisa sobre los servicios de terapia ocupacional); de Fidelidad (se tratará a sus colegas y a otros profesionales con honradez, discreción e integridad); de Integridad (realizando un trato integral respetando las diferencias de cada persona).

7.9 Impacto ambiental del proyecto

El investigador certifica que el presente proyecto de investigación, no generó ningún impacto negativo en el medio natural y la salud humana a corto, mediano y largo plazo. No se generaron desechos biológicos como tampoco se trabajó con radioactividad que llevan a alterar el ecosistema.

8. Resultados

A continuación, se describen los hallazgos encontrados durante la ejecución del proyecto investigativo.

8.1 Características sociodemográficas

En la siguiente tabla se muestran las características de la población estudiada, que se definieron a través de los datos en la ficha sociodemográfica (anexo 2).

Tabla 1 *Características socio demográficas de la población estudiada.*

Características	N=40
<i>Edad de la Madre</i>	
Media± SD	33.3 ± 6.2
Rango	19-46
<i>Edad Gestacional</i>	
Mediana (RIQ)	32 (28-35)
<i>Días de Hospitalización</i>	
Mediana (RIQ)	1 (1-3)
<i>Diagnóstico n (%)</i>	
Preclampsia	14 (35.0)
Hemorragia	4 (10.0)
Ruptura prematura de membrana	4 (10.0)
Amenaza de Aborto	2 (5.0)
Diabetes Gestacional	2 (5.0)
Hipertensión	1 (2.5)
Otros trastornos hipertensivos	1 (2.5)
Otras	12 (30.0)
<i>Antecedentes reproductivos</i>	
Aborto	3 (7.5)
Múltipara	11 (27.5)
Nulípara	36 (65.0)
<i>Contraindicación para la actividad, n (%)</i>	
Si	11 (27.5)
No	29 (72.5)
<i>Nivel Educativo</i>	
Bachillerato	3 (7.5)
Técnico	2 (5.0)

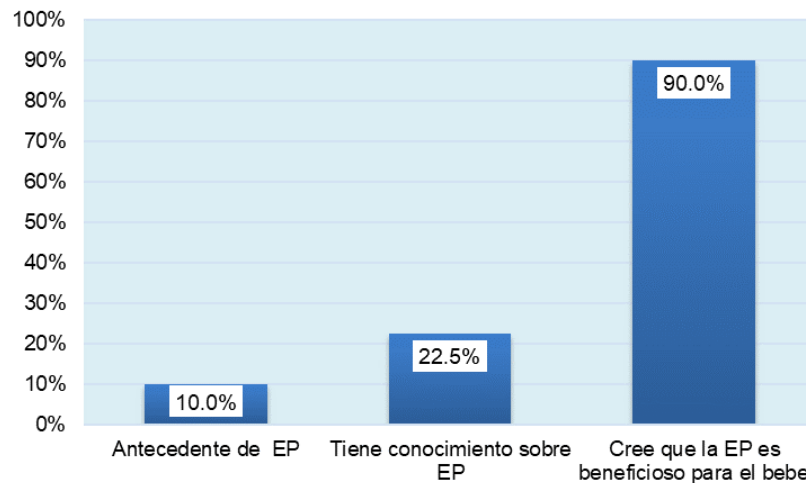
Profesional	24 (60.0)
Postgrado	11 (27.5)
<i>Estrato socioeconómico</i>	
2	1 (2.5)
3	9 (22.5)
4	16 (40.0)
5	13 (32.5)
6	1 (2.5)
<i>Estado Civil n (%)</i>	
Casada	22 (55.0)
Soltera	1 (2.5)
Unión Libre	17 (42.5)
<i>Ocupación n (%)</i>	
empleada	33 (82.5)
ama de casa	3 (7.5)
estudiante	1 (2,5)
trabajadora independiente	3 (7.5)

Se obtuvo información de 40 gestantes (tasa de respuesta del 100%) de acuerdo con las respuestas dadas por las madres, este estudio encontró con relación a la edad, el valor más equilibrado fue de 33,3 años. La población se concentró en un rango de edades entre los 19 y 46 años de edad. La mitad de la población en cuanto a su edad gestacional fue de 32 semanas, el 25% se encontraba con 28 semanas de gestación. El 65% de las mujeres era su primer embarazo. La mediana para los días de hospitalización fue de un día; el 40% pertenecían a estrato 4. Respecto al nivel educativo, 60% de las gestantes hospitalizadas son profesionales. La mayoría de la población con un 55 % se encontraba casada. En cuanto a las patologías presentadas, en este estudio se evidencio que las más frecuentes fueron la Preclampsia con 35% y 30% para otras patologías (infecciones del tracto urinario, amenaza pre término). Con respecto a las contraindicaciones médicas el 72,5% no tenían ninguna restricción de movimiento que le impedía participar de la actividad educativa de

estimulación prenatal. La ocupación antes de ingresar al periodo hospitalario, se componía de ser mujeres empleadas con un 82,5%.

