



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Coordinación de Investigación de Pregrado

PE: Licenciatura en Enfermería



Tesis

Autoestima y Acciones de Autocuidado

en Adolescentes Embarazadas

Presenta:

L.E. Yanet Camilo Morales

Para obtener el título de Licenciada en Enfermería

Asesor:

MCE. Ma. Araceli García López

Mayo 2015

Tabla de Contenido

	Página
I. Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco Conceptual	4
1.2.1 Definición conceptual de términos	4
1.2.2 Autoestima	4
1.2.3 Autocuidado	4
1.2.4 Adolescencia	8
1.2.5 Adolescente embarazada	8
1.2.6 Estudios relacionados	9
1.3 Objetivos	
1.3.1 Objetivo general	13
1.3.2 Objetivo específico	13
II. Metodología	
2.1 Diseño del Estudio	14
2.2 Población	14
2.3 Criterios de Selección	14
2.3.1 Criterios de inclusión	14
2.3.2 Criterios de exclusión	14
2.3.3 Criterios de eliminación	14
2.4 Muestra y Muestreo	14
2.5 Variables de Estudio	14
2.5.1 Definición operacional de variables	14
2.6 Instrumento de Recolección de Datos	17
2.7 Procedimiento de Recolección de Datos	18
2.8 Estrategias de Análisis	18

2.9 Ética del Estudio	18
2.10 Prueba Piloto	19
III. Resultados	
3.1 Consistencia Interna de los Instrumentos	20
3.2 Características de los participantes del Estudio	20
3.3 Estadística Descriptiva	31
IV. Discusión	33
4.1 Conclusiones	35
V. Referencias Bibliográficas	36
VI. Apéndices	
A. Consentimiento informado	40
B. Cédula de datos socio demográficos	41
C. Escala de autoestima Rosenberg	43
D. Acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas	44

1. Introducción

1.1 Planteamiento del Problema.

El embarazo en adolescentes es un problema de Salud Pública a nivel mundial, cada año aproximadamente 16 millones de mujeres de entre 15 y 19 años tienen un parto, lo que equivale el 11% de los nacimientos en el mundo, según en el Informe “Maternidad en la niñez”(Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

La adolescencia es un período significativo del ser humano caracterizado por cambios en el crecimiento físico, la maduración y el desarrollo psicosocial, inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción así como sentimientos relacionados que al ser expresados generan ansiedad, temor, culpa o vergüenza. Esto induce a ocultar lo que sienten, lo cual dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada, la baja autoestima conlleva utilizar la relación sexual como una forma equivocada de reforzamiento personal, favoreciendo así la actividad sexual temprana con sus consecuencias: embarazos no planeados, abortos, enfermedades de transmisión sexual (Rodríguez ,Morgado, Pérez, Rodríguez, Suárez, 2010).

En América Latina y el Caribe, el 18% de los nacimientos son de madres de 15 a 19 años. Por otra parte, se estima que del total de abortos inseguros en la región el 15% se producen entre las adolescentes. Cada año se registran 1.2 millones de embarazos no planificados, de los cuales más de la mitad ocurren en adolescentes no casadas. Estudios han demostrado que las madres adolescentes menores de 15 años son cuatro veces más vulnerables a la mortalidad materna y a un mayor riesgo de complicaciones como anemia, toxemia, hipertensión, placenta previa, y el nacimiento prematuro del bebé. (OMS, 2014).

En Latinoamérica, México ocupa el primer lugar de embarazos en adolescentes, una de cada dos mujeres de 12 a 19 años de edad que inicia su vida sexual, se embaraza, dos de cada 10 de entre 15 y 19 años han estado embarazadas en más de una ocasión, y un 40% de estos no son planeados ni deseados. Asimismo por cada mil mujeres de 15 a 19 años existen 77 embarazos, informa (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 2014).

En México cada año cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, lo que equivale al 27.6%, dichas adolescentes tienen rangos de edades que van de los 10 hasta los 19 años, predominando el grupo de 17 a 19 años, por otro lado en el 2011 nacieron en el país 2.58 millones de niñas y niños; entre ellos 473 mil eran hijos de madres menores de 19 años de edad, esta cifra es equivalente a 18.4%, es decir, prácticamente uno de cada cinco nacidos son hijos de madres adolescentes. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2014).

El Estado de México, Chiapas, Veracruz, Jalisco y Puebla, son las entidades con mayor concentración de adolescentes en condiciones de maternidad (Solera, 2013). Las probabilidades de morir por razones obstétricas en las adolescentes de 15 a 19 años son dos veces más, respecto a las mujeres que se encuentran entre los 20 y 30 años de edad, y para las menores de 15 años, los riesgos son cinco veces mayores (INEGI, 2014).

Por tanto el embarazo en esta etapa despliega sobre la adolescente sentimientos de frustración, desaprobación, juicios de valor negativos e incompetencia sobre su vida, los patrones sociodemográficos son importantes en el desarrollo o permanencia del bajo nivel de la autoestima, la cual se asocia a las necesidades emocionales satisfechas, esto constituye un gran problema, tanto para la adolescente como para el bebé; en primer lugar, porque no se estaría fomentando un ajuste saludable del estado emocional de la adolescente y en segundo lugar, los riesgos del embarazo se incrementarían, desde el

punto de vista biológico, ocasionando incluso la pérdida del producto de gestación (Ceballos, Camargo, Jiménez, Requena, 2011).

Es importante que las adolescentes embarazadas cuiden de sí misma durante el embarazo mediante el control prenatal, a fin de evitar complicaciones. (Pérez, Bastardo, Cermeño, Díaz, 2010). El auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos orientados hacia un objetivo y durante el embarazo es fundamental, porque la práctica del mismo influye positivamente en el nivel de salud y la calidad de vida de la embarazada, mejorando sus conocimientos y destrezas para cuidar de su propia salud y la de su hijo; fomentando su capacidad de decidirse a buscar ayuda profesional cuando sea necesario; es evidente que la mujer durante la gestación mantenga un auto cuidado apropiado para garantizar un embarazo saludable y parto libre de riesgos (Medina, Medina, Espericueta, Pérez, Salas, Vázquez y Moya, 2012).

La forma en que la autoestima influye sobre el inicio de la actividad sexual, parece depender básicamente del contexto normativo en el que se encuentran las adolescentes; a medida que el nivel de autoestima aumenta, la práctica de comportamientos sexuales inseguros disminuye. En relación con esto, los resultados de algunas investigaciones revelan que la asociación de la autoestima con la edad de inicio de actividad sexual es significativa, pero se diferencia por su sexo. (Ceballos, Camargo, Jiménez, Requena, 2011).

Para los profesionales de enfermería es significativo conocer si la autoestima de las adolescentes embarazadas se relaciona con el autocuidado, es referente para describir si existe una relación entre sí.

El propósito de esta investigación es conocer la relación que existe entre el autoestima de las adolescentes embarazadas con el autocuidado, por lo que se hace la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre el autoestima y el autocuidado de adolescentes embarazadas que acuden a consulta prenatal en el Hospital de la Mujer del Estado de Puebla?

1.2 Marco Conceptual

Para sustentar el presente estudio de investigación, es necesario contar con un marco conceptual que explique científicamente la posición desde la cual se analiza el problema. En este apartado se inicia con la conceptualización del término Autoestima retomado de Rosenberg (1965) y Autocuidado de acuerdo a la Teoría General de Enfermería del Déficit del Autocuidado de Orem en que se fundamenta el problema, posteriormente se conceptualiza a la adolescente embarazada y se finaliza con la revisión de algunos estudios publicados en relación con el tema.

1.2.1 Definición conceptual de términos

1.2.2 Autoestima.

Autoestima para Rosenberg es la consideración positiva o negativa de uno mismo y de amor propio, consiste básicamente en una tendencia direccional que oscila entre un nivel alto y un nivel bajo. Si uno se juzga en términos positivos con aceptación y condescendencia, tendrá una autoestima positiva, pero si se autoevalúa y otorga escasa o nula importancia a los propios caracteres, entonces carecerá de unos pilares básicos para la supervivencia psíquica, al faltar el mínimo de seguridad, estima y respeto por sí que es necesario (Rosenberg, 1973).

La Real Academia Española en 1996 define autoestima como la valoración generalmente positiva de sí mismo, mientras que la Asociación Nacional para la Autoestima (National Association for Self – Esteem 1999) define autoestima como la experiencia de tener capacidad para enfrentar los desafíos de la vida y ser merecedor de la felicidad. Las personas que tienen una autoestima auténtica y saludable se ven a sí mismas como seres humanos positivos, responsables, constructivos y confiables.

1.2.3 Autocuidado.

El siguiente concepto que se va a utilizar en la presente investigación es Acciones de Autocuidado, el cual forma parte de la Teoría General de Enfermería del Déficit del Autocuidado, la cual fue desarrollada por la Dra. Dorothea Orem desde 1958 por un

interés especial en el trabajo de enfermería. Esta teoría describe y explica la relación entre las capacidades, acciones y demandas de autocuidado de un individuo. También considera que la enfermería es una respuesta para el cuidado cuando existe déficit de autocuidado en los grupos humanos (Orem, 1995).

La Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado está formada por tres micro teorías: a) Teoría de Autocuidado, b) Teoría del Déficit del Autocuidado y c) Teoría del Sistema de Enfermería. La teoría del Autocuidado es absorbida por la Teoría del Déficit de Autocuidado, la cual a su vez está incluida en la Teoría de Sistemas de Enfermería; las tres teorías tienen como común denominador el Autocuidado. La primera teoría explica por qué el autocuidado es necesario para la salud y el bienestar de la persona, la segunda ofrece las razones que la enfermería tiene para ayudar a las personas y la tercera describe y explica cómo las personas son ayudadas por enfermería. La Teoría de Enfermería de Déficit del Autocuidado está compuesta por cinco conceptos centrales interrelacionados, que son: 1) Acciones de Autocuidado, 2) Capacidad de Autocuidado, 3) Demanda de Autocuidado Terapéutico, 4) Deficiencia de Autocuidado y 5) Agencia de Enfermería; un concepto secundario, denominado requisitos de autocuidado y un concepto periférico que son los factores condicionantes básicos (Orem, 1995).

Los requisitos de autocuidado son los propósitos que deben alcanzarse a través de las acciones; son el resultado de lo deseado, del compromiso deliberado en el autocuidado. Los factores condicionantes básicos son elementos o características internas o externas que tienen las personas y afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado o que afectan el tipo y cantidad de éste requerido para cuidar de sí mismo o de los que dependen de ellas. Orem considera los siguientes factores condicionantes básicos: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de bienestar, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de recursos.

Los conceptos de la teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado están estrechamente interrelacionados. La teoría considera que las personas tienen Capacidades de Autocuidado que les permiten realizar acciones y están dirigidas a satisfacer los requisitos universales, de desarrollo y por desviación de la salud; sin embargo, cuando éstas capacidades son menores que la demanda de autocuidado terapéutico en un determinado tiempo, la persona entra en déficit de autocuidado; y para cubrirlo surgen las agencias de enfermería, proporcionando cuidados total, parcialmente compensatorios o de educación (Orem, 1995).

Los factores condicionantes básicos pueden ser clasificados dentro de tres categorías: a) Factores descriptivos de los individuos (edad, estado de desarrollo, género), b) Factores que localizan a las personas dentro de las estructuras familiares y de los grupos socioculturales (orientación sociocultural sistema familiar) y c) Factores que relacionan a los individuos con las condiciones y circunstancias de la vida (estado de salud, sistema de salud, patrón de vida, factores medio ambientales, disponibilidad y adecuación de recursos).

En relación a los factores del sistema familiar Orem (1995) señala que el individuo primero aprende los estándares culturales en relación con la salud y sus cuidados en el seno de la familia, en donde hay variaciones en las prácticas de Autocuidado.

Aunque el embarazo y la maternidad no convierten a las adolescentes en adultos maduros y responsables, las presiones que derivan de él pueden provocar que estas se preocupen por aprender a cuidarse, esta proposición es apoyada por la teoría Orem, según la cual el individuo aprende las prácticas de autocuidado a través del ciclo vital en el que se encuentra, por ello, para esta investigación se retomará el concepto “Capacidades de Autocuidado”, ya que la adolescente embarazada posee ciertas capacidades y habilidades que le permiten comprometerse con su propio cuidado, descartando un déficit de autocuidado que se refiere a la relación deficitaria entre la capacidad y las demandas de autocuidado.

Orem (1995) define Capacidad de Autocuidado como la habilidad compleja, adquirida para satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos de vida, mantienen o promueven la integridad de la estructura humana, el funcionamiento y desarrollo humano, promueven el bienestar. La capacidad de autocuidado es desarrollada a lo largo de su existencia. Cuando el conocimiento de la salud es aprendido, las medidas de cuidado preventivo pueden ser abordadas. Las adolescentes aprenden lo que deben hacer o no hacer en las áreas de la vida humana. Desarrollan conductas para tomar decisiones sobre su salud (Orem, 1995).

Las Acciones de Autocuidado se conceptualizan como las prácticas que los individuos realizan en su propio beneficio para mantener la vida, la salud y el bienestar, están dirigidas a cumplir tres diferentes tipos de requisitos de autocuidado: universales, de desarrollo y por desviación de la salud. Los requisitos universales son comunes a todos los seres humanos durante las etapas del ciclo vital de acuerdo con su edad, estados de desarrollo, factores ambientales y otros; están asociados con los procesos vitales, con el mantenimiento de la integridad de la estructura y con el funcionamiento humano y bienestar general (Orem, 1995).

Todas las personas realizan acciones para satisfacer los requisitos universales que incluyen 1) mantenimiento y consumo suficiente de aire, 2) mantenimiento y consumo suficiente de agua, 3) mantenimiento y consumo suficiente de alimento, 4) atención a la eliminación, 5) mantenimiento del equilibrio entre la actividad y descanso, 6) mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social, 7) prevención y evasión de riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar y 8) promoción de la normalidad. Por ejemplo, una condición normal de desarrollo tal como el embarazo, incrementa el requisito de alimentación; vigilancia de eliminación urinaria, prevención de accidentes (Orem, 1991).

1.2.4 Adolescencia.

La adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, considerándose temprana de los 10 a 13 años, intermedia de los 14 a los 16 años y tardía de los 17 a 19 años, durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica (OMS, 2014).

La adolescencia según Piaget es la tercera etapa del desarrollo de la vida del ser humano, caracterizada por el máximo desarrollo cognoscitivo que culmina con la capacidad para razonar y tomar juicios sobre algunos aspectos; los adolescentes pueden detectar la consistencia o inconsistencia lógica de una serie de afirmaciones y evaluar el sistema; pueden asumir ciertos cuidados de su vida y salud en el afán de aprendizaje. Sin embargo, cuando la adolescente se embaraza, la demanda de autocuidado terapéutico aumenta, debido a que ella tiene necesidades especiales, en principio el riesgo obstétrico no tiene que ser mayor que el de cualquier otra persona adulta embarazada, si se mejoran sus capacidades de autocuidado (Pérez, Forero, Cabarcas, Hinestrosa, Lobo, Garavito, et. al 2013).

1.2.5 Adolescente embarazada.

Adolescente embarazada es la mujer que se embaraza durante los primeros años ginecológicos y cuando ésta mantiene la total dependencia social y económica de la familia. (Rodríguez, Morgado, Pérez, Rodríguez, Suarez, 2010)

El embarazo en las adolescentes es una crisis que se sobrepone a la de la adolescencia; en algunos casos éste puede llegar a término en condiciones que no alteran significativamente la calidad de vida; en la mayoría de los casos puede tener efectos devastadores porque conduce a una pérdida de autonomía que obliga a las adolescentes a buscar la ayuda de sus padres cuando creían que habían iniciado el camino hacia su independencia.

Las actitudes y el cambio de la adolescente frente a su embarazo se manifiestan con gran variedad de acuerdo con las influencias culturales, familiares, temperamentales, de clase social y estados de salud. El cambio físico y las condiciones socioeconómicas conducen a desarrollar prácticas de autocuidado que muchas veces no son las más idóneas, al inicio del embarazo la adolescente continúan con estas mismas prácticas, posteriormente pueden asumir cuidados bajo la guía de la madre o de otros familiares y amigas, debido a que los individuos aprenden primero; los valores culturales dentro de su familia de origen; hay muchas variaciones de prácticas de autocuidado.

1.2.6 Estudios relacionados

Ceballos, Camargo, Jiménez, Requena (2011) Determinaron el nivel de Autoestima y los factores sociodemográficos en adolescentes embarazadas, con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años, la población y muestra estuvieron constituidas por 22 adolescentes embarazadas de un barrio localizado al noreste de la ciudad de Santa Marta (Colombia), el instrumento utilizado fue la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) como resultados, se observó que el 31.8% presentó autoestima baja, el 59 % reflejó autoestima normal y el 9% mostró autoestima alta. Con referencia a los factores sociodemográficos, en el tipo de familia, se evidencio que el 50 % de las adolescentes pertenecía a familia nuclear y el 50% restante a familia extensa. Con relación al grado de educación, el 18.1% estudia o han cursado primaria, el 77.2 % cursó secundaria y solo el 4.55% respondieron que han cursado estudios de carreras técnicas, en cuanto al estado civil de las adolescentes el 18.1% manifestó ser soltera, el 36.4% respondieron estar casadas, los 27.3% separadas y el 18.1% están en unión libre.

Avad (2011) Determinó los factores epidemiológicos condicionantes al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño. Se realizó el estudio en 35 adolescentes embarazadas (casos) y en 35 adolescentes no embarazadas (controles) en el período que corresponde al estudio, para ello se realizó un muestreo aleatorio simple. De las adolescentes estudiadas hubo una mayor frecuencia de

adolescentes entre los 14 y 16 años en un 57.1%; el 68.6% del total de adolescentes tuvo grado de instrucción secundaria; el 97; el 65.7% tuvo una autoestima alta; el 75.7% de las adolescentes tiene aspiraciones educacionales; el 52.9% tiene buenas relaciones con los padres; el 97.1% no consume drogas; el 84.3% no usa métodos anticonceptivos; el 90% de las adolescentes recibió información sobre sexualidad; el 67.1% refieren que los medios de comunicación si influyen; el 44.3% de los embarazos son no planificados; el 68.6% refiere que el antecedente de la madre con embarazo adolescente si influye sobre el embarazo.

