



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Lozada-Tequeanes, Ana Lilia; Campero-Cuenca, María de Lourdes Eugenia; Hernández, Bernardo; Rubalcava-Peñafiel, Luis; Neufeld, Lynnette Marie
Barreras y facilitadores para actividad física durante el embarazo y posparto en mujeres pobres de México

Salud Pública de México, vol. 57, núm. 3, mayo-junio, 2015, pp. 242-251
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10638801007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Barreras y facilitadores para actividad física durante el embarazo y posparto en mujeres pobres de México

Ana Lilia Lozada-Tequeanes, PhD,⁽¹⁾ María de Lourdes Eugenia Campero-Cuenca, PhD,⁽¹⁾ Bernardo Hernández, DSc,⁽²⁾ Luis Rubalcava-Peñañiel, PhD,⁽³⁾ Lynnette Marie Neufeld, PhD.^(1,4)

Lozada-Tequeanes AL, Campero-Cuenca MLE, Hernández B, Rubalcava-Peñañiel L, Neufeld LM. Barreras y facilitadores para actividad física durante el embarazo y posparto en mujeres pobres de México. *Salud Publica Mex* 2015;57:242-251.

Lozada-Tequeanes AL, Campero-Cuenca MLE, Hernández B, Rubalcava-Peñañiel L, Neufeld LM. Barriers and facilitators for physical activity during pregnancy and postpartum in women living in poverty of Mexico. *Salud Publica Mex* 2015;57:242-251.

Resumen

Objetivo. Explorar percepciones de proveedores de salud y beneficiarias del Programa *Oportunidades* sobre la práctica de actividad física durante el embarazo y posparto, e identificar características de la consejería sobre el tema en el primer nivel de atención en salud. **Material y métodos.** Estudio de métodos mixtos que forma parte de una intervención en nutrición del Programa *Oportunidades*. La información cualitativa se colectó por entrevista (50 mujeres; 34 proveedores de salud) y se obtuvo información cuantitativa a partir de un cuestionario (n=88 mujeres; n=64 proveedores; n=111 observaciones de consulta). **Resultados.** Se documentaron barreras a) individuales: falta de tiempo y de apoyo social; b) socioculturales: prejuicios de pares y familiares, y falta de instructores, y c) ambientales: falta de espacios físicos seguros y apropiados. 38% de las mujeres reporta haber recibido consejería sobre el tema versus 63.4% de proveedores que reportan haberla dado ($p=0.002$). **Conclusiones.** Urgen capacitación a proveedores y promoción de la actividad física que eliminen los prejuicios asociados al tema durante el embarazo y posparto.

Palabras clave: actividad física; embarazo; pobreza; atención primaria en salud; México

Abstract

Objective. To explore perceptions of healthcare providers and beneficiaries of *Oportunidades* program on physical activity during pregnancy and post-partum; and identify current reported practices related to counseling on physical activity in the primary healthcare services in Mexico. **Materials and methods.** A mixed methods approach was used which is part of a nutrition intervention of the *Oportunidades* program. Qualitative information was collected through interviews (50=women; 34=providers) and quantitative information was collected by questionnaires (n=88 women; n=64 provider; n=111 observations during consultation). **Results.** The main barriers were: a) individual (lack of time and social support to childcare); b) sociocultural (gender bias derived from peer groups or family and lack of instructors), and c) environmental (lack of safe and adequate physical places). Only 38% of beneficiary women reported having been counseled on physical activity vs 63.4% of providers who reported having counseled on physical activity ($p=0.002$). **Conclusion.** There is a need to train healthcare providers and to promote physical activity during pregnancy and post-partum for reducing associated biases.

Key words: physical activity; pregnancy; poverty; primary healthcare; Mexico

(1) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

(2) Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington. Seattle, WA, Estados Unidos.

(3) Spectron Desarrollo SC. Distrito Federal, México.

(4) Global Alliance for Improved Nutrition. Ginebra, Suiza.

Fecha de recibido: 7 de febrero de 2014 • Fecha de aceptado: 21 de abril de 2015

Autora de correspondencia: Dra. Ana Lilia Lozada Tequeanes. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: alozada@insp.mx

Actividad física (AF) es cualquier movimiento corporal que exija gasto de energía y ejercicio; es una acción planificada, estructurada, repetitiva y con un objetivo específico. La práctica de actividad física (PAF) abarca tanto el ejercicio como otras actividades de la vida cotidiana y recreativa.¹ En México, según la última encuesta nacional de salud,² la prevalencia de inactividad física es de 47.3%.

Existe evidencia de que la PAF no es común en mujeres en edad reproductiva y tiende a disminuir con la edad, paridad y baja escolaridad.³ Particularmente, los niveles de PAF declinan durante el embarazo⁴ y generalmente permanecen bajos durante el periodo de posparto (PP).⁵ No obstante, se ha documentado que la PAF durante y después del embarazo contribuye al control del peso corporal⁶ y a mejorar el estado metabólico⁷ de la mujer.⁸ Además de prevenir enfermedades crónicas, mejora la circulación y flexibilidad, facilita el trabajo de parto y aporta bienestar emocional.⁹

En países desarrollados se han conducido estudios de intervención con impactos significativos para el mantenimiento y reducción del riesgo de ganancia excesiva de peso durante el embarazo y el PP.¹⁰ Sin embargo, éstos se han desarrollado en escenarios experimentales y teóricos en donde se omite la atención de factores culturales, sociales y contextuales, lo que disminuye la posibilidad de extrapolación y réplica de sus resultados.¹¹ En mujeres latinas no se han implementado intervenciones de esta naturaleza.¹²