8.2 Características y conocimientos previos frente a la estimulación prenatal

Las siguientes graficas muestran los resultados de las prácticas y conocimientos previos de las gestantes frente a la estimulación prenatal antes de recibir la actividad educativa.



La grafica data los resultados correspondientes sobre las prácticas de estimulación prenatal que tienen las gestantes antes de realizar la actividad. El 90% no realiza ninguna práctica de estimulación durante el embarazo.

Los conocimientos previos que tienen las gestantes frente a la estimulación prenatal, el 77,5% desconoce de las actividades sensoriales que estimulan al bebe antes de nacer.

De acuerdo a la opinión de las gestantes, el 90% cree que la estimulación prenatal ofrece beneficios a su futuro bebé.

8.3 Características del cuestionario volitivo V/Q

La siguiente tabla muestra los resultados del cuestionario volitivo V/Q que se aplicó a las gestantes hospitalizadas, bajo la actividad de enseñanza de estimulación prenatal.

Tabla 2 *Características del cuestionario volitivo.*

	Preguntas	Pasivo n (%)	Dudoso n (%)	Involucrado n (%)	Espontáneo n (%)	Medida de Resumen (Escala 0- 100)
Exploración	Muestra curiosidad	0 (0.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	39 (97.5)	89.0±13.3
	Inicia acciones/tareas	0 (0.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	39 (97.5)	
	Intenta Cosas Nuevas	1 (2.5)	0 (0.0)	10 (25.0)	29 (72.5)	
	Muestra preferencias	2 (5.0)	2 (5.0)	18 (45.0)	18 (45.0)	
	Muestra que una actividad es especial o significativa	1 (2.5)	2 (5.0)	14 (35)	23 (57.5)	
Competencia	Indica objetivos	0 (0.0)	6 (15)	20 (50)	14 (35)	74.2±20.9
	Permanece involucrado	0 (0.0)	2 (5.0)	17 (42.5)	21 (52.5)	
	Muestra orgullo	0 (0.0)	10 (25)	16 (40)	14 (35)	
	Trata de resolver problemas	1 (2.5)	5 (12.5)	17 (42.5)	17 (42.5)	
	Trata de corregir errores	1 (2.5)	9 (22.5)	15 (37.5)	15 (37.5)	
Logro	Realiza una act. Hasta lograrla	1 (2.5)	9 (22.5)	16 (40)	14 (35)	54.9±26.4
	Invierte energía/emoción atención adicional	2 (5.0)	17 (42.5)	13 (32.5)	8 (20)	
	Busca responsabilidad adicional	3 (7.5)	20 (50)	11 (27.5)	6 (15)	
	Busca desafíos	6 (15)	20 (50)	11 (27.5)	3 (7.5)	

Según la bibliografía consultada, se esperaba encontrar afectada la volición de las madres, producto de la situación en que se encontraban (gestación de alto riesgo, sumado a la hospitalización) por su rol ocupacional, sin embargo, bajo la premisa de que la volición es única en cada persona, se encontró un alto porcentaje de gestantes evidenciando puntuaciones de espontaneo, es decir, las gestantes reflejaban los comportamientos volitivos sin necesidad de algún estímulo.

El primer nivel del continuo de cambio, corresponde a la etapa de “**exploración**”, donde se muestran los comportamientos volitivos sin ningún apoyo por parte del terapeuta y reflejan un alto grado de “motivación por el hacer”. Al iniciar la estimulación prenatal en una escala del 1 al 100, el 89% de las gestantes evidencian este grado de motivación por la actividad; donde el 97,5% *mostraron curiosidad*, pese a que el 90% no conocían sobre el tema, sin embargo, se arriesgaron a intentar *cosas nuevas y mostrar que la actividad es especial y significativa*, es decir, reflejan un alto grado de significancia por la estimulación prenatal mostrando comportamientos volitivos a través de la expresión verbal y no verbal. De acuerdo a este nivel del continuo de cambio las madres requerían del mínimo estímulo a poyo por parte del terapeuta para reflejar el comportamiento.

