



**Universidad de Costa Rica**  
**Universidad Estatal a Distancia**  
**Programa Interuniversitario UCR-UNED**



**Facultad de Medicina**  
**Escuela de Enfermería**  
**Recinto de Golfito**

**“Conocimiento y prácticas de autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta de atención en salud en el EBAIS de Golfito, en el 2015”**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**Comité Asesor**

**Tutora:** M.Sc. Yamileth Gutiérrez Obregón

**Lectora n°1:** Dra. Lilliam Marín Arias

**Lector n°2:** M.Sc. Dennis Carrillo Díaz

**Proponente:**

**Gabriel Elizondo Torres**

**2015**



## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **19 de enero 2016**, con el objeto de recibir el informe oral del/ la estudiante **Juan Gabriel Elizondo Torres**, carné **B02198**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciado en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

MSc. Yamileth Gutiérrez Obregón, Directora  
Dra. Lilliam Marín Arias, Lectora  
MSc. Denis Carrillo Díaz, Lector  
MSc. Kattia Medina Arias, Quinto Miembro  
Licda. Georgina Morera Quesada, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente **Juan Gabriel Elizondo Torres** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

### ARTICULO 2

El (la) Postulante **Juan Gabriel Elizondo Torres**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **Conocimiento y prácticas de autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta de atención en salud en el EBAIS de Golfito, en el 2015.**

### ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



**ARTICULO 4**

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado

**ARTICULO 5**

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciado en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las diez horas.

Licda. Georgina Morera Quesada	Presidente (a)
MSc. Yamileth Gutiérrez Obregón	Director (a)
Dra. Lilliam Marín Arias	Lector(a)
MSc. Denis Carrillo Díaz	Lector (a)
MSc. Kattia Medina Arias	Quinto (a) miembro
Juan Gabriel Elizondo Torres	Postulante

[Signature]  
[Signature]  
[Signature]  
Denis Carrillo Díaz  
[Signature]  
Juan Gabriel Elizondo T.

Cc Oficina de Registro  
Expediente  
Postulante

SELLO \_\_\_\_\_



## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a Dios, a mi padre y a mi madre y a todas esas personas que a través de mi vida he conocido y han luchado batallas junto a mí y que de la noche a la mañana se han convertido en pilares y ejemplos a seguir en lo personal y en lo profesional; personas que tan solo con sus palabras me dieron muchas veces la valentía, el coraje y las ganas para luchar de corazón por las metas propuestas para mi vida. Gracias por su confianza y sus palabras de aliento pues puedo decir que logré esta meta. Espero que continúen a mi lado en esta y en muchas otras metas para poder compartir más experiencias tan gratas como la culminación de mi formación como enfermero.

No tengo más palabras, excepto agradecer todo lo que me han brindado y que espero en Dios que sigan a mi lado y guíen mi camino en cada una de las batallas que estén por venir, porque cada lucha y cada triunfo que obtengo es por ustedes y espero que al igual que yo compartamos y disfrutemos de mis victorias.

**Gabriel Elizondo Torres**

## **Agradecimientos**

Le agradezco a Dios por las fuerzas que me da día a día para levantarme y dar lo mejor de mí en todo aquello que hago o digo y doy hacia los demás. También a mi familia, en especial a mi mamá Hilda, a mi papá Maximiliano, a mis hermanos y hermanas, especialmente a Karol, Andrea, Marcela. Igual a todas esas personas que han estado a mi lado brindándome su apoyo incondicional, que siempre han estado a mi lado, en las buenas y en las malas y a aquellos que de una u otra forma colaboraron con la formación y orientación de mi vida. A los profesores y las profesoras, quienes con sus aportes y virtudes me ayudaron a crecer como profesional. A la MSc. Yamileth Gutiérrez, profesora de la Escuela de Enfermería y directora de mi tesis, quien me ayudó a lo largo de la carrera a cumplir mis metas; también agradezco a los profesores, profesoras y lectores y lectoras del TFG, quienes me ayudaron a alcanzar con éxito dicho trabajo.