Algunos estudios cualitativos han identificado como barreras para PAF la falta de información, restricciones por parte de miembros de la familia y falta de apoyo social en el cuidado de los hijos, entre otras.^{9,13} Los cambios fisiológicos y la combinación de factores sociales y psicológicos ayudan a explicar la disminución de PAF durante el embarazo y PP.¹⁴ Se ha observado que la promoción de PAF por proveedores de salud (PS) está condicionada a múltiples factores extrínsecos,¹⁵ pero existe evidencia de que la consejería en consulta¹⁶ tiene el potencial de orientar e incrementar efectivamente su práctica entre la población general. En 2009, a partir de una investigación formativa, se diseñó la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (EsIAN) dentro del marco del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) (ahora llamado Programa Prospera).¹⁷ La EsIAN es una intervención multitemática compuesta por una serie de mensajes y acciones basados en evidencia y socialmente aceptados para mejorar el estado de nutrición de la población beneficiaria. Entre sus diversos componentes se encuentra el embarazo y PP saludables, en donde la PAF cobra un lugar crucial. De las 5.8 millones de familias que

cubre el PDHO,¹⁸ aproximadamente 7.6% son mujeres embarazadas o en PP.

A partir de la investigación formativa y la línea basal del proyecto piloto EsIAN, este artículo plantea los siguientes dos objetivos con mujeres beneficiarias (MB) y PS del PDHO: a) Conocer las percepciones sobre PAF durante el embarazo y PP, así como las barreras y facilitadores para su inicio o continuidad durante estas etapas de la vida, y b) Identificar características de la práctica de consejería que se da a las MB sobre PAF durante la consulta prenatal y posnatal en el primer nivel de atención en salud. El fin último es identificar aspectos clave para el diseño e implementación de intervenciones efectivas en este tipo de población.

Material y métodos

Se utilizaron métodos mixtos (cualitativos y cuantitativos)¹⁹ en dos momentos distintos y con propósitos diferenciados. Primero, a través de metodología cualitativa, se obtuvo información útil para la investigación formativa de la EsIAN. Posteriormente, entre diciembre de 2008 y abril de 2009 y través de metodología cuantitativa, se conformó la línea basal del piloto de la EsIAN, para lo cual se recolectó información en cuatro estados de la República mexicana (cuadro I). Este estudio fue aprobado por las Comisiones de Ética en Investigación, Bioseguridad y de Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Información cualitativa - investigación formativa para el diseño de la EsIAN

Se levantó la información en una muestra por conveniencia en distintos tipos de localidades y contextos (cuadro I).²⁰ Se contactó a las unidades de salud (US) de las localidades seleccionadas y se invitó a participar a PS (médicos, enfermeras, promotores de salud y auxiliares comunitarios de salud) y MB (embarazadas o en posparto); estas últimas fueron localizadas a través de listados obtenidos en las clínicas de salud (cuadro I). En ambos casos se realizaron entrevistas semiestructuradas con previo consentimiento informado. Éstas fueron grabadas asegurando su confidencialidad y anonimato. El número de entrevistas se determinó usando el criterio de saturación teórica de la información²¹ en relación con los principales temas de interés de la EsIAN-PAF.²²

Se alentó a los participantes a que refirieran su propia definición de PAF.²² A lo largo de las entrevistas se utilizaron imágenes para facilitar el autoreconocimiento e identificación de niveles de intensidad de PAF, según

Cuadro I
MUESTRA DE INFORMANTES CLAVE SOBRE PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO, EN LOS ESTADOS DE GUERRERO, ESTADO DE MÉXICO, MICHOACÁN Y PUEBLA. MÉXICO, PROGRAMA OPORTUNIDADES - ESIAN, 2009

Fase de la ESIAN	Componente cualitativo	Componente cuantitativo	
	Investigación formativa	Línea basal ESIAN	
Lugar	Puebla*	Estado de México, Guerrero, Michoacán y Puebla*	
Método de recolección de información	Entrevistas <i>n</i>	Cuestionarios <i>n</i>	Observaciones <i>n</i>
Mujeres beneficiarias embarazadas o en posparto	50 [‡]	88 [#]	III consultas
Proveedores de salud del primer nivel de atención en salud	34 [§]	64 [§]	
Total (<i>n</i>)	84	152	III

PAF: práctica de actividad física; ESIAN: Estrategia Integral de Atención a la Nutrición; PDHO: Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

* Estados con alta densidad de población beneficiaria del PDHO; prevalencia alta (talla baja >20%) o media o moderada (talla baja 10-20%) de desnutrición crónica (Encel: Encuesta de Evaluación Rural, 2007); localidades clasificadas como urbanas o rurales (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2010): rurales, no-indígenas e indígenas (>40%) y urbanas, medianas (15 000 a 50 000 habitantes) o grande (>50 000 habitantes); y unidades de salud operadas por la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social - Oportunidades

‡ Mujeres embarazadas, en periodo de lactancia o con un máximo año de haber dado a luz. Se dio preferencia a mujeres que cursaron algún padecimiento o complicación durante su embarazo como diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva y anemia, o que presentaran sobrepeso u obesidad

§ Personal de salud con diversos perfiles (médicos, enfermeras, promotores, vocales y auxiliares), cuyas prácticas afectan las opiniones o experiencias de las mujeres o madres beneficiarias del Programa Oportunidades

La *n* final fue definida por el sistema de salud mexicano con relación a su capacidad operativa y presupuestaria (*n*=140 unidades de salud)

§ Se encuestó a mujeres/madres y proveedores de salud pertenecientes al Programa Oportunidades que se encontraran disponibles en la unidad de salud a lo largo del día y medio de trabajo de campo. Ningún criterio de exclusión fue utilizado cuando un informante clave fue identificado, excepto que no fuera localizado, se negará participar o perteneciera a otra zona de residencia

la OMS (figura 1).²³ Estas imágenes fueron diseñadas y adaptadas a la población mexicana considerando los contextos rural y urbano. Los instrumentos e imágenes fueron piloteados y ajustados.