Para el nivel de “**competencia**”, las gestantes empiezan a requerir apoyos mínimos y máximos para mostrar el comportamiento. El 50% demandó de estímulos mínimos por parte del terapeuta para *indicar objetivos*, sin embargo y el 52,5% no requirieron de apoyos para *permanecer involucradas*, mientras que el 25% de las gestantes requiere de apoyos máximos para *mostrar orgullo* por la actividad de estimulación prenatal pese a que manifestaron que al realizar la estimulación sentían menos ansiedad debido a la larga

espera y tiempo libre que disponían durante la hospitalización. El 37,5% tratan de *corregir errores* con la ayuda del terapeuta al realizar prácticas que bajo la evidencia científica eran dañinas para el bebé, por ejemplo, la aplicación de luces de colores en el vientre que pueden acelerar y provocar contracciones, por lo que las madres decidieron suspender este tipo de estimulación.

Por último, para la clasificación de “**logro**”, siendo este el más alto nivel del continuo de cambio, reflejando el mayor grado de volición. Se tuvo un resultado del 54.9% en esta etapa, evidenciando una afectación seria de su volición. Por lo que para *realizar la actividad hasta lograrla* el 22,5% requirió de apoyos máximos por parte del terapeuta, *al invertir energía, emoción adicional* solo el 20% pudo lograrlo sin apoyos brindados, mientras, que al *buscar responsabilidad adicional y desafíos* las puntuación de dudoso y pasivo aumentaron en gran manera, donde el 50% de la población gestante requirió de apoyos máximos por parte del terapeuta para evidenciar estos comportamientos, y el 15% no evidencio el comportamiento volitivo pese a la gran cantidad de apoyos y estímulos brindados.

9. Discusión

El embarazo de alto riesgo obstétrico es considerado una situación en la que la vida o la salud de la madre y/o del feto tienen mayor posibilidad de tener complicaciones que la de la media de la población (Baird, 1995, P. 2), situación que repercute sobre el componente volitivo.

El estudio encontró la prevalencia de edad avanzada asociado al padecer una gestación de alto riesgo, donde el valor más equilibrado para el grupo de gestantes estudiadas fue de 33,3 años, confirmando lo afirmado por los estudios previos revisados, en que a mayor edad, mayor es la probabilidad de padecer un embarazo de alto riesgo. Estadísticamente en países subdesarrollados como Colombia, el 35% de la población gestante corresponde a una edad media de 35 años siendo primeriza o nulípara, incluso puede decirse que la media para este porcentaje inicia a los 30 años de edad, aclarando que la incidencia en presentar patologías crónicas aumenta con la edad (Antolinez, 2016, p. 3).

El comportamiento a nivel demográfico que se observa es a mayor número de hijos, menor es el nivel educativo de los padres e inversamente proporcional; por consiguiente, las mujeres con un nivel educativo superior tardan un poco más de tiempo para tener su primer hijo, (Hernández, Safora, & Rodríguez, 2009). Situación que se evidencia con los resultados de este estudio, donde el 60% de la población se encontraba con estudios a nivel profesional y 65% siendo nulíparas.

Frente a situaciones de cambio transformacional, confirman lo mencionado por los autores Gutiérrez, Galleguillos, Lertora, Mirone & Kamann (2011), el cual argumentan la

dificultad de adaptación que experimentan las mujeres al estar en un nuevo contexto de desempeño lo es el hospitalario. Diferentes factores influyen en la volición, la historia ocupacional, el contexto social y cultural, el contexto físico, las oportunidades de participación, la capacidad de desempeño objetiva (capacidades físicas, cognitivas, emocionales, estado de salud entre otras), los que facilitan o restringen en distintas medidas los intereses, causalidad personal y valores de la persona, por tanto sus elecciones de participación en ocupaciones, en actividades o tareas. (Kielhofner 2011).