Granados, Gonzales (2011) Desarrollaron un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo con el objetivo de valorar y describir las prácticas de cuidado que realizan las adolescentes embarazadas consigo mismas y con el hijo por nacer. La población estuvo constituida por 150 adolescentes que asistieron al Hospital Local del Norte de la ciudad de Bucaramanga, se empleó el instrumento Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en etapa prenatal. Como resultados se encontró que 75.3% de las adolescentes siempre descansa por más de seis horas durante la noche, 80.6% de gestantes siempre dedican tiempo para descansar durante el día, 67.3% siempre acostumbran a realizarse duchas vaginales internas y 87.3% usan ropa cómoda que permite libertad de movimiento. El 40% consume leche o derivados 3 ó 4 veces al día, 61.3% consumen diariamente 2 porciones, bien sea de carne, pollo, pescado o vísceras; 41.3% consumen siempre hortalizas o verduras dos veces al día, 42% siempre procuran que las frutas estén presentes en la alimentación diaria; 80.7% siempre consumen más de dos porciones de tubérculos y 52% de la población siempre toman al día entre 7 y 8 vasos de agua.

Medina, et al. (2012) En un estudio cuantitativo de tipo pre-experimental, se evaluó una intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos sobre autocuidado durante el embarazo, en México, se dedujo que las embarazadas contaban con un conocimiento inadecuado respecto al autocuidado del embarazo; ya que, de

acuerdo con el nivel de conocimiento el 26.7% obtuvo un conocimiento bueno, el 43.3% regular y 30% se ubicó en malo.

Panduro, Jiménez, Pérez, Panduro, Peraza, Quezada (2012) Determinaron las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones materno-perinatales del embarazo en adolescentes en el Hospital Civil de Guadalajara, el grupo de casos lo conformaron 550 adolescentes de 12 a 18 años.

El mayor porcentaje 31% fue de mujeres de 18 años seguido de las de 17 años. El estado civil más frecuente fue la unión libre con 62.7%, casadas 8.5%, solteras 28.7%; hubo mayor número de pacientes primigestas 72.2%, el 26.7% tenían 2 a 3 embarazos, de las adolescentes sólo vivían con su pareja 49.2%. El 74.2% de las pacientes del grupo tenían el apoyo de su pareja. Se dedicaban al hogar 51.2%, 26.3% eran estudiantes y el resto 22.5% tenían otras ocupaciones (empleadas, obreras, comerciantes).

Romero (2012) Analizó la relación existente entre las practicas saludables y las complicaciones atendidas en consulta externa en el Centro de Salud Velazco Ibarra en Machala, Ecuador, se trata de un estudio de tipo descriptivo, como resultados se obtuvo en relación con las características individuales de las adolescentes embarazadas el 47% fueron adolescentes de 17 a 19 años , el 40% de 14 a 16 años, y el 13 % de 11 a 13 años, el 51% vivía en unión libre el 24% casadas, y un 18% solteras, en cuanto a la ocupación el 53% se dedicaron a los quehaceres domésticos. En cuanto a las prácticas alimenticias el 64% tenían bajo peso, el 19% normo nutridas mientras que el 17% tenían sobrepeso, el 53% de ellas tenían preferencia por los alimentos ricos en grasa y frutas, el 21% carbohidratos, el 12 % consumía lácteos. En relación con las actitudes el 100% se bañaba todos los días, al igual en un 100% utilizaban prendas de vestir armadas o apretadas, mientras que en relación con las asistencia de controles prenatales el 27% no asistía a sus controles.

Cogollo (2012) Identifica los aspectos biopsicosocial asociados al embarazo adolescente en Monteria, Córdoba, Colombia, con el fin de comprender las actitudes y el

comportamiento asociado a esta etapa, se trata de un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo de corte universal, la población consta de 30 adolescentes, como resultado se obtuvo una prevalencia de edad entre los 15 a 19 años, las uniones libres, la baja escolaridad debido a la deserción escolar y en su mayoría tiene una ocupación de ama de casa, su ingreso económico es menor al salario mínimo, la mayoría se alimentó de micronutrientes, mientras que una fuma, respecto a los controles prenatales su captación fue tardía entre el 2° y 3° trimestre, además no cumplieron con las citas programadas. Se observó que el 83% de las adolescentes no planearon el embarazo, por ello la inestabilidad en la pareja con un 60%, o el rechazo de la pareja en un 27% y el de la familia en un 17% y de sí misma el 3% por su nueva condición, se afectó su realización personal debido a que abandonaron sus estudios y empleo en un 10%, durante su embarazo manifiestan tener el apoyo familiar 63% de ellas y de la pareja 73%, en el contexto familiar el 60% de las adolescentes pertenecen a una familia extensa, seguido de la nuclear el 40%, con respecto al estado de salud mental el 43% manifestó estrés, el 20% tristeza y un 10% depresión durante el embarazo.

Rico, Castillo, Benítez, Medina (2013) En su estudio fue aplicado el programa de atención a la adolescente gestante a una población 95 adolescentes, en el periodo comprendido entre agosto de 2011 a julio de 2012. En general las pacientes tuvieron un inicio temprano del control prenatal evidenciado en un porcentaje del 65% para el primer trimestre de embarazo, el 32% para el segundo trimestre y tan solo el 3% inician controles en el último trimestre del embarazo. El 26.31% de las gestantes presentaron problemas con su estado nutricional.

Ariz, Valderrama y Ospina (2014) Realizaron en Boyacá Colombia un estudio con el fin de explorar los factores que podrían estar ligados con la ocurrencia del embarazo adolescente. Resultados: media de edad 18 años; 24% menores de 17 años; media de escolaridad 9.6 años; 51 % sin Bachillerato completo; edad promedio de las parejas 22.7 años (rango 17-43); 58% manifiesta tener pareja estable; para 25.8 % este era su

segundo embarazo; 8.5% con antecedente de al menos un aborto; 32.3% clasifica como embarazos francamente no deseados; se registra un muy buen nivel de conocimientos y por ende de utilización de métodos de planificación familiar. Como conclusión se encuentran como principales factores relacionados la pobreza, bajo nivel de escolaridad, inicio temprano de actividad sexual y escasa o nula información sobre factores relacionados con la sexualidad.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general:

Identificar el nivel de autoestima y su relación con el autocuidado en adolescentes embarazadas que acuden a consulta al Hospital de la Mujer en la ciudad de Puebla.

1.3.2 Objetivos específicos:

Describir el nivel de autoestima en las adolescentes embarazadas que acuden a consulta en el Hospital de la Mujer

Describir el nivel de autocuidado en las adolescentes embarazadas que acuden a consulta en el Hospital de la Mujer

II. Metodología

2.1 Diseño del estudio:

Descriptivo transversal, correlacional

Es descriptivo ya que se pretende documentar y describir las variables, factores personales, biológicos, y socioculturales, sin manipulación de sus variables.

Correlacional porque se pretende encontrar o no, la asociación de dos o más variables, en este caso Autoestima y Autocuidado. (Polit & Hungler, 2006)

2.2 Población:

Población total 174 adolescentes embarazadas que acuden a consulta prenatal en el Hospital de la Mujer en el Estado de Puebla.

2.3 Criterios de selección:

2.3.1 Criterios de inclusión: Adolescentes embarazadas entre los 10 y 19 años, en los diferentes trimestres, con diferente número de gesta, que acudan consulta de control prenatal en los dos turnos (matutino y vespertino), que voluntariamente acepten participar en el estudio.

2.3.2 Criterios de exclusión: Embarazadas mayores a 19 años y menores de 10 años que acudan a consulta de control prenatal.

2.3.3 Criterios de eliminación: Adolescentes embarazadas que no estén dispuestas a participar, o menores de edad que su tutor no firme el consentimiento informado, o aquellas que no contesten completamente los cuestionarios.

2.4 Muestra y Muestreo

Con un muestreo no probabilístico por conveniencia, el tamaño de la población fue de 119 adolescentes embarazadas.

2.5 Variables de Estudio

2.5.1 Definición operacional de variables

Las siguientes variables se midieron mediante la Cédula de Datos Sociodemográficos (CEDASO) 2014 en el momento de la entrevista (Ver Apéndice B).

Trimestre de embarazo: Se define al primer trimestre como el período comprendido desde la concepción hasta la semana 13. El segundo trimestre se extiende desde la semana 14 a la 28. Y el tercer trimestre va desde la semana 28 hasta el trabajo de parto y alumbramiento y si bien varía considerablemente, tiene una duración promedio de 40 semanas, expresada en primero, segundo y tercer trimestre.

Edad: Se define como cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana, expresada en años cumplidos.

Escolaridad: Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada, expresada en 1) primaria concluida, 2) secundaria concluida, 3) técnico ,4) preparatoria o bachiller concluido, 5) analfabeta.

Peso: Se refiere a la masa corporal de una persona que se mide por medio de una báscula o de otro instrumento equivalente, expresado en kilogramos.

Talla: Estatura o altura de las personas, expresada en centímetros.

Tipo de familia: Grupo de personas con lazos sanguíneos o no que viven juntas, expresada en 1) Familia nuclear, 2) Extensa, 3) Integrada, 4) Reconstituida, 5)

Monoparental.

Progenitor de su hijo (a): Pariente en línea recta ascendente de una persona, expresado en 1) Desconocido, 2) Familiar, 3) Amigo, 4) Novio, 5) Esposo.

Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes, mediante cinco opciones de respuesta 1) Soltera, 2) Unión libre, 3) Casada, 4) Viuda, 5) Divorciada.

Rol: Papel o función que alguien desempeña, expresada en 1) Hija, 2) Hermana, 3) Esposa, 4) Pareja, 5) Suegros, 6) Padres, hermanos y pareja, 7) Vive sola.

Condición económica: Toda situación caracterizada por la ausencia de grandes variaciones en el nivel de producción, renta y empleo, junto con poca o nula inflación,

expresada en 1) menos de un salario mínimo, 2) de 1 a 2 salarios mínimos, 3) de 3 a 4 salarios mínimos, 4) más de 5 salarios mínimos, 5) no trabaja.

Tabla.1. Operacionalización de las Variables

Variable	Tipo de variable	Nivel de medición	Escala de medición
Trimestre de embarazo	Cuantitativa	Ordinal	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre
Edad	Cuantitativa	Continua	De 10 a 19 años
Grado escolar	Cuantitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Técnico Preparatoria Analfabeta
Peso	Cuantitativa	Continua	Kilogramos
Talla	Cuantitativa	Continua	Metros
Tipo de familia	Cualitativa	Discreta nominal	Nuclear, extensa, integrada, reconstruida, monoparental.
No de hija	Cuantitativa	Discreta	1, 2, 3, mas de 3
Progenitor de su hijo (a)	Cuantitativa	Nominal	Desconocido, familiar, amigo, novio, esposo
Estado civil	Cuantitativa	Nominal	Soltera, casada, unión libre
Con quien vive	Cuantitativa	Nominal	Padres y hermanos, amigos, tíos, pareja, suegros, vive sola.
Rol	Cuantitativa	Nominal	Hija, hermana, esposa, estudiante, nuera, madre, todas.
Condición económica	Cuantitativa	Continia ordinal	Menos de 1 salario mínimos De 1 a 2 salarios mínimos De 3 a 4 salarios mínimos Más de 5 salarios mínimos No trabaja
Número de embarazo	Cuantitativa	Continua	Primero, Segundo, Tercero, cuarto ó Más
Apoyo familiar	Cuantitativa	Discreta,nominal	Padres , Amigos Hermanos , Pareja, Otro , Ninguno, Todos
Autoestima	Cuantitativa	Discreta ordinal	Buena, Regular, Baja
Autocuidado	Cuantitativa	Discreta ordinal	Excelente, Bueno, Regular, Deficiente

2.6 Instrumentos de Recolección de los Datos

2.6.1 Cédula de datos personales

Fue elaborada por la investigadora la cual consta de 18 preguntas relacionadas con datos demográficos como, trimestre de embarazo, escolaridad, edad, peso, talla, estado civil, numero de embarazo, tipo de familia a la que pertenece, numero de hija por orden de nacimiento, progenitor de si hijo, con quien vive, rol que desempeña, condición económica, apoyo familiar, embarazo planeado, método de planificación familiar.

2.6.2 Escala de autoestima Rosenberg

Su funcionalidad de este instrumento es medir la autoestima global, mide las variables del yo físico y el yo personal del autoconcepto. Consta de 10 ítems, que mide la percepción que la persona tiene de ella misma (por ejemplo: “En general estoy satisfecho conmigo mismo/a”), que deben ser puntuados en una escala comprendida entre tres opciones de respuesta, En desacuerdo 1, Algo de acuerdo 3, Totalmente de acuerdo 6. Los rangos para evaluar el tipo de autoestima son: Buena de 44-60 puntos, Regular de 27-43 puntos, Baja de 10-26. El coeficiente de fiabilidad, alpha de Cronbach obtenido para la escala en esta investigación fue de .68 lo cual se considera aceptable (Ortiz, 2010).

2.6.3 Acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas

Este instrumento es una escala unidimensional compuesta por 26 ítems, evalúa las conductas, capacidades y habilidades que llevan a cabo las adolescentes embarazadas que le permiten comprometerse con su propio cuidado para mantener su salud y bienestar, el patrón de respuestas tiene cuatro opciones: Total desacuerdo 1. Parcial desacuerdo 2, Parcial acuerdo 3, Total acuerdo 4. Los rangos para evaluar las acciones de autocuidado son: Excelente de 85-104, Bueno de 66-84, Regular 46-65, Deficiente 26-45. El coeficiente de fiabilidad, alpha de Cronbach, obtenido para la escala fue de .73 lo cual se considera respetable (Ortiz, R.).

2.7 Procedimientos para la Recolección de los Datos

Para obtener la aprobación y autorización y llevar a cabo la investigación, el proyecto se presentó ante la Comisión de Investigación del Hospital de la Mujer para cumplir con los requerimientos establecidos en materia de investigación.

La recolección de datos se efectuó por la investigadora y mediante entrevistas a cada mujer participante, se le pidió firmar un consentimiento informado a ella y su familiar en caso de ser mujeres menores de edad, se aplicó una cédula de datos personales y socioculturales elaborados por la investigadora, un instrumento de Autoestima de Rosenberg y el instrumento de Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas. Las preguntas se formularon de manera sencilla y clara, el tiempo aproximado para cada entrevista fue de 10 minutos.

2.8 Estrategias de Análisis

Los datos fueron analizados en el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 21. Se utilizaron estadísticos descriptivos de resumen y de dispersión (frecuencias, porcentajes, media, mediana, varianza, desviación estándar y Tau-c de Kendall). En la presentación de resultados se utilizó el procesador de textos Microsoft Word y el programa Power Point. Se presentaron los datos en tablas y gráficos.

2.9 Ética del Estudio

Los aspectos éticos de esta investigación se realizaron en base a los lineamientos y principios establecidos en la Ley General de Salud, respetando su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar como lo señala el artículo 13. Se le pidió su consentimiento informado a las adolescentes y su familiar en caso de ser menor de edad, cuidando su integridad y privacidad como lo señala el artículo 14 y 16. Se dio a conocer a las participantes que podrá retirarse en el momento que lo decida según el artículo 18 de esta ley.

De acuerdo a la clasificación de la ley General de Salud se trata de una investigación sin riesgo ya que la información se obtendrá por medio de entrevistas y no se realizará ninguna intervención en el individuo, garantizando la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a la investigación. Asimismo se consideran los principios establecidos en el Código de Ética de Enfermería y la norma oficial reproductiva, respetando su autonomía, protegiendo la confidencialidad, privacidad y la integridad de la persona ante cualquier afectación.

2.10 Prueba Piloto

La prueba piloto se llevó a cabo en el Centro de Salud Reforma Sur, localizado en la colonia La Paz en el Estado de Puebla, el tamaño de la muestra fue de 60 adolescentes embarazadas, mediante entrevistas se aplicó a cada participante: una Cédula de Datos Sociodemográficos, Escala de Autoestima de Rosenberg y Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas, la entrevista se realizó en la sala de espera, en un tiempo aproximado de 10 minutos.

Con respecto a la Cédula de Datos Sociodemográficos se detectó algunas inconsistencias por lo que se realizaron las siguientes modificaciones, en la pregunta 3 se agregó la opción de respuesta 5) Analfabeta, en la pregunta 10 la opción de respuesta 7) Vive sola, en la pregunta 11 la opción de respuesta 7) Todas, en la pregunta 12 la opción de respuesta 7) No trabaja, y en la pregunta 18 la opción de respuesta 7) Ninguno. En cuanto al Instrumento de Autoestima de Rosenberg y al de Autocuidado se calculó la confiabilidad de los mismos la cual fue de .68 que se considere aceptable y .73 que se considera respetable respectivamente, según el autor José Gonzalo Ortiz Rossi.

III. Resultados

Este capítulo se divide en tres apartados: primero se presenta la consistencia interna de los instrumentos, en segundo lugar se escriben las características de los participantes del estudio y tercero se describen los resultados de los objetivos planteados.

Tabla 2. Confiabilidad de los Instrumentos del Estudio

No.	Instrumento	No. De preguntas	Alpha de Cronbach
1	Escala de Autoestima (EA) Rosemberg	10	.68
2	Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas (AACAE)	26	.73

3.1 Consistencia interna de los Estudios Aplicados

El alpha de cronbach es el índice de confiabilidad de uso generalizado que permite estimar la congruencia interna u homogeneidad de una cuantificación integrada por varias subpartes, una de las características que presenta este indicador , es que cuando las correlaciones totales de sus variables o ítems son considerablemente altas, dan mayor fiabilidad del coeficiente, teniendo como finalidad la depuración del instrumento no siendo otra cosas la consistencia interna del mismo (Polit & Hunger, 2006).

Tabla 3. Trimestre de Embarazo de las Adolescentes en el Hospital de la Mujer que Acuden a Consulta en el mes de Diciembre

Variable	Característica	Fx	%
Trimestre de embarazo	Primer Trimestre	11	9.2
	Segundo Trimestre	20	16.8
	Tercer Trimestre	88	73.9

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográfico (CEDASO), 2014

N=119

En la tabla 3. Se observa que la mayoría de las adolescentes embarazadas que acuden a los servicios de consulta externa y de urgencias del Hospital de la Mujer del Estado de Puebla se encuentran en el tercer trimestre de su embarazo con 88 casos, lo que equivale al 73.9 % de la población estimada para el estudio.