Para el desarrollo y análisis de las entrevistas se tomaron en consideración elementos de la investigación-acción y de la teoría fundamentada.^{24,25} Los testimonios se transcribieron y codificaron en categorías emergentes. A fin de validar los datos se trianguló la información obtenida por los distintos informantes.²⁵

Información cuantitativa - línea basal del piloto de la ESIAN

A partir de un listado de US por estado, se seleccionaron de forma aleatoria 74 unidades urbanas y 35 rurales. La unidad de estudio se conformó por la US y la población de beneficiarios del PDHO atendidos en esa clínica. El tamaño de la muestra para el estudio se definió con base en la factibilidad de implementar la intervención y la capacidad de evaluación de procesos, de acuerdo con diversos contextos (cuadro I).

Las encuestas a PS recabaron información sociodemográfica, de capacitación, conocimientos y prácticas generales. A las MB se les aplicó una encuesta al momento de salir de consulta en los servicios de salud (encuesta

de salida) para recolectar datos sociodemográficos y de prácticas de atención y consejería recibidas en consulta. La consejería sobre PAF se evaluó con la pregunta "¿Usted comentó o le comentaron algo sobre la PAF durante el embarazo?" Si la respuesta era afirmativa, se exploraban los conocimientos del tipo de recomendación dada o recibida: "¿Qué dijo o qué le dijeron sobre la PAF durante el embarazo?" Se registró información dada sobre incremento, disminución, mantenimiento de AF o reposo. La actitud sobre la adopción de la PAF por parte de la MB se capturó con la pregunta "¿En su opinión, usted seguirá la recomendación de PAF durante su embarazo?" con cinco opciones de respuesta (por ejemplo, "muy bien" o "no seguirá la recomendación"). La percepción de barreras fue medida a través de la pregunta "¿Usted por qué considera que no seguirá la recomendación sobre PAF?". Las respuestas a este último reactivo fueron codificadas en categorías como "no hay espacio adecuado" o "no lo necesita, se siente bien", por mencionar algunas.

También se realizaron observaciones en consulta pre y posnatal. A través de un formato con un listado de actividades, se registraron las acciones realizadas (antropometría, auscultación, etc.) y temas abordados por el PS (por ejemplo, tema: actividad física; subtema: leve, moderada e intensa, etc.), lo que se categorizó



FIGURA 1. REPRESENTACIÓN DE DIFERENTES NIVELES DE INTENSIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA FACILITAR SU IDENTIFICACIÓN Y PRÁCTICAS DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO ENTRE BENEFICIARIAS DEL ESTADO DE PUEBLA, MÉXICO, PROGRAMA OPORTUNIDADES - ESIAN, 2009

como: a) Sí comentó a detalle; b) Sí comentó algo, o c) No se comentó (cuadro II).

Se obtuvieron proporciones para variables categóricas y se calcularon medias \pm desviaciones estándar para variables continuas. Se realizaron comparaciones entre variables utilizando prueba *t* y de proporciones, considerando un valor $p < 0.05$ como significativo. Todos los análisis fueron realizados con el paquete estadístico *Stata* versión 12 considerando el muestreo por conglomerados.

Resultados

Población de estudio. La muestra cualitativa de MB presentó una media de edad de 31 ± 5.9 años, un promedio de

4.2 ± 2.1 hijos y de 12 ± 6.8 años viviendo en pareja. En el caso de PS la media de edad fue de 33 ± 7.0 años. Las características descriptivas e información clave sobre PAF de la muestra cuantitativa se presentan en la cuadro II.

Percepción de actividad física durante embarazo y PP (objetivo 1). En los testimonios de las MB se identificó que los términos “actividad física” y “ejercicio” se utilizan de forma indistinta. La relación entre la PAF y salud se da principalmente en mujeres de comunidades urbanas (cuadro III). De acuerdo con los testimonios de las participantes, la percepción de actividad física o ejercicio puede estar vinculada con ideas en torno a la “salud”, a su “actividad cotidiana”, a la “práctica específica de actividad física” y a “creencias” (cuadro III).

Cuadro II

CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES E INFORMACIÓN CLAVE SOBRE CONSEJERÍA Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LA CONSULTA PRENATAL Y POSPARTO, EN LOS ESTADOS DE GUERRERO, ESTADO DE MÉXICO, MICHOACÁN Y PUEBLA. MÉXICO, PROGRAMA OPORTUNIDADES - EsIAN, 2009*

Variable	Encuesta a proveedor de salud (N=64)	Encuesta de salida a mujeres (N=88)	Observación en consulta prenatal o posnatal [‡] (N=111)
Área (urbana)	68.7 (44/64)	93.1(81/88)	90 (100/111)
Edad (años)	Proveedor=35.1±11.0 Paciente= 23.6±6.00	25.5±6.07	24.9±6.23
Habla lengua indígena del paciente (sí)	Proveedor=12.5(8/64)	6.98(6/86)	2 (2/111) [‡]
Semanas de embarazo	Paciente= 25.2±10.4	8.51±7.72	Embarazada=21.4±7.87 En posparto=3.92 ±2.47
Consejería sobre actividad física en consulta [§]	63.4(33/52) ^{ac}	37.9(22/58) ^b	24.4(22/90)
Recomendación puntual			
Aumentar actividad física	93.9(31/33) ^c	90.9(20/22) ^b	22.5(14/54)
Disminuir actividades intensas	21.8(7/32) ^{ac}	9.52(2/19) ^b	37.0(20/54)
Continuar actividades cotidianas	43.7(14/32) ^{ac}	23.8(5/21) ^b	42.5(23/54)
Reposo absoluto	6.25(2/32) ^c	4.76(1/21) ^b	38.1(21/55)
Otro	6.25(2/32) ^c	4.55(1/22) ^b	N/A
Percepción del personal de salud sobre atender la recomendación de actividad física			
Muy bien	15.1(5/33) ^a	31.8(7/22)	N/A
Bien	39.3(13/33) ^a	63.6(14/22)	–
Regular	30.3(10/33) ^a	4.55(1/22)	–
Mal	12.1(4/33) ^a	0(0/22)	–
No se dio recomendación	3.03(1/33)	0(0/22)	–
Razón por la que el personal de salud no confía en que se atenderá la recomendación sobre de actividad física			
No se mencionó plan de actividad física	5.00(1/20)	9.09(1/11)	N/A
No lo necesita, se siente bien	10.0(2/20)	18.1(2/11)	–
No hay lugar adecuado	5.00(1/20) ^a	0(0/11)	–
Poca fuerza de voluntad	45.0(9/20)	54.5(6/11)	–
No entendió	5.00(1/20) ^a	0(0/11)	–
Otro	25.0(5/20) ^a	0(0/11)	–
No sabe	5.00(1/20) ^a	18.1(2/11)	–