Los resultados arrojados de la aplicación del V/Q, demuestran que la población gestante se encuentra en una etapa de exploración en una escala de 0 a 100 en 89%, reflejando un alto grado de motivación al iniciar la actividad expresando ser especial y significativa para su vida. al parecer por su comprensión de que el aprendizaje de la estimulación prenatal beneficia y favorece tanto la madre como el bebe por nacer, la literatura plantea (Cordero, Ravelo, López, Villar, & Baeza, 2012) en concordancia las madres dejaron saber que estas acciones promueven la aparición de sentimientos tales como: tranquilidad, alegría, entusiasmo entre otros, influyendo en el componente volitivo de la madre. Al tener buenos conocimientos y prácticas permite a la gestante estar saludable, teniendo un estado de mayor de equilibrio mientras se encuentra en el periodo de hospitalización. Esto puede garantizar un proceso saludable de gestación y a su vez un adecuado desarrollo fetal. Adicionalmente (Guijarro et al., 2016) menciona que el uso de música clásica permite mejorar la frecuencia cardíaca y el nivel de oxígeno en los bebes, produciendo relajación y un sueño tranquilo.

El nivel de competencia, las gestantes requirieron apoyos por parte del terapeuta para mostrar los comportamientos como en el ítem de *indicar objetivos*, donde el 15% de la población demandó de un apoyo máximo, de igual forma el 25% no logró expresar orgullo por lo aprendido, lo cual permite observar que el compromiso del nivel volitivo en este ambiente produce cambios en el rendimiento de los individuos, dando lugar a la posición de "paciente" y como manifiesta (Murphy e Robbins, 1995), deja sentir el control de su vida para sentirse controlada por la propia enfermedad, de igual modo como confirma (Takatori, 2004) irrumpe las actividades cotidianas de la vida, repercutiendo en el componente volitivo y habituacional. Por otro lado, al desestabilizarse la gestante se produce una dificultad para expresar acciones que evidencian comportamientos volitivos en las actividades por lo que se convierte en un estresante que puede influir el estado emocional de la mujer (Tedesco, 1999).

El logro en las gestantes descendió especialmente en el puntaje de espontaneo e involucrado, y aumentó en los comportamientos calificados como dudoso y pasivo, por lo que no mostraban el comportamiento pese a que se les brindaba el máximo apoyo o estímulo durante la actividad, ejemplo de lo anterior, son los ítems de *buscar una responsabilidad adicional* y *buscar desafíos*, en donde las madres no plantearon ideas nuevas sobre acciones de estimulación prenatal o expresar dudas extras frente al tema, las gestantes también presentaron dificultad para tener una participación activa, mayor sentido de competencia e interactuar activamente con el ambiente alcanzando un sentido de capacidad y eficacia. (Kielhofner, 2001).

Desde la filosofía y el que hacer del terapeuta ocupacional, promover la participación en actividades significativas durante la estadía en el contexto hospitalario permite en la gestante enfocar su atención no sólo en los procesos de intervención que generan tensión, ansiedad o preocupación, si no que en un proceso proactivo al empoderarla en la participación presente y futura en su rol como madre. La estrategia enseñada por el terapeuta Ocupacional puede ser un aporte en la modificación de la rutina hospitalaria. (Abdala, Martins, 2014) confirma que cuando su permanencia hospitalaria es grande se promueve la productividad, el hacer, empoderando el rol como futura madre, proporcionando a la gestante experiencias de pensar, sentir y hacer distintas a la de experimentar la sintomatología que padecen. Por consiguiente, promover la volición mejora la respuesta adaptativa en el entorno de hospitalización, ya que el terapeuta ocupacional puede adecuar los servicios al medio ambiente promoviendo un ambiente acogedor y confortable como describe (Martins & Camargo, 2014).

La enseñanza de estrategia para la estimulación prenatal evidencio ser significativa, la madre puede alcanzar el nivel de logro que se espera, favoreciendo el desarrollo del continuo volicional, promoviendo un desempeño óptimo en el rol de futura madre que está ejerciendo en ese momento (Ruiz del Bosque, 2013).

El conocimiento de estimulación prenatal, propone grandes beneficios en la madre y el bebe. La literatura confirma que la práctica de esta proporciona experiencias necesarias para el aprendizaje del bebe, el cerebro aprovecha las experiencias para promover y magnificar las interconexiones neuronales de sistema nervioso, mejorando así el desarrollo de los órganos de los sentidos dentro del útero; propiciando mayor desarrollo en el área

visual, auditiva, lingüística, motor, entre otros (Cordero et al., 2012). Durante la participación en la educación de la estimulación prenatal, las madres adquieren conocimientos acerca de su cuidado y el del bebé, promoviendo su salud y calidad de vida en este proceso de cambio vivido dentro de la institución hospitalaria. Sin embargo, el estudio encontró un porcentaje del 90% de gestantes que no practican la estimulación prenatal, sumado con un 77,5% de no tener conocimiento frente al tema. Esta falta de conocimiento contrasta con la alta motivación que presentan las gestantes acerca de la necesidad de recibir información sobre la estimulación prenatal.