Tabla 4. Antropometría de las Adolescentes Embarazadas que Acuden a Consulta en el Hospital de la Mujer en el mes de Diciembre

Variable	Característica	Fx	%
Edad	12 a 14	11	9.2
	15 a 17	59	49.6
	18 a 20	49	41.2
Edad Promedio	17		
Peso	40 a 49	14	11.8
	50 a 59	48	40.3
	60 a 69	34	28.6
	70 a 79	16	13.4
	80 a 89	5	4.2
	90 a 99	2	1.7
Peso Promedio	61		
Talla	1.40 a 1.49	23	19.3
	1.50 a 1.59	76	63.9
	1.60 a 1.69	20	16.8
Talla Promedio	1.53		

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográfico (CEDASO), 2014

N=119

En la tabla 4. Se observa que la mayor parte de las adolescentes embarazadas se encuentran entre los 15 a 17 años de edad siendo, siendo la edad promedio 17 años, presentan un peso de 40 a 99 kilos, siendo el peso promedio 61 kilos y una talla de 1.40 a 1.69 metros, siendo la estatura promedio de 1.53 metros.

Tabla 5. *Datos Sociodemográficos de las Adolescentes Embarazadas que Acuden a Consulta en el mes de Diciembre en el Hospital de la Mujer*

Variable	Característica	Fx	%
Escolaridad	Primaria	24	20.2
	Secundaria	53	44.5
	Técnico	6	5.0
	Preparatoria	32	26.9
	Analfabeta	1	.8
	Nivel superior	3	2.5
Tipo de Familia	Nuclear	40	33.6
	Extensa	4	3.4
	Integrada	37	31.1
	Reconstituida	9	7.6
	Monoparental	28	23.5
	Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	1	.8
	Número de Hija	Primera	34
Segunda		41	34.5
Tercera		22	18.5
cuarta o más		22	18.5

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográfico (CEDASO), 2014

N=119

En la tabla 5. Se puede observar que las adolescentes embarazadas que cursaban la secundaria son el 44.5 %, mientras que el 26.9% se encontraba en preparatoria; la mayor parte de este grupo en estudio proviene de una familia nuclear con un 33.6%, siendo la 2° hija por orden de nacimiento en la mayoría de los casos con un 35.3%.

Tabla 6. Estado civil y Progenitores del bebé de las Adolescentes Embarazadas que Acuden a Consulta en el Hospital de la Mujer en el mes de Diciembre

Variable	Características	Fx	%
Principales Progenitores del bebé	Desconocido	1	.8
	Amigo	3	2.5
	Novio	109	91.6
	Esposo	6	5.0
Estado Civil	Soltera	30	25.2
	Unión Libre	85	71.4
	Casada	4	3.4

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográfico (CEDASO), 2014

N=119

En la tabla 6. Se observa que el 91.6 % de los casos el progenitor del hijo de las adolescentes embarazadas es su novio, el 5% fue su esposo, sin embargo el 2.5% fue su amigo y en un 1% desconocido. En cuanto al estado civil el 71.4 % vive en unión libre, mientras que el 25.2% es soltera.

Tabla 7. Personas con las que vive la Adolescente Embarazada que Acuden a Consulta en el Hospital de la Mujer en el mes de Diciembre

Variable	Características	Fx	%
Personas con las que vive la Adolescente Embarazada	Padres y Hermanos	31	26.1
	Tíos	5	4.2
	Pareja	29	24.4
	Suegros y pareja	29	24.4
	Padres, hermanos y pareja	20	16.8
	Vive sola	1	.8
	Sólo mamá o papá	2	1.7
	Otro familiar	2	1.7

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográfico (CEDASO), 2014

N=119

En la tabla 7. Se observa que el 26.1% de las adolescentes embarazadas viven con padres y hermanos, y con un mismo porcentaje 24.4% vive con sus suegros y pareja, y otro 24.4% solo vive con su pareja.

Tabla 8. Principales Roles que Desempeñan las Adolescentes Embarazadas que Acuden a Consulta en el Hospital de la Mujer en el mes de Diciembre

Variable	Características	Fx	%
Rol	Hija	3	2.5
	Hermana	1	.8
	Esposa	26	21.8
	Estudiante	1	.8
	Nuera y esposa	19	16.0
	Esposa, madre y nuera	9	7.6
	Hija, esposa y estudiante	1	.8
	Esposa y estudiante	1	.8
	Esposa, estudiante y madre	1	.8
	Otro	5	4.2
	Hija y hermana	29	24.4
	Hija ,hermana y esposa	19	16.0
	Madre y esposa	2	1.7
	Hija y estudiante	1	.8
	Hija, hermana y estudiante	1	.8

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográfico (CEDASO), 2014

N=119

En la tabla 8. Se muestran los principales roles que desempeñan las adolescentes embarazadas, ente ellos se encuentran el de hija y hermana 24.4%, esposa 21.8%, el 16% de ellas desempeñan roles de hija, hermana y esposa y en otro 16 % de nuera y esposa.

Tabla 9. Ingresos Mensuales y Apoyo Económico de las Adolescentes Embarazadas que Acuden a Consulta en el Hospital de la Mujer en el mes de Diciembre

Variable	Característica	Fx	%
Salario de las Adolescentes Embarazadas	Menos de 1 salario mínimo	4	3.4
	De 1 a 2 salarios mínimos	4	3.4
	De 3 a 4 salarios mínimos	6	5.0
	Más de 5 salarios mínimos	1	.8
	No trabaja	104	87.4
Apoyo de las Adolescentes Embarazadas	Padres	16	13.4
	Pareja	5	4.2
	Sólo papá o mamá	4	3.4
	Ninguno	1	.8
	Todos	66	55.5
	Padres y pareja	22	18.5
	Padres y hermanos	5	4.2

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográfico (CEDASO),2014

N=119

En la tabla 9. Observamos que el 87.4% de las adolescentes embarazadas no trabajan; por otra parte el 55.5% de ellas cuentan con el apoyo de padres, pareja, hermanos.

Tabla 10. Número de Embarazo y Apoyo Familiar de las Adolescentes Embarazadas que Acuden a Consulta en el Hospital de la Mujer en el mes de Diciembre

Variable	Característica	Fx	%
Número de embarazo de las Adolescentes	Primero	99	83.2
	Segundo	15	12.6
	Tercero	3	2.5
	Cuarto o más	2	1.7
Apoyo familiar de Las Adolescentes Embarazadas	Te apoyó	105	88.2
	Te rechazó	6	5.0
	Fue indiferente	8	6.7
Embarazo planeado	SÍ	36	30.3
	No	83	69.7

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográfico (CEDASO), 2014

N=119

En la tabla 10. Observamos que el 69.7% de los embarazos de las adolescentes no fueron planeados, mientras que en el 83% de los casos totales fue su primer embarazo, sin embargo existen 2 casos en los cuales es su cuarto o más embarazo; en cuanto al apoyo familiar el 88.2% cuenta con el apoyo de su familia.

Tabla 11. *Uso de Métodos de Planificación Familiar de las Adolescentes Embarazadas que Acuden a Consulta en el Hospital de la Mujer en el mes de Diciembre*

Variable	Característica	Fx	%
Uso de método de Planificación Familiar	SÍ	48	40.3
	No	71	59.7
Tipo	Hormonales orales	9	7.6
	Hormonales inyectables	5	4.2
	Dispositivo Intrauterino	4	3.4
	De barrera	24	20.2
	Naturales o abstinencia periódica	3	2.5
	Ninguno	71	59.7
	Hormonales orales y de barrera	3	2.5

Fuente: Cédula de Datos Sociodemográfico (CEDASO),2014

N=119

En la tabla 11. Se observa que el 59.7% de las adolescentes no utiliza ningún tipo de método de planificación familiar, mientras que el 40.3% si utiliza algún tipo de ellos, en un 20.2% de estos casos utilizan de barrera, mientras que el 7.6 % hace uso de hormonales orales, y el 4.2% hormonales inyectables.

Tabla 12. Principales Respuestas de las Adolescentes Embarazadas en la Escala de Autoestima de Rosenberg

Variable	En desacuerdo		Algo de Acuerdo		Totalmente de Acuerdo	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Sientes que eres una persona que vale igual que las demás	11	9.2	24	20.2	84	70.6
Sientes que tienes un buen número de cualidades	9	7.6	51	42.9	59	49.6
Cuando piensas en tu vida sientes que es fracasada	12	10.1	30	25.2	77	64.7
Eres capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría de la gente	10	8.4	24	20.2	85	71.4
Tienes mucho de que estar orgullosa	10	8.4	37	31.1	72	60.5
Te aceptas como eres	2	1.7	8	6.7	109	91.6
Te encuentras satisfecha y a gusto contigo misma	3	2.5	22	18.5	94	79
Desearías tener más respeto por ti misma	88	73.9	21	17.6	10	8.4
A veces te sientes inútil	10	8.4	39	32.8	70	58.8
A veces piensas que eres una buena para nada	7	5.9	21	17.6	91	76.5

Fuente: Escala de Autoestima (EA) Rosenberg, 2014

N=119

En la tabla 12. Se muestra que el 70.6% está totalmente de acuerdo en que es una persona que vale igual que las demás, el 71.4% es capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría de la gente, el 91.6% se acepta como es, sin embargo; el 64.7% está totalmente de acuerdo que su vida es fracasada, el 58.8% a veces se siente inútil, y el 76.5% a veces piensa que es una buena para nada.