EsIAN: Estrategia Integral de Atención a la Nutrición; N/A: no aplica; MB: mujer beneficiaria; PS: proveedor de salud

Valor $p < 0.05$

a: PS vs MB

b: MB vs Observación

c: PS vs observación

* Se presentan medias \pm DE o proporciones, ajustados por conglomerado de la unidad de salud. Valores missing varían para diferentes variables y bases de datos

[‡] Presencia de traductor en consulta

[§] Se tabulan los datos de quienes contestaron la batería de preguntas respecto a las recomendaciones sobre PAF

[#] Las preguntas difieren de los otros dos instrumentos

Cuando se indagó sobre opciones de PAF, caminar surgió como la actividad mejor valorada, sin embargo, su aceptación es mayor o menor, según la etapa del embarazo o PP en que se encuentra la mujer; la mayoría señala que durante el embarazo y posparto no se debe practicar AF, además de que se asocia de forma negativa

incluso durante la lactancia. Este tipo de ideas prevalece aun cuando pudiera haber deseo de PAF.

Barreras para la PAF (figura 2). Las entrevistadas revelan que la PAF se puede considerar como una pérdida de tiempo ante otras necesidades vistas como indispen-

Cuadro III
CLASIFICACIÓN DE IDEAS SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN MUJERES EMBARAZADAS O EN POSPARTO
DEL ESTADO DE PUEBLA, BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES - EsIAN. MÉXICO, 2009

Percepción de actividad física en relación con:

Testimonios de mujeres beneficiarias

Salud	<p>"[...] que es bueno, es sano... que debemos hacer ejercicio" (urbana).</p> <p>"caminar hace bien" (urbana).</p> <p>"Mejora la salud y es un entretenimiento que evita malos pensamientos" (urbana).</p> <p>"Primero para enflacar, en segunda tener una buena salud, para que la sangre nos circule mejor, y pues estar sano" (urbana).</p>
Actividades cotidianas	<p>"Ejercicio es caminar y hacer aseo en la casa" (urbana).</p> <p>"[...] hacer actividad física es hacer quehacer, lo que se hace todo el tiempo..." (rural).</p> <p>"Si van a hacer ejercicio pagan, y digo: '¿para qué van [a pagar]?' No hay como hacer quehacer, caminar" (urbana).</p> <p>"[...] yo trabajo en el campo, para mí eso es hacer ejercicio [...]" (rural).</p>
Prácticas específicas	<p>"Si he escuchado [que la PAF es benéfica] pero aquí no se hace ejercicio" (rural).</p> <p>"Acá nadie que está embarazada se sube a una bici, o la que se sube dicen: no esa, se va a ir a caer... pero no hace una ejercicio" (rural).</p> <p>"Bueno, yo me gusta hacer ejercicio para no estar muy gorda, yo luego, me prendía mi grabadora [cuando no estaba embarazada]. y me ponía bailar media hora... ahorita todavía no, porque todavía no cuarenteo pero pues ahorita de aquí pa' delante sí" (rural).</p>
Creencias	<p>"[...] deben caminar [las mujeres embarazadas] que para que no se pegue el niño [...];" [...] porque si nomás está uno durmiendo se pega el bebé [el feto se adhiere a las paredes del útero y se dificulta el parto] [...]" (urbana).</p> <p>"No es bueno, porque sudan y se les puede acabar la leche" (rural).</p> <p>"Aquí según dicen... que no, que porque cuando hacen ejercicio, bueno dependiendo del ejercicio que se haga... la leche materna se calienta mucho, del cuerpo le dan caliente la leche, que por eso luego se empachan" (rural).</p>