Según lo observado por este estudio la visión de Terapia Ocupacional hace la semejanza a estudios previos de madres con hijos internados en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal UCIN, donde se plantean que “deben promover asesoramientos guiados al sentimiento de competencia y adquisición de habilidades” (Parraquini, 2008).

Estas gestantes requieren la respuestas adaptativa para los tres factores con los convive: gestación, gestación de riesgo y hospitalización (Martins & Camargo, 2014). Por lo cual una atención integral y humanizada permite desarrollar un proceso adaptativo mientras se encuentra en los procesos de intervención. (Galheigo, 2008).

Los resultados arrojados por el estudio en cuanto a la aplicación del cuestionario volitivo, V/Q frente a la enseñanza de estimulación prenatal en gestantes hospitalizadas de alto riesgo, respondieron de manera efectiva demostrando ser especial y significativa al expresar comportamientos volitivos *como iniciar cosas nuevas, permanecer involucradas, terminar la actividad y corregir errores* entre otros, contrarrestando la situación de salud y

el impacto del cambio de contexto al que se encontraban, esto confirmó la bibliografía revisada para este estudio.

10. Conclusiones

En relación a la gestación de alto riesgo se concluye que es un evento complejo que conlleva factores y cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales que impactan el componente volitivo.

La caracterización del subsistema volitivo de las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico ARO, frente a una actividad educativa de estimulación prenatal mientras se encontraban en un contexto de hospitalización en la unidad CEO, permitió observar en qué nivel se encontraba esta población dentro del continuo volicional, reflejando cómo las actividades significativas influyen mientras las madres se encuentran en los contextos hospitalarios. Dando respuesta a los objetivos planteados.

Para este estudio, el perfil de alto riesgo obstétrico, se caracterizó por tener edades avanzadas de una media de 33,3 años, 60% de la población nulíparas, las patologías más comunes fueron Preclampsia. Los estudios realizados por Hernández, 2009, encontraron que las mujeres posponen la decisión de tener hijos e iniciar el rol como padres después de haber realizar estudios superiores y contar con condiciones económicas, sin embargo, el ser madre gestante a una edad avanzada aumenta la probabilidad de tener complicaciones que amenazan la salud y el bienestar tanto de ella como del bebe por nacer.

Los resultados del cuestionario volitivo V/Q permitieron visualizar que el 89% de las gestantes se encontraba en una etapa de exploración según el continuo de cambio.

Se evidencia la importancia de implementar programas de intervención significativos que promuevan la volición propiciando un ambiente que la facilite, aún

dentro del contexto hospitalario. En este caso preciso, el programa de enseñanza de estimulación prenatal. Este tipo de intervenciones se pueden implementar en estas unidades para ocupar significativamente el tiempo mientras esta población se encuentra en espera de los procedimientos relacionados con su salud.

Realizar estudios sobre la volición de gestantes hospitalizadas, permite abordar áreas de conocimiento que brindan herramientas para el ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional. Dado que en la revisión realizada para este estudio no se encontró publicaciones en Colombia frente al tema, por lo cual este estudio puede servir de base para futuras investigaciones y así lograr una mayor difusión del rol del terapeuta en estas áreas y el conocimiento del componente volitivo en esta población.

Destacar la importancia de la investigación para la disciplina de Terapia Ocupacional en el actuar de la población argumenta la importancia de la intervención validando el que hacer del profesional dentro del grupo multidisciplinario que atiende a las gestantes de alto riesgo mientras se encuentran hospitalizados.

Abordar este tipo de temas en proyectos de investigación beneficia a las instituciones prestadoras de salud que brindan atención a gestantes de alto riesgo, permitiendo aumentar la calidad de los servicios centrados en una atención integral y humanizada para realizar estrategias e intervenciones innovadoras en esta población.

- 1.
- 2.

11. Recomendaciones

La población gestante de alto riesgo se encuentra expuesta a cambios que puede afectar su volición, por esta razón, es ideal plantear estrategias futuras de intervención que promuevan la respuesta adaptativa al contexto hospitalario al que se encuentra expuesta.

Las gestantes de alto riesgo deben contar con herramientas que les ayude a desempeñarse en su rol como futuras madres, por ello es importante brindar actividades que brinden conocimientos sobre la estimulación prenatal y los cuidados que debe tener ella y el bebe por nacer, brindando bienestar sobre ambos.