Tabla 13. Nivel de Autoestima de las Adolescentes Embarazadas

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Buena autoestima	85	71.4
Regular autoestima	32	26.9
Baja autoestima	2	1.7
Total	119	100.0

Fuente: Escala de Autoestima (EA) Rosenberg, 2014

En la tabla 13. Se describe el nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas presentando el 71.4% una buena autoestima, el 26.9 % regular autoestima y solo el 1.7% baja autoestima.

Tabla 14. Principales Respuestas de las adolescentes Embarazadas en las Acciones de Autocuidado

Variable	Total Desacuerdo		Parcial Desacuerdo		Parcial Acuerdo		Total Acuerdo	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Con frecuencia consumes leche queso y mantequilla	6	5.0	9	7.6	36	30.3	68	57.1
Con frecuencia consumes líquidos	2	1.7	3	2.5	16	13.4	98	82.4
Desde que inició mi embarazo he cambiado la forma de alimentarme	21	17.6	5	4.2	21	17.6	72	60.5
Con frecuencia consumes frutas y verduras	2	1.7	0	0	40	33.6	77	64.7
Con frecuencia consumes cereales y leguminosas	2	1.7	13	10.9	45	37.8	59	49.6
He disminuido el consumo de refrescos y comida chatarra	26	21.8	26	21.8	11	9.2	57	47.9
Realizo el control de mi embarazo	4	3.4	3	2.5	17	14.3	95	79.8
Me hago los análisis indicados	4	3.4	1	.8	17	14.3	97	81.5
Consumo cereales y verduras en la dieta	3	2.5	7	5.9	32	26.9	77	64.7
Frecuentemente me controlo la presión arterial	19	16.0	1	.8	49	41.2	50	42.0

Fuente: Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas (AACAE), 2014 N=119

En la tabla 14. Se muestra que la mayoría de las adolescentes embarazadas refieren estar en total acuerdo en consumir leche queso y mantequilla 57.1%, líquidos 82.4%, frutas y verduras 64.7%, cereales y leguminosas 49.6%, además el 60.5% de ellas desde

que inició su embarazo han cambiado su forma de alimentarse, el 79.8% realiza el control de su embarazo, el 81.5% se hace los análisis indicados, mientras que solo el 47.9 % ha disminuido el consumo de refresco y comida chatarra, con un similar porcentaje 42% se controlan la presión arterial.

Tabla 15. Principales Respuestas de las Adolescentes Embarazadas en las Acciones de Autocuidado

Variable	Total		Parcial		Parcial Acuerdo		Total Acuerdo	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Evito consumir alimentos que contienen sal	38	31.9	7	5.9	24	20.2	50	42.0
Frecuentemente examino mis pies y tobillos y busco signos de inflamación	26	21.8	5	4.2	19	16.0	69	58.0
Frecuentemente me peso	14	11.8	7	5.9	42	35.3	56	47.1
Hago uso de crema para las estrías	53	44.5	8	6.7	17	14.3	41	34.5
Realizo ejercicios para formar mi pezón	83	69.7	5	4.2	8	6.7	23	19.3
Desde que inició mi embarazo he cambiado la forma de vestir	23	19.3	1	.8	19	16.0	76	63.9
Utilizo zapatos con tacones bajos y cómodos	9	7.6	0	0	3	2.5	107	89.9
Evito ejercicio intenso y cargar pesado	9	7.6	1	.8	12	10.1	97	81.5
Evito consumir alcohol cigarros y drogas	2	1.7	0	0	5	4.2	112	94.1
Frecuentemente descanso durante el día	10	8.4	1	.8	23	19.3	85	71.4

Fuente: Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas (AACAE), 2014

N=119

En la tabla 15. Se puede observar que la mayor parte de las adolescentes evitan consumir alimentos que contengan sal 42%, el 58% examina su pies y tobillos en busca de signos de inflamación, 63.9% ha cambiado su forma de vestir, 89.9% utilizan zapatos cómodos, 94% evitan consumir alcohol, cigarros y drogas, 71.4% descansan durante el día; por

otra parte el 44.5% están en total desacuerdo en usar crema para las estrías, y el 69.7% no realizan ejercicios para formar su pezón.

Tabla 16. Principales Respuestas de las Adolescentes Embarazadas en las Acciones de Autocuidado

Variable	Total Desacuerdo		Parcial Desacuerdo		Parcial Acuerdo		Total Acuerdo	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Frecuentemente realizo caminatas	10	8.4	6	5.0	25	21.0	78	65.5
Frecuentemente hago uso de chanclas para evitar caídas	11	9.2	2	1.7	20	16.8	86	72.3
Uso el pasamanos para subir y bajar escaleras	29	24.4	3	2.5	20	16.8	67	56.3
Realizo el baño diario	1	.8	0	0	24	20.2	94	79.0
Frecuentemente realizo ejercicios respiratorios	60	50.4	6	5.0	19	16.0	34	28.6
Frecuentemente observo las características de mis evacuaciones	21	17.6	5	4.2	16	13.4	77	64.7

Fuente: Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas (AACAE), 2014

N=119

En la tabla 16. Se muestra que la respuesta más frecuente de las adolescentes embarazadas respecto a realizar caminatas 65.5%, usar chanclas para evitar caídas 72.3%, usar el pasamanos para subir y bajar escaleras 56.3%, realizar el baño diario 79%, y observar las características de sus evacuaciones 64.7% fue total acuerdo, mientras que el 50.4 % dio una respuesta de total desacuerdo respecto a realizar ejercicios respiratorios.

Tabla 17. Nivel de Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas

Autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
Excelente autocuidado	63	52.9
Buen autocuidado	53	44.5
Regular autocuidado	3	2.5
Deficiente autocuidado	0	0.0
Total	119	100.0

Fuente: Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas (AACAE), 2014

En la tabla 17. Se muestran los resultados obtenidos de las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas, en la cual el 52.9% presentan un excelente autocuidado, el 44.5% buen autocuidado, y el 2.5% regular autocuidado, es importante mencionar que nadie presentó un deficiente autocuidado.

Tabla 18. Nivel de Autoestima y su Relación con las Acciones de Autocuidado en Adolescentes Embarazadas

Escala de autoestima	26 – 45	46 – 65	66 – 84	85 – 104	Total
	Deficiente autocuidado	Regular autocuidado	Buen autocuidado	Excelente autocuidado	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
44 – 60 Buena autoestima	0 (0.0)	0 (0.0)	35 (29.4)	50 (42.0)	85 (71.4)
27 – 43 Regular autoestima	0 (0.0)	3 (2.5)	17 (14.3)	12 (10.1)	32 (26.9)
10 -26 Baja autoestima	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)	1 (0.8)	2 (1.7)
Total	0 (0.0)	3 (2.5)	53 (44.5)	63 (52.9)	119 (100.0)

En la tabla 18. Para el apartado de resultados inferenciales se utilizó la variable Tau c de kendall , Valor= 0.146, p= 0.023 en esta tabla se muestra la relación entre el nivel de

autoestima y el autocuidado en las adolescentes embarazadas, nivel de significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0.05$

Figura 1. Nivel de Autoestima y su Relación con las Acciones de Autocuidado en Adolescentes Embarazadas

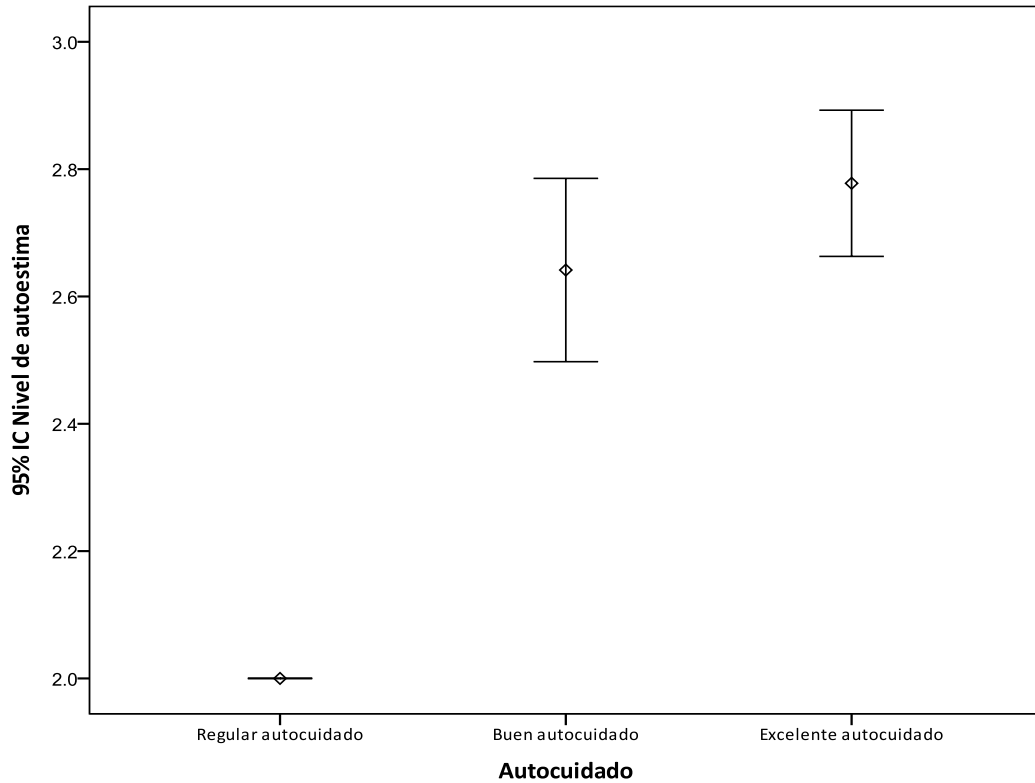


Figura 1. En las 119 adolescentes embarazadas que acuden a consulta al hospital de la mujer en la ciudad de Puebla se encontró asociación positiva entre el nivel de autoestima y el autocuidado, en la figura se puede observar que a mayor nivel de autoestima mejor es el autocuidado en las adolescentes.