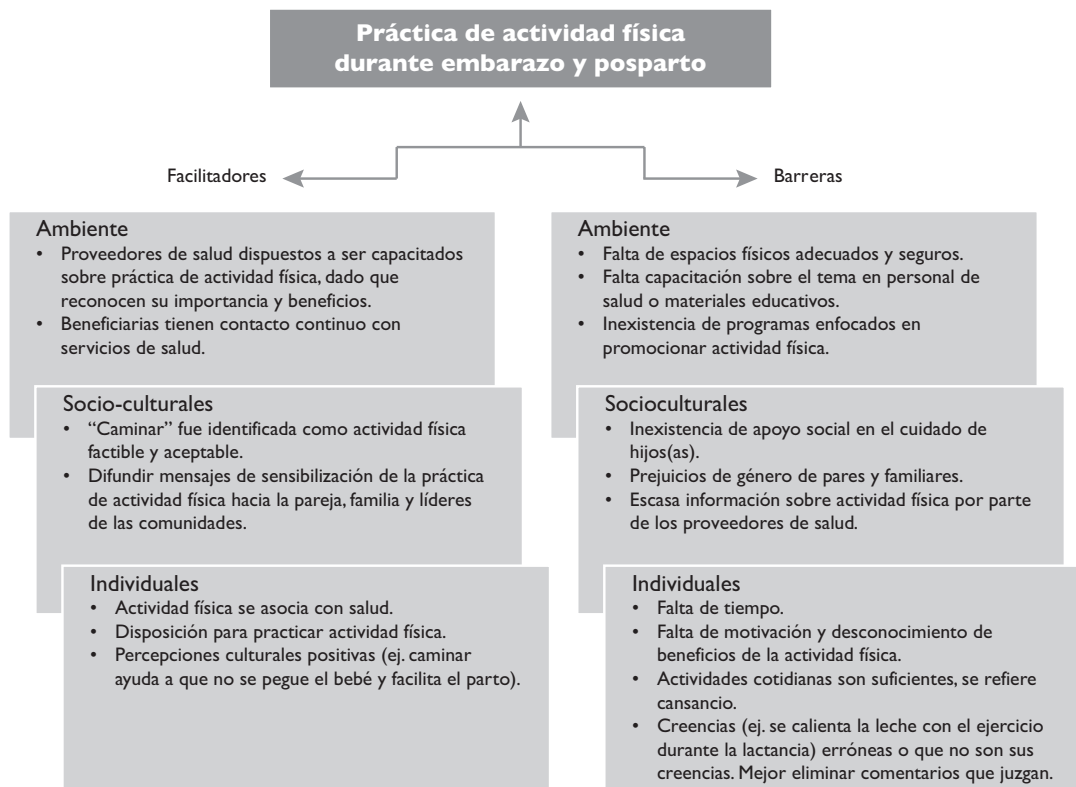


FIGURA 2. BARRERAS Y FACILITADORES QUE FUNDAMENTAN UNA INTERVENCIÓN PARA PROMOVER LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN MUJERES EMBARAZADAS Y EN POSTPARTO, EN LOS ESTADOS DE GUERRERO, ESTADO DE MÉXICO, MICHOACÁN Y PUEBLA. MÉXICO, PROGRAMA OPORTUNIDADES - EsIAN, 2009

sables: “es que el ejercicio nos quita mucho tiempo de nuestras obligaciones”. Algunas MB expresan cansancio de la vida cotidiana: “[...] a veces no me dan ni ganas de pararme [...]”, como para tener que agregar esfuerzo a su rutina con la PAF.

Llaman la atención las limitaciones socioculturales que se mencionan en relación con la PAF como los prejuicios de género derivados de pares (generalmente del mismo grupo etario, como amigas o vecinas), familiares u otros miembros de la comunidad, pues estos afectan de manera profunda las posibilidades de PAF: “[...] si yo estuviera haciendo ejercicio, las otras mujeres se enojarían, se burlarían, por eso no me gustaría bailar porque luego no más están juzgando [...]”; “[...] nos decían que hacíamos ridiculeces, que no estaba bien, que parecía que éramos niñas; pero nuestra vocal [del PDHO] decía que no les hiciéramos caso”; “[...] además las señoras de aquí son muy criticonas; cuando te ven se burlan, piensan que si una se pone a correr está una loca; entonces también a veces uno no lo hace por pena”.

Los PS también señalan posturas machistas de las parejas de las mujeres que complican la PAF en la comunidad: “Ellos dicen: no vas, ¿por qué quieres hacer ejercicio?, ¿para quién te quieres poner bien?”; “Para ellos está mejor tener una mujer ballena y ya [...]”.

Los testimonios también hacen referencia a la falta de espacios físicos seguros y adecuados para la PAF: “[...] unas amigas hacían ejercicio y... unos hombres... pasaron y las nalguearon, y entonces ya no, se quedaron así [...]”.

Facilitadores para la PAF (figura 2). Cuando se les planteó la posibilidad de llevar a cabo la PAF con una persona experta que las guiara, las MB mostraron disposición y entusiasmo para participar en grupos: “A mí cómo me gustaría que me enseñaran [a hacer ejercicio], porque la verdad ni sé”. Una de las vocales de PDHO menciona que el conocimiento de los beneficios puede motivar la práctica: “[...] que un doctor les explique la importancia de las actividades [para que entiendan la PAF y hagan caso]”.

Las participantes aseguran que si la PAF fuera establecida como obligatoria dentro del PDHO, les ayudaría: “[...] por decir, tenemos dos horas de plática, entonces que dijeran, una hora va a ser de pura plática y otra vamos a hacer ejercicio [...]”. No obstante, demandan un espacio privado con flexibilidad de horarios y donde pudieran llevar a sus hijos. Por su parte, los PS concuerdan sobre las ventajas que conlleva asistir con los hijos: “[...] con sus hijos, correr con ellos, saltar la cuerda”; “[...] ayudaría el cuidado de los niños, algo así como una guardería mientras lo hacen”. También hacen alusión a la posibilidad de tener PAF en compañía de algunos familiares de las MB, ya que se percibe que podría garantizarse la asistencia a grupos para PAF,

sobre todo si se cuenta con el respaldo de los esposos, que son quienes tienen mayor influencia sobre ellas.

Prácticas de consejería en consulta sobre PAF (objetivo 2). Del total los PS, 63.7% reporta haber aconsejado sobre PAF durante la consulta prenatal, mientras que 37.9% de las MB reporta haber recibido tal consejería. Este último dato es más consistente con lo detectado en la observación en consulta, donde 24.4% de los PS mencionó específicamente recomendaciones sobre PAF (cuadro II). La recomendación por el PS de aumentar la PAF sin precisar alguna actividad, tuvo una proporción de 90%. No obstante, la observación en consulta registró que la proporción más alta de recomendaciones sobre PAF fue la de continuar con actividades ligeras (42.5%) y la de reposo absoluto (38.1%). Cabe mencionar que no se verificaron los casos donde el reposo era necesario según el estado de salud de la MB.