Implementar la intervención del Terapeuta Ocupacional dentro del grupo interdisciplinario de salud para brindar una atención integral y humanizada a la gestante brindándole herramientas de conocimiento en estimulación prenatal empoderando el rol de madre.

Continuar con investigaciones que promuevan el conocimiento del actuar del terapeuta ocupacional y el campo disciplinario de esta.

12. Limitantes

En relación a la búsqueda bibliográfica que se realizó, fue mínima la evidencia que se encontró sobre el actuar de Terapia Ocupacional en esta población y la volición en gestantes hospitalizadas de alto riesgo, por lo que dificultó la adquisición de información necesaria para la investigación.

13. Bibliografía

- Ågren, K. A., & Kjellberg, A. (2008). Utilization and content validity of the Swedish version of the Volitional Questionnaire (VQ-S). *Occupational Therapy in Health Care*, 22(2–3), 163–176.
- Antolinez, M. M. ; L. P. (2016). Significado de la primera gestación en mujeres mayores de 35 años, 34.
- Angerami-Camon, V. A. (2010). *Psicología Hospitalar: teoría e prática 2ª edição revista e ampliada* (2ed. p 2-3).
- Cordero, M. J. A., Ravelo, M. V., López, C. A. P., Villar, N. M., & Baeza, M. R. (2012). La estimulación prenatal ; resultados relevantes en el periparto. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 27(6), 2102–2108.
- De las Heras, C.G., Geist, R., Kielhofner, G. & Li, Y. (1998). *Manual del Usuario del Cuestionario Volicional (VQ) Versión 4.1*. Chicago: University of Illinois.
- Forsyth, K., Salamy, M., Simon, S., Kielhofner, G., & de las Heras, C. G. (1998). *Manual del Usuario de Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS)*, 58.
- Gómez Tolón, J.: *Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional*. Ed. Mira. 1997
- Guijarro, C., Martínez Lorca, M., & González, J. (2016). Conocimiento de la estimulación prenatal en los programas de educación maternal en Atención Primaria por parte de las mujeres gestantes, 9(2), 83–90.
- Hernández, M., Safora, O., & Rodríguez, A. (2009). Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 1(35), 1–9.
- Jung, C. G. (1946 [1926]). *Analytische Psychologie und Erziehung*. En C. G. Jung, *Über die Entwicklung der Persönlichkeit: Gesammelte Werke, Band 17* (pp. 77-153).
- Marcolino, Helena, R. Torkomian, V., Barbieri, T., Maria, A., & Rodrigues, D. M. (2017). Terapia ocupacional en el hospital : construcciones de sentido en una comunidad de práctica. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional.*, Vol. 17 N 81–89. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2017.46380>
- Martins, L. A., & Camargo, M. J. G. de. (2014). O significado das atividades de Terapia Ocupacional no contexto de internamento de gestantes de alto risco. *Cadernos de Terapia Ocupacional Da UFSCar*, 22(2), 361–371.
- Martins, L. A., & Camargo, M. J. G. de. (2014). O significado das atividades de Terapia Ocupacional no contexto de internamento de gestantes de alto risco. *Cadernos de Terapia Ocupacional Da UFSCar*, 22(2), 361–371. <https://doi.org/10.4322/cto.2014.056>

Partanen, E., Kujala, T., Tervaniemi, M., & Huotilainen, M. (2013). Prenatal music exposure induces long-term neural effects. *PLoS ONE*, 8(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078946>

Parraquini, L. (2008). *Desempeño del rol materno en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. Buenos Aires.

Polonio López; Castellanos Ortega, Viana Moldes, “Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y práctica” Editorial Médica Panamericana.2008. Cap. 19. “Atención Primaria de salud”.

Reyes Gómez, U., Patricia, M., Rico, H., Reyes Hernández, D., Hernández, L. J., & Ortiz Martínez, M. (2006). La música de Mozart en el periodo prenatal Artículo de revisión. *Ginecología Y Obstetricia de México*, 74, 424–427.

Ricardo-Ramírez; Álvarez-Gómez, Matilde; Ocampo Saldarriaga, M., & Victoria; Tirado Otálvaro, A. F. (2015). Depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia Y Ginecología*, 66(2), 94–102.

Ruiz del Bosque, A. (2013). Participación familiar en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Opinión de enfermería. *Revista Enfermería Castilla y León*, 5(2), 59–66.