IV. Discusión

En el presente estudio la mayor proporción de adolescentes embarazadas se ubicó entre los 15 y 17 años de edad, siendo la edad promedio 17 años, difiriendo con los artículos revisados Ariz, Valderrama & Ospina (2014) y Panduro et. al. (2012) quienes refieren promedios de edad de 18 años.

Su captación fue tardía la mayor parte de la población se encontró en el 3° trimestre de embarazo lo cual coincide con Cogollo (2012) donde las adolescentes acuden a los controles prenatales entre el 2° y 3° trimestre de embarazo.

La mayoría de ellas presentan una escolaridad de secundaria, este resultado también coincide con Ceballos et.al (2011) y Avad (2011) quienes en su estudio muestran resultados con un mismo grado de escolaridad, el tipo de familia al que pertenecen en su mayoría es nuclear, seguida de integrada, coincidiendo con el estudio de Ceballos, et,al (2011), por otra parte en cuanto al estado civil la mayor parte de adolescentes manifestó estar en unión libre coincidiendo con Panduro et.al (2012) y Romero (2012).

El estudio de Cogollo (2012) nos dice que “en su mayoría tiene una ocupación de ama de casa, su ingreso económico es menor al salario mínimo” obteniendo un resultado muy parecido a dicho autor, ya que en su mayoría no trabaja, es decir depende económicamente de su pareja o familia, otro dato importante encontrado fue que el 69.7% de los embarazos no fueron planeados, siendo su primer embarazo en la mayoría de ellas, lo cual coincide con todos los estudios revisados; “el conocimiento que dicen tener sobre los métodos anticonceptivos no corresponde con el uso” nos indica Rodríguez et. al (2010) esto se corrobora con los resultados obtenidos en este estudio donde el 59.7% no utiliza ningún tipo de método de planificación familiar.

Para Ceballos et. at (2011) una tercera parte de la muestra de su estudio presenta autoestima baja durante el embarazo, y se puede inferir que la desaprobación se mostró presente en estas jóvenes, es decir no tienen estima de si, lo que constituye un gran problema tanto para la adolescente como para el bebé, pues no se estaría fomentando un

ajuste saludable del estado emocional de la adolescente, y por otra parte los riesgos del embarazo se incrementan desde el punto de vista biológico, ocasionando incluso la pérdida del bebé.

En cuanto a la práctica de alimentación los datos obtenidos se relaciona con el estudio realizado por Granados, Gonzales (2011) la mayoría de adolescentes consumen, frutas, verduras, leche, cereales y agua, sin embargo en comparación con Romero (2012) quien reporta que la mayor parte de ellas prefieren alimentos ricos en grasas y que el 64% tenían bajo peso, el 19% normo nutridas, mientras que el 17% tenían sobrepeso.

Granados, Gonzales (2011) refiere que el 74.4% descansa durante el día, la mayor parte de las adolescentes acuden a sus consultas de control prenatal, además que hay gestantes que no saben de la importancia de llevar un buen control de este, coincidiendo también con Cogollo (2012). Con respecto a higiene y cuidados personales en este estudio se encontró que el 79 % de las entrevistadas realizaban buenas prácticas de higiene los datos coinciden con las investigaciones de Romero (2012).

De acuerdo con lo anterior en el presente estudio se encontró que el 71.4 % presenta una buena autoestima, el 26.9 % regular autoestima, el 1.7 % tiene baja autoestima.

Por otra parte en cuanto a las acciones de autocuidado que realizan las adolescentes embarazadas los hallazgos obtenidos fueron que el 52.9% lleva a cabo excelentes acciones de autocuidado, el 44.5% buenas acciones de autocuidado, mientras que el 2.5% realiza regular autocuidado.

Como aportes de esta investigación se encontró lo siguiente; las adolescentes embarazadas tienen un peso de 40 a 99 kilos, siendo el peso promedio 61 kilos, una talla de 1.40 a 1.69 siendo la estatura promedio 1.53 metros, la mayor parte de ellas son la 2° hija por orden de nacimiento, el progenitor de si hijo en un 91.6 % es su novio, el 5% fue su esposo, el 2.5% fue su amigo y en un 1% desconocido. En su mayoría las adolescentes embarazadas viven con padres y hermanos, mientras que los principales

roles que desempeñan son el de hija y hermana con un 24.4% seguido de esposa con el 21.8%.

Aunque los datos nos arrojan que las adolescentes tienen una excelente autocuidado la mayor proporción de ellas no realiza ejercicios para formar su pezón, ni hacen uso de crema para las estrías, además de no realizar ejercicios respiratorios, y una tercera parte de ellas no evitan consumir refrescos y comida chatarra.

En cuanto al autoestima y el autocuidado no se encontró estudios donde se retomaran ambos conceptos, cabe mencionar que el presente estudio es de alta relevancia ya que los aportes valiosos de esta investigación son demostrar que el autoestima se relaciona con el buen autocuidado, resultados que no se han comprobado en otras investigaciones pero son relevantes en el cuidado prenatal y para el campo disciplinario.

Conclusiones

Los resultados sustentan que la edad promedio de las adolescentes que se embarazan es 17 años de edad, un peso promedio de 61 kilos y una talla de 1.53 metros, la mayoría tiene una escolaridad de secundaria, pertenecen a familia nuclear, siendo la 2° hija por orden de nacimiento, la mayor parte de ellas vive con su padres y hermanos, la principal ocupación es ama de casa, los principales roles que desempeñan son el de hija y hermana, no trabajan y dependen económicamente de sus padres, el progenitor de su hijo es su novio, siendo un embarazo no planeado y en la mayoría su primer embarazo, el estado civil que más predominó fue unión libre, además no utilizan métodos de planificación familiar, la mayor parte de adolescentes presenta una buena autoestima y lleva acabo excelentes acciones de autocuidado.

Un dato relevante que arrojó la investigación es que en una adolescente embarazada es importante fomentar una buena autoestima, debido a que esto va a repercutir de manera positiva en su autocuidado.

Referencias.

- Ariza, R. Valderrama, S. & Ospina, D. (2014). Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia [versión electrónica]. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 154-163.
- Avad, A. (2011). Factores Epidemiológicos condicionantes al embarazo en adolescente atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño [versión electrónica]. *Revista Colombiana de Enfermería*, 7, 151-160.
- Ceballos, O. Camargo, G. Jiménez, S. & Requena, M. (2011) Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta (Colombia)[versión electrónica]. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3, 31-37.
- Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México, Primera edición México, D.F. (2001) Recuperado 20 de Agosto 2014 de www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf
- Cogollo, J. (2012) Aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente en Córdoba, Colombia [versión electrónica]. *Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES* 385-393
- Fuentes M. L. (2013) Embarazo adolescente: fenómeno expansivo. Recuperado 23 noviembre 2014 de <http://mexicosocial.org/index.php/mexico-social-en-excelsior/item/260-embarazo-adolescente-fen%C3%B3meno-expansivo.html>
- Gire AC (2013) Recupera una oportunidad. Recuperado 10 noviembre 2014 de <http://www.animalpolitico.com/2013/12/en-mexico-una-de-cada-dos-adolescentes-que-inicia-su-vida-sexual-se-embaraza-gire/>
- Granados, O. & Gonzales A. (2011) Prácticas de cuidados que hacen las gestantes adolescentes consigo mismas y con el hijo por nacer , Colombia [versión electrónica]. *Revista Med UAB*, 14, 9-14.