Los MB y los PS reportaron de manera diferente la percepción de atender bien la recomendación sobre PAF por parte de la MB con 63.6 y 39.3% respectivamente. Por otra parte, 45% de los PS y 54% de las MB reportaron como razón principal para no atender recomendaciones de PAF la poca fuerza de voluntad que las mujeres tienen para realizarla.

Entre los argumentos que expresan los PS sobre su poca consejería en torno a PAF se encuentra que no han tenido capacitación sobre el tema y que, por tanto, se limitan a dar recomendaciones generales: “que camine”. En pocos casos hacen precisiones: “que caminen de 15 a 20 minutos cada tercer día, sin esfuerzo, obviamente”.

Discusión

Los hallazgos de este estudio cualicuantitativo muestran factores que facilitan y obstaculizan la PAF en el embarazo y PP, los cuales, como se vio en los resultados, encajan en las categorías de salud, actividades cotidianas, prácticas específicas y creencias. Lo anterior requiere en información fundamental para el diseño de intervenciones que modifiquen comportamientos de salud,¹³ particularmente en población socialmente vulnerable.²⁶

Las barreras y facilitadores identificados pueden organizarse a nivel individual, sociocultural, ambiental y de políticas públicas, lo cual se considera que puede interpretarse y discutirse a la luz de algunas de las categorías que postula el modelo ecológico.²⁷ Según este modelo, las conductas individuales son determinadas en gran medida por el ambiente con sus múltiples dimensiones físicas, sociales y culturales.

Individuales. Un estudio con médicos y obstetras de la Unión Americana²⁸ reveló que sólo 43% de los PS tuvo

la certeza de que sus pacientes seguirían sus recomendaciones. En este sentido se puede especular acerca de que el tema de PAF se excluye conscientemente de la consejería en consulta por la percepción que existe de que las mujeres no tomarán en cuenta las recomendaciones sobre PAF, lo que se puede interpretar como una barrera de actitud por parte de los PS. No obstante, en las entrevistas con estos informantes se identificó su apertura a ser capacitados y a consultar materiales de apoyo que los actualicen en el tema, particularmente para hacer recomendaciones durante el embarazo y PP.¹⁵

Entre algunas de las MB se puede apreciar una percepción relativamente clara entre PAF y salud; sin embargo, el hecho de que identifiquen la “pérdida de peso” como beneficio dentro del embarazo o el “calentamiento o agotamiento de la leche materna” durante el PP indica una falta de información certera y un obstáculo para la PAF. Contrarrestar este desconocimiento y reafirmar los efectos benéficos que conlleva la PAF para la mujer y el feto²⁹ podrían ser factores que incentivarán el inicio o mantenimiento de la PAF durante estas etapas (embarazo y lactancia), cuestión que se ha documentado en estudios previos.³⁰

Socioculturales. En este nivel²⁷ se encuentran barreras como la ausencia de apoyo de familiares, amistades de la pareja,³¹ que también se han reportado en otros estudios,³² algunos de los cuales han concluido que facilidades recreacionales y sociales, que incluyan el cuidado de los hijos, inciden en la PAF por parte de las mujeres latinas.

Se puede identificar que si las MB cuentan con conocimiento sobre beneficios y disposición para formar grupos de PAF es más fácil que tengan una actitud positiva hacia la PAF. En este sentido, el PDHO tiene un papel relevante como promotor y educador, porque facilitaría la aprobación de la pareja o del esposo y de los familiares. Esto último redundaría en potenciales cambios de comportamiento dada la evidencia de que intervenciones diseñadas con un fuerte soporte social son benéficas en poblaciones de bajos recursos.³³

Un estudio en mujeres brasileñas embarazadas³⁴ reportó que caminar fue la práctica más prevalente en la muestra estudiada a lo largo de todo el embarazo ($p < 0.05$). Asimismo, en éste y otros estudios se ha documentado que caminar es concebido como coadyuvante en la preparación para el parto,³⁵ lo que lo coloca como un facilitador aceptado socioculturalmente³⁶ para no excluir la PAF durante el embarazo. A esto se puede agregar su potencial biológico,³⁷ por lo que intervenciones que promuevan su práctica pueden ser una de las acciones por recomendar.

Por otro lado, se observaron inconsistencias entre la identificación de la importancia de consejería sobre PAF entre PS y MB (de acuerdo con las observaciones en consulta y encuestas de salida con mujeres). Lo anterior es consistente con lo reportado por Leiferman,²⁸ sobre el hecho de que únicamente la mitad de las pacientes recibió recomendaciones sobre PAF durante la consulta prenatal, lo que denota que falta priorizar el tema en los servicios de salud. Por tanto, el constante contacto con el PS dentro del contexto del PDHO podría estar subutilizado para promover la PAF entre sus beneficiarias.³⁸

Ambientales. Se ha documentado que en Latinoamérica la población en general y las mujeres en edad reproductiva tienen bajos niveles de actividad física.³⁹ Por otro lado, existe evidencia de que uno de los factores que más se asocia con la práctica de una “actividad física de moderada a intensa” en adultos (18 a 82 años) es el ambiente físico adecuado y seguro,⁴⁰ aspecto que también fue referido por los participantes de este estudio. A este respecto, el ambiente físico apropiado queda fuera del ámbito de influencia del PDHO y del sector salud; sin embargo, esto puede ser establecido como meta a largo plazo si se trabaja en colaboración con otros sectores públicos, como sucede en otros países.⁴⁰

Asimismo, se puede proveer al PS de recursos tecnológicos o virtuales que mejoren la promoción de la PAF en cada contacto con la población. Un ejemplo de ello es el programa en línea *Ejercicio es medicina*.⁴¹ Este tipo de aproximación sin restricciones de tiempo o acceso es de bajo costo y provee potenciales vías de educación y capacitación del PS.