Toste, M. Á., Álvarez, M. del C. H., Álvarez, S. S., Barroso, R. L., Rodríguez, G. G., Carbonell, I., & González, R. P. (2011). Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana de Higiene Y Epidemiología*, 49(3), 420–433.

Carr, F. R. (1996). *While You Are Expecting: Creating Your Own Prenatal Classroom*. Humanics Limited.

Carta De Ottawa Para la Promoción de la Salud. 1986.Organización Mundial para la Salud.

Emilia L. Navarrón Cuevas; Azucena Ortega Valdivieso. (s.f.). *Rehabilitación psicosocial: un perspectiva desde el modelo de ocupación humana*. TerapiaOcupacional.com, 2.

Kielhofner, g. (2007). *Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación. Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación (págs. 53-54)*. Buenos Aires: Medica Panamericana.

Kielhofner, G. (2006). *Conceptos Fundamentales de la Terapia Ocupacional*. Santiago de Chile: Medica Panamericana.

Kisilevsky BS, Hains SM. (2005). Comparison of fetal behavior in low- and high-risk pregnancies. *Fetal Pediatr Pathol*, 1-20.

Kurjak, A. (2004). *Donald School Textbook of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. Jaypee.

- López, I. E. (2015). Estimulación Prenatal y Conectividad Neuronal. *Neuropsicología* , 2-18.
- Malhotra, N. K. (2007). Investigación de Mercados. Un Enfoque Práctico. En N. K. Malhotra, Investigación de Mercados. Un Enfoque Práctico (pág. 90). México: Prentice-Hall.
- MD, J. A. (s.f.). Embarazo de Alto Riesgo. Embarazo de Alto Riesgo (pág. 5). Federación Colombiana de asociaciones de perinatología.
- OMS. (2000). Reducir los riesgos del embarazo. 107ª reunión, (pág. 6).Recuperado de:
- Roberto Hernández Sampieri; Carlos Collado; Pilar Baptista. (2014). Metodología de la Investigación. (pág. 81). Mc Graw Hill.
- Rojas, A. T. (2002). Terapia ocupacional: conocimiento y práctica en Colombia. Bogotá:Universidad Nacional de Colombia.
- Rubio Maria Helena, Perdomo Matilde. (2016). Experiencias y conocimientos de madres gestantes en alto riesgo.
- Sangeeta Ullal-Gupta,1 Christina M. Vanden Bosch der Nederlanden,Parker Tichko,Amir Lahav, Erin E. Hannon. (2013). Linking prenatal experience to the emerging musical mind. *Front Syst Neurosci*, 1-8.
- Tais Quevedo Marcolino , Regina Helena Vitale Torkomian Joaquín , Tatiana Barbieri Bombarda , Aline María de Medeiros Rodrigues Reali. (2017). Terapia ocupacional en el hospital:construcciones de sentido en una comunidad de práctica. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional.*, 83-92.
- Thomas R. Verny, John E. Kelly. (2009). La vida secreta del niño antes de nacer. Vintage.
- Ulises Reyes Gómez, Martha Patricia Hernández Rico, Diana Reyes Hernández, Lidia Javier. (2006). La música de Mozart en el periodo prenatal. *Ginecología y Obstetricia de México*, 1-5.
- Verny, T. R. (1992). vinculo afectivo con el niño que va a nacer. Urano. México D.F.
- Centro de Escritura Javeriano. (2018). Normas APA, sexta edición. Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali.
- Williams. Complicaciones obstétricas del Embarazo. Manual de Obstetricia. 21ª ed. Caracas: McGraw-Hill; 2004. p. 371-468.

14.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Nombre del Estudio:** Construcciones motivacionales de estimulación prenatal en una comunidad de madres gestantes de alto riesgo obstétrico.
- Investigador Principal:** Stephanie Devia Valdez – Asesora Maria Helena Rubio.
- Institución:** Universidad del Valle.
- Dirección:** Calle 13 # 100-00, Cali, Valle del Cauca.

1. Introducción

La estudiante del programa académico de Terapia Ocupacional de la Escuela de Rehabilitación Humana de la Universidad del Valle, Stephanie Devia Valdez, con C.C 1107076075. Dirigida por la Profesora María Helena Rubio. Realizaran una investigación titulado “*Construcciones motivacionales de estimulación prenatal en una comunidad de madres gestantes de alto riesgo obstétrico*”. Que se realizará entre los meses de febrero a julio del 2018, en la unidad cuidado especial obstétrico CEO, del Centro Médico Imbanaco, Cali- Colombia.