- Guevara, H. (1997) Autocuidado en Adolescentes Embarazadas en un Área Urbano Marginada de Apodaca, Nuevo León. Tesis de especialidad. [versión electrónica]. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Estadísticas a propósito de día internacional de la juventud. Recuperado 26 de noviembre 2014 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2014/juventud9.pdf>
- Ley General de Salud. Recuperado 20 de agosto 2014 de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040614.pdf
- Medina, B. Medina, S. Espericueta, M. Pérez, P. Salas, M. Vázquez, A. & Moya, G. (2012) Intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimientos de autocuidado en embarazada [versión electrónica]. *Waxapa Universidad Autonoma de Nayarit* 2,15-23.
- Morales N. (2011) Estilo de vida de la Adolescente Embarazada. Tesis de especialidad no publicada. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México.
- Organización mundial de la Salud (2014) Niñas con Niños, Reporte Indigno. Recuperado 31 octubre 2014 de <http://www.reporteindigo.com/reporte/mexico/ninias-con-ninios> <http://morelos.gob.mx/?q=impulso-estrategia-de-prevencion-del-embarazo-no-planificado-en-morelos>
- Organización Mundial de la Salud y Universia México (2014) OCDE: México ocupa el primer lugar en casos de embarazos adolescentes. Recuperado 25 de octubre 2014 <http://noticias.universia.net.mx/actualidad/noticia/2014/01/10/1074362/ocde-mexico-ocupa-primer-lugar-casos-embarazos-adolescentes.html>
- Organización Mundial de la Salud (2014) El Día Internacional de la Niña, aboga por terminar con el matrimonio infantil que contribuye a embarazos tempranos y no planificados (OPS/OMS). Recuperado 12 octubre 2014 de

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7322-nacimientos-son-de-madres-adolescentes-en-america-latina-y-el-caribe&catid=1443%3Anews-front-page-items&lang=pt&Itemid=1926

- Oviedo, M. & García, M. (2011). El embarazo en situación de adolescencia: una impostura en la subjetividad femenina [versión electrónica]. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2, 929 – 943.
- Panduro, B. Jiménez, C. Pérez, M. Panduro, M. Peraza, M. & Quezada, F. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales [versión electrónica]. *Ginecología Y Obstetricia De Mexico*, 80, 694-704.
- Pérez, I. Bastardo, D. Cermeño, T. & Díaz, L. (2010). Incidencia de Embarazo Precoz según las Etapas de la Adolescencia [versión electrónica] .*Informe Médico*, 10, 26-31.
- Pérez, M. Forero, C. Cabarcas, N. Hinestrosa, C. Lobo, S. Garavito, M. & Mejía, M. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia) [versión electrónica]. *Salud Uninorte*, 29, 394-405.
- Polit, D. & Hungler, B. (2006) Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ta. Ed. México D.F. McGraw- Hill Interamericana.
- Rico, C. Castillo, P. Benítez , V. & Medina, O. (2013) Programa de atención integral a la adolescente gestante [versión electrónica]. *Revista Ciencia y Cuidado*, 10, 67-77.
- Rodríguez, H. Morgado, B. Pérez , J. Rodríguez , C. & Suárez, R. (2010) Caracterización del embarazo en la adolescencia Barrio La Victoria, Barquisimeto, Estado Lara, Venezuela [versión electrónica] . *Gaceta Médica Espirituana* , 12, 12-19.
- Romero, B. (2012) Prácticas saludables relacionadas a complicaciones obstétricas

durante el embarazo en adolescentes atendidas en consulta externa en el C.S. Velazco Ibarra Machala, Ecuador [versión electrónica]. *Universidad de Machala, Facultad de ciencias químicas y de la salud.*

Solera, C. (2013) Buscan Frenar Embarazo en Adolescentes Mexicanas.

Recuperado 5 de octubre 2014 <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2013/12/06/932341>

Unión Puebla (2013) Embarazos adolescentes un problema de salud pública.

Recuperado 12 de octubre 2014 <http://es.scribd.com/doc/189251369/Recupera-una-Oportunidad-Llamado-a-prevenir-y-atender-el-embarazo-adolescente>

Apéndice A

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Programa Educativo: Licenciatura en Enfermería
Consentimiento Informado

A quien corresponda:

Al firmar este documento, acepto de conformidad participar de manera voluntaria en esta investigación, de la que se me informó que tiene como propósito explicar las relaciones entre los factores personales biológicos y socioculturales, autoestima y autocuidado percibidas en mi estilo de vida. También se me dio a conocer que no corro ningún riesgo y que puedo retirarme en el momento que así lo decida. Se me aseguró que se respetará mi privacidad, mis derechos como ser humano, y la información que proporcione será confidencial y a la que tendrá acceso únicamente la investigadora. Conociendo todo esto, estoy de acuerdo en participar y doy mi autorización a la estudiante Yanet Camilo Morales quien desarrolla tal investigación para que realice las preguntas y mediciones necesarias.

Firma del informante

Firma del padre o tutor de la adolescente menor de 18 años

Apéndice B

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Programa Educativo: Licenciatura en Enfermería

Cédula de Datos Sociodemográficos

(CEDASO) Camilo & Cuervo (2014)

No. De Cuestionario

Instrucciones: Responde por favor en base a tu caso.

1. Trimestre del Embarazo

1) Primer Trimestre 2) Segundo Trimestre 3) Tercer Trimestre *Datos Sociodemográficos*2. Edad en años cumplidos 3. Grado Escolar 1) Primaria 2) Secundaria 3) Técnico 4) Preparatoria 5) Analfabeta

4. Peso Corporal actual_____

5. ¿Cuál es tu talla en centímetros?_____

6. Tu familia es: 1) Nuclear 2) Extensa 3) Integrada 4) Reconstituida 5) Monoparental

7. ¿Qué número de hija eres por orden de nacimiento?

1) 1° 2) 2° 3) 3° 4) 4 ó más 8. ¿El progenitor de tu hijo es? 1) Desconocido 2) Un familiar 3) Tu amigo 4) Tu novio 5) Esposo

9. Estado Civil: 1) Solteros 2) Unión Libre 3) Casada
4) Viuda 5) Divorciada

10. ¿Quiénes forman tu familia o con quien vives?

1) Padres y hermanos 2) Tíos 3) Amigos 4) Pareja
5) Suegros 6) Padres, hermanos y Pareja 7) Vives Sola

11. ¿Cuál es el rol que desempeñas en dónde vives?

1) Hija 2) Hermana 3) Esposa 4) Estudiante
5) Nuera 6) Madre 7) Todas

12. Según el salario mínimo real (\$62.80) ¿A cuánto equivalen tus ingresos mensualmente ?

1) Menos de 1 salario mínimo 2) De 1 a 2 salarios mínimos
3) De 3 a 4 salarios mínimos 4) Mas de 5 salarios mínimos
5) No trabaja

13. Número de embarazo: 1) Primero 2) Segundo 3) Tercero
4) Cuarto o más

14. Cuentas con el apoyo de: 1) Padres 2) Amigos 3) Hermanos
4) Pareja 5) Otro 6) Ninguno 7) Todos

15. Cuando te enteraste de tu embarazo, tu familia:

1) Te apoyo 2) Te rechazó 3) Fue Indiferente

16. Fue un embarazo planeado: 1) Si 2) No

17: Utilizas algún método de planificación familiar: 1) Si 2) No

18. Si tu respuesta fue Sí, ¿qué método utilizabas?:

1) Hormonales orales 2) hormonales inyectables 3) Subdérmico
4) DIU 5) de barrera (condón) 6) naturales o abstinencia periódica
7) Ninguno

Apéndice C

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Investigación y Estudios de Pregrado

Programa Educativo: Licenciatura en Enfermería

Escala de Autoestima (EA) Rosenberg (1965)

Instrucciones: lea cada una de las preguntas, así como de las opciones posibles e indique la respuesta apropiada para usted.

En desacuerdo (1) Algo de acuerdo (3) Totalmente de acuerdo (6)

N°	Pregunta	En desacuerdo 1	Algo de acuerdo 3	Totalmente de acuerdo 6
1	Comparada con otras adolescentes; siente que es una persona que vale igual que las demás			
2	Sientes que tienes un buen número de cualidades			
3	Cuando piensas en tu vida sientes que es fracasada			
4	Eres capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría de la gente			
5	Tienes mucho de que estar orgullosa			
6	Te aceptas como eres			
7	Te encuentras satisfecha y a gusto contigo misma			
8	Desearías tener más respeto por ti misma			
9	A veces te sientes inútil			
10	¿A veces piensas que eres buena para nada?			

Apéndice D
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Investigación y Estudios de Pregrado
Programa Educativo: Licenciatura en Enfermería

Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas
(AACAE)

Instrucciones: lea cada una de las preguntas, así como de las opciones posibles e indique la respuesta apropiada para usted.

Total desacuerdo (1) Parcial desacuerdo (2) Parcial acuerdo (3) Total acuerdo (4)

Pregunta	Total Desacuerdo	Parcial Desacuerdo	Parcial Acuerdo	Total acuerdo
Con frecuencia consumo los siguientes alimentos:				
1.- Frutas y verduras				
2.- Cereales y leguminosas				
3.- Leche queso y mantequilla				
4.- Líquidos				
5.- Desde que inició mi embarazo he cambiado la forma de alimentarme				
6.- He disminuido el consumo de refrescos y comida chatarra				
Frecuentemente cumplo con las siguientes indicaciones de salud:				
7.- Realizo el control de mi embarazo				
8.- Me hago los análisis indicados				
9.- Consumo cereales y verduras en la dieta				
10.- Frecuentemente me controlo la presión arterial				
11.- Evito consumir alimentos que contiene sal.				
12.- Frecuentemente examino mis pies y tobillos y busco signos de inflamación.				
13.- Frecuentemente me peso.				
14.- Hago uso de crema para las estrías.				
15. Realizo ejercicios para formar mi pezón.				
16.- Desde que inició mi embarazo he cambiado la forma de vestir.				
17.- Utilizo zapatos con tacones bajos y cómodos.				
18.- Evito ejercicio intenso y cargar pesado.				
19.- Evito consumir alcohol, cigarros y drogas.				
20.-Frecuentemente descanso durante el día.				
21.-Frecuentemente realizo caminatas.				
22.-Frecuentemente hago uso de chanclas para evitar caídas.				
23.-Uso el pasamanos para subir y bajar escaleras.				
24.- Realizo el baño diario.				
25.-Frecuentemente realizo ejercicios respiratorios (inspiraciones y espiraciones)				
26.-Frecuentemente observo las características de mis evacuaciones.				