Política pública. En México, la agenda de salud pública no contempla programas a gran escala dirigidos a mejorar la PAF en mujeres en edad reproductiva, lo que deja al país en desventaja para afrontar los nuevos retos resultantes de la transición nutricional y epidemiológica actual.² En una revisión de la literatura médica sobre los pasados 30 años⁴² se observa que muy pocas intervenciones han sido diseñadas e implementadas para promover la PAF en este grupo de interés. De igual forma, son pocas las intervenciones que incluyen una perspectiva cultural⁴³ o con formato sustentable.⁴⁴ Por tanto, resulta sumamente relevante implementar estrategias preventivas y de modificación de estilo de vida a lo largo del ciclo de la vida. Sin embargo, dados los efectos protectores y beneficios de largo plazo, es pertinente idear intervenciones en el periodo gestacional y en el de PP para optimizar la salud de la madre y del neonato.⁴⁵

El concepto de *actividad física* es limitadamente comprendido por la población de bajos recursos y, por

tanto, la medición de los niveles de PAF puede verse comprometida cuando se utilizan instrumentos complejos.⁴⁶ A este respecto, las imágenes que aquí se utilizaron sobre PAF permitieron su identificación en la mayoría de los casos. No obstante, queda la limitante de que no se obtuvo información puntual sobre el término de PAF ni sobre las recomendaciones al respecto, tanto en las MB como en el PS. En este estudio no se puede descartar el sesgo de información por parte de los participantes; no obstante, el uso de métodos mixtos²¹ permitió complementar y contrastar la información colectada. En cuanto a sesgo de selección de los participantes, éste pudo disminuir dada la obligatoriedad del programa de la atención prenatal.

Por otra parte, el instrumento de observación podría generar reactividad en el comportamiento del PS durante la consulta. No obstante, el equipo de campo fue capacitado para acompañar la sesión sin interferir, de modo tal que se evitara al máximo el sesgo de información. De igual forma, aunque a los participantes se les dieron a conocer los objetivos generales del estudio, no los supieron con detalle.

La extrapolación de los resultados se puede ver limitada a poblaciones similares a la estudiada. Un siguiente paso en este tema de investigación es realizar estudios específicos que estimen prácticas y conocimientos puntuales y completos de las recomendaciones internacionales de PAF durante el embarazo y PP, y que aborden el tema con mediciones objetivas.

Dado que este estudio se enfocó sólo en recuperar la percepción de barreras y facilitadores, se debe tener presente, como limitante, el hecho de que no se midieron los niveles de actividad física que llevan a cabo las participantes. Esto último resulta en otra limitante importante ya que, de haber obtenido información clave sobre barreras y facilitadores por nivel de PAF, también se habría obtenido información sustancial sobre su cumplimiento y sobre los elementos que limitan el alcance de las recomendaciones de PAF en la población estudiada. Lo anterior podría servir de base para futuras estrategias o estudios.

En conclusión, existen diversos factores⁴⁷ que determinan la PAF en la mujer embarazada o en PP. El PDHO ofrece un escenario propicio para transformar el concepto cultural y ponderar los beneficios biológicos de PAF en este grupo poblacional. El diseño de intervenciones debe estar dirigido a diferentes niveles,³³ con enfoque en la beneficiaria, la pareja, la familia y los pares; asimismo, ha de orientarse a nivel comunitario y a los ámbitos en donde la capacitación del PS sea sustantiva. Se recomienda que dichas estrategias de intervención se basen en investigación basada en la comunidad, dado

que tienen más posibilidad de reflejar valores culturales, preferencias de conducta, expectativas y contexto ambiental de los potenciales participantes.⁴⁸

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física: aplicación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: OMS, 2008.
2. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
3. Hernández B, de Haene J, Barquera S, Monterrubio E, Rivera J, Shamah-Levy T, et al. Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva. *Rev Panam Salud Publica* 2003;14(4):235-245.
4. Poudevigne M, O'Conner P. A review of exercise patterns in pregnant women and their relationship to psychological health. *Sports Med* 2006;36:19-38.
5. Kieffer E, Willis S, Arellano N, Guzmán R. Perspectives of pregnant and postpartum Latino women on diabetes, physical activity, and health. *Health Educ Behav* 2002;29(5):542-556.
6. Mottola MF. Exercise in the postpartum period, practical applications. *Curr Sports Med Rep* 2002;1:362-368.
7. Stotland N, Cheng Y, Hopkins L, Caughey A. Gestational weight gain and adverse neonatal outcome among term infants. *Obstet Gynecol* 2006;108(3 Pt 1):635-643.
8. Zavorsky GS, Longo LD. Exercise guidelines in pregnancy: new perspectives. *Sports Med* 2011;41(5):345-360.
9. Sports Medicine Australia. SMA statement: the benefits and risks of exercise during pregnancy. *J Sci Med Sport* 2002;5:11-19.
10. Asbee MS, Jenkins RT, Butler RJ, White J, Elliot M, Tutledge A. Preventing excessive weight gain during pregnancy through dietary and lifestyle counseling. *Obstet Gynecol* 2009;113(2):305-311.
11. Keller C, Records K, Ainsworth B, Permana P, Coonrod D. Interventions for weight management in postpartum women. *JOGNN* 2008;37:71-79.
12. Heath G, Parra D, Sarmiento O, Andersen L, Owen N, Goenka S, et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *Lancet* 2012;380:272-281.
13. Marquez D, Bustamante E, Bock B, Markenson G, Tovar A, Chasan-Taber L. Perspectives of Latina and Non-Latina white women on barriers and facilitators to exercise in pregnancy. *Women Health* 2009;49(6):505-521.
14. Clarke P, Gross H, Psychol C. Women's behavior, beliefs and information sources about physical exercise in pregnancy. *Midwifery* 2004;20:133-141.
15. Huijg J, Gebhardt W, Verheijden M, van der Zouwe N, de Vries J, Middekoop B, Crone M. Factors influencing primary health care professionals' physical activity promotion behaviors: a systematic review. *Int J Behav Med* 2015;22(1):32-50. doi 10.1007/s12529-014-9398-2.
16. Grandes G, Sánchez A, Sánchez-Pinilla RO, Torcal J, Montoya I, Lizarraga K, et al. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Arch Intern Med* 2009;169(7):694-701.
17. Neufeld L, Steta C, Rivera J, Martínez VA, Grados R, Uriega S, López VH. Evaluation for program decision making: a case study of the Oportunidades program in Mexico. *J Nutr* 2011;141:2076-2083.