El objetivo del presente estudio es identificar las características del subsistema volitivo (motivación) frente a la estimulación prenatal en madres gestantes de alto riesgo que se encuentren hospitalizadas en la unidad cuidado especial obstétrico CEO, del Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia durante el mes de febrero a julio del 2018.

¿Qué sucederá si participo en este estudio? Su participación en el estudio contribuirá en la construcción del conocimiento frente a la terapia ocupacional en los procesos de unidades de alto riesgo obstétrico y la importancia del estado motivacional en la modificación de actividades en el embarazo.

2. ¿Qué tengo que hacer?

Participar de la actividad educativa de estimulación prenatal la cual tiene una duración de 15 minutos, se realizara de forma individual en la habitación que usted se encuentra. Mientras participa de esta actividad se realizará una evaluación observacional llamado Cuestionario Volitivo V/Q, el cual evalúa la motivación de las personas.

3. ¿Recibiré una compensación por la participación en el estudio?

No recibirá beneficio monetario por su aceptación, sin embargo adquirirá conocimiento sobre la importancia y beneficios de la estimulación prenatal. De igual forma su participación en el estudio contribuirá en la generación de conocimiento.

4. ¿Cuáles son los efectos secundarios y posibles riesgos?

Los riesgos clínicos al participar de este estudio son mínimos, ya que siempre se velará por el bienestar tanto de la madre como del bebe por nacer, adicionalmente siempre se contará con la vigilancia y supervisión del personal médico del CMI, asegurando su monitorización para cualquier evento que se presente.

5. Contacto para información adicional

Si hay algo que usted no entienda o si tiene otras preguntas adicionales, puede contactar al investigador a cargo: Si usted tiene preguntas sobre la naturaleza de la investigación o los derechos como sujeto de investigación, usted puede ponerse en contacto con el Comité de Ética en Investigación del Centro Médico Imbanaco:

Investigadores:	Stephanie Devia Valdez. Maria Helena Rubio.
Institución:	Grupo de humanización de CMI
Dirección:	Carrera 38 A No.5 A-100 Piso 11 Torre B- Cali Universidad del Valle. Calle 13 # 100-00, Cali, Valle del Cauca.
Número Telefónico:	6621000 ext. 14221 315 505 3548- 3176353003

Consentimiento Informado

He leído y entendido las declaraciones en este formato de consentimiento informado. Todas las preguntas sobre el estudio y mi participación han sido contestadas. Libre y voluntariamente consiento mi participación y autorizo la búsqueda de los registros médicos originales, como se describe en este documento. En el estudio usted tendrá la plena seguridad de que la información no será divulgada de manera personal, garantizando la confidencialidad en cuanto a la reserva médica y los datos, teniendo en cuenta que se manejarán de manera numérica sin hacer identificación individual de los pacientes. Soy libre de retirarme cuando lo desee y mi participación a esta investigación es voluntaria, sin ningún tipo de costo y/o remuneración.

Autorizo la información recogida para segundos usos de los datos obtenidos, para futuras investigaciones.

Si__ o No__

Nombre completo del Paciente

Firma del paciente

Número de Identificación

Dirección y Teléfono

Testigo 1

Nombre completo del Testigo

Firma del Testigo

Firma de Investigador

Firma del Investigador

Fecha

Cuestionario Volicional (Hoja de Registro A- Unica Observación)

Cliente:		Terapeuta:			
Edad:	Sexo: M F	Fecha:			
Diagnóstico:		Institución:			
		Comentarios			
Muestra curiosidad	P	D	I	E	
Inicia acciones/tareas	P	D	I	E	
Intenta cosas nuevas	P	D	I	E	
Muestra preferencias	P	D	I	E	
Muestra que una actividad es especial o significativa	P	D	I	E	
Indica objetivos	P	D	I	E	
Permanece involucrado	P	D	I	E	
Muestra orgullo	P	D	I	E	
Trata de resolver problemas	P	D	I	E	
Trata de corregir errores	P	D	I	E	
Realiza una actividad hasta completarla/lograrla	P	D	I	E	
Invierte energía/emoción/atención adicional	P	D	I	E	
Busca responsabilidad adicional	P	D	I	E	
Busca desafíos	P	D	I	E	
Clave:					
P = Pasivo		D = Dudoso		I = Involucrado	
				E = Espontáneo	