18. Secretaría de Desarrollo Social. Programa Oportunidades. Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2011 [documento en internet]. México: Sedesol, 2011 [consultado en enero de 2010]. Disponible en: www.oportunidades.gob.mx
19. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a definition of mixed methods research. *J Mix Methods Res* 2007;1(suppl 2):112-133.
20. Gove S, Pelto GH. Focused ethnographic studies in the WHO Programme for the Control of Acute Respiratory Infections. *Med Anthropol* 1994;15(4):409-424.
21. Creswell JW. Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 2nd edition. EUA: Sage, 2003:196.
22. Miles L. Physical activity and health. *Nutrition Bulletin* 2007;32:314-363.
23. Organización Mundial de la Salud. Manual de vigilancia STEPS de la OMS: el método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas. Ginebra: OMS, 2006.
24. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage:567-605.
25. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, 2003.
26. Fernald CL, Gutiérrez JP, Neufeld LM. High prevalence of obesity among the poor in Mexico. *JAMA* 2004;291(21):2544-2545.
27. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q* 1998;15:351-377.
28. Leiferman J, Gutilla M, Paulson J, Pivarnik J. Antenatal physical activity counseling among healthcare providers. *Open J Obstet Gynecol* 2012;2:346-355.
29. Pearce CW. Seeking a healthy baby: Hispanic women's perceived views of pregnancy and prenatal care. *Clin Excell Nurse Pract* 1998;2(6):352-361.
30. Cioffi J, Schmied V, Dahlen H, Mills A, Thornton C, Duff M, et al. Physical activity in pregnancy: women's perceptions, practices, and influencing factors. *J Midwifery Womens Health* 2010;55:455-461.
31. Mosquera J, Parra DC, Gómez LF, Sarmiento O, Schimid T, Jacoby E. An inside look at active transportation in Bogotá: a qualitative study. *J Phys Act Health* 2012;9(6):776-785.
32. Thornton PL, Kieffer EC, Salabarría-Peña Y, Odoms-Young A, Willis SK, Kim H, Salinas MA. Weight, diet and physical activity-related beliefs and practices among pregnant and postpartum Latino women: the role of social support. *Matern Child Health J* 2006;10(1):95-104.
33. St. John C, Winston TJ. The effect of social support on prenatal care. *J Appl Behav Sci* 1989;25:79-98.
34. Domingues RM, Barros A. Leisure-time physical activity during pregnancy in the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Rev Saude Publica* 2007;41(2):173-180.
35. Bungum T, Thompson-Robinson M, Moonie S, Lounsbury M. Correlates of physical activity among Hispanic adults. *J Phys Act Health* 2011;8:429-435.
36. Parra-Medina D, Hilfinger D. Promotion of physical activity among Mexican-origin women in Texas and South Carolina: an examination of social, cultural, economic and environmental factors. *Quest* 2011; 63(1):100-117.
37. Clapp JF. The course of labour after endurance exercise. *Am J Obst Gynecol* 1990;163:1799-1805.
38. Spink K, Reeder B, Chad K, Wilson K, Nickel D. Examining physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Canadian J Public Health* 2008;99(1):26-31.
39. Massons C, Dias-da-Costa J, Olinto MTA, Meneghel S, da Costa C, Bairros F, Hallal P. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *CAD Saúde Publica* 2005;21(6):1685-1694.
40. Reis RS, Halla PC, Parra DC, Ribero IC, Brownson RC, Pratt M, et al. Promoting physical activity through community-wide policies and planning: findings from Curitiba, Brazil. *J Phys Act Health* 2010;7(suppl 2):S137-S145.
41. American College of Sports Medicine & American Medical Association (2010). Programa Ejercicio es Medicina [documento en internet] [consultado el 6 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.ejercicioesmedicinaes.org/profesionales.html>
42. Pérez A, Fleury J, Keller C. Review of intervention studies promoting physical activity in Hispanic women. *West J Nurs Res* 2010;32(3):341-362.
43. Poston II, Haddock CK, Olvera NE, Suminski RR, Reeves RS, Dunn JK, et al. Evaluation of culturally appropriate intervention to increase physical activity. *Am J Health Behav* 2001;25(4):396-406.
44. Grassi K, González G, Tello P, He G. La vida caminando: a community-based physical activity program designed by and for rural Latino families. *J Health Educ* 1999;30(Suppl 2):S13-S17.
45. Takito YM, Benício MH. Physical activity during pregnancy and fetal outcomes: a case-control study. *Rev Saúde Pública* 2010;44(1):90-101.
46. Medina C, Barquera S, Janssen I. Validity and reliability of the International Physical Activity Questionnaire among adults in Mexico. *Rev Panam Salud Publica* 2013;34(19):21-28.
47. Evenson RK, Moos K, Carrier K, Siega-Riz AM. Perceived barriers to physical activity among pregnant women. *Matern Child Health J* 2008;13(3):364-375.
48. Belza B, Walwick J, Shiu-Thornton S, Schwartz S, Taylor M, LoGerfo J. Older adult perspectives on physical activity and exercise: voices from multiple cultures. *Prev Chronic Dis* 2004;1(4):A09.