Agradezco también a las personas que permitieron mi participación en el proyecto de investigación titulado “Situación de salud de la madre adolescente y su hijo o hija durante el primer año de vida residentes en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica”, el cual abrió las puertas al brindarme la oportunidad de desarrollar un objetivo específico de dicha investigación; además, doy las gracias a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica por el financiamiento otorgado al estudio a través del concurso para el fondo de apoyo de trabajos finales de graduación.

A mis compañeras y compañeros quienes estuvieron a lo largo de la carrera y todas las personas que conocí durante esta, sinceramente y de todo corazón a todos y todas, muchas gracias.

**Gabriel Elizondo Torres**

## Tabla de contenido

Dedicatoria .....	I
Agradecimiento .....	II
<b>Índice de tablas .....</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo I.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1. Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2. Antecedentes.....</b>	<b>13</b>
1.2.1.  Ámbito internacional .....	13
1.2.2  Ámbito nacional .....	17
<b>1.3 Justificación.....</b>	<b>21</b>
<b>1.4 Objetivos.....</b>	<b>27</b>
<b>1.4.1 objetivo general.....</b>	<b>27</b>
<b>1.4.2. Objetivos específicos.....</b>	<b>27</b>
<b>Capítulo II.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Marco conceptual .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1.1 Adolescencia .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1.2 Embarazo en adolescentes .....</b>	<b>31</b>
<b>2.1.3. Salud como constructo social.....</b>	<b>52</b>
<b>2.1.4. Promoción de la salud .....</b>	<b>55</b>
<b>2.2. Marco teórico .....</b>	<b>58</b>
<b>2.2.1 Teoría General de Enfermería, D. Orem .....</b>	<b>58</b>
<b>Capítulo III.....</b>	<b>66</b>
<b>3.  Diseño metodológico .....</b>	<b>67</b>
<b>3.1 Enfoque de la investigación .....</b>	<b>67</b>
<b>3.1.2  Etapa preparatoria.....</b>	<b>68</b>

3.1.3 Etapa reflexiva.....	68
3.1.4. Etapa de diseño.....	69
3.2 Tipo de estudio.....	74
3.3 Fase de trabajo de campo.....	74
3.3.1 Acceso al campo.....	75
3.3.2 Delimitación espacial.....	76
3.3.2.1 Población de estudio.....	76
3.3.2.2 Muestra.....	77
3.4 Instrumentos y técnicas de recolección de la información.....	77
3.4.1 Cuestionario.....	77
3.4.2 Entrevista en profundidad.....	79
3.5 Estrategias para el análisis de la información o de los datos.....	80
3.5.1 Fase analítica.....	80
3.5.2 Triangulación de los datos.....	81
3.6 Fase informativa.....	82
3.6.1 Consideraciones bioéticas.....	82
Capítulo IV.....	85
4.1. Análisis de resultados.....	86
Capítulo V.....	122
5.1. Conclusiones.....	123
5.2. Recomendaciones.....	125
5.2.1. A las madres adolescentes.....	125
5.2.2. A los EBAIS.....	126
5.2.3. A la Escuela de Enfermería de la UCR.....	127
Capítulo VI.....	128
Anexos.....	143
Anexo 1. Carta de aprobación de la CTFG.....	144

<b>Anexo 2. Carta Filología.....</b>	<b>146</b>
<b>Anexo 3. Consentimiento informado .....</b>	<b>147</b>
<b>Fórmula de consentimiento informado .....</b>	<b>147</b>
<b>Anexo 4. Cuestionario .....</b>	<b>150</b>
<b>Anexo 5. Entrevista .....</b>	<b>151</b>

## Índice de tablas

Tabla 1. Matriz de unidades de análisis.....	70
Tabla 2. Datos sociodemográficos de las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta de atención en salud en los EBAIS de Golfito en el 2015 .....	86
Tabla 3. Medidas antropométricas de las participantes y estado nutricional, según semanas de embarazo de las adolescentes en los EBAIS, 2015 .....	91
Tabla 4. Alimentos mencionados por las participantes en el recordatorio de 24 horas.....	<b>91</b>

# Capítulo I

INTRODUCCIÓN

## 1.1. Introducción

Para este estudio se parte de la definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud (2007) que implica una serie de conceptos para intentar cubrir o abarcar en la medida de lo posible todos los ejes que generen necesidades en las personas. Tal definición es la siguiente:

Un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas y, sobre todo, un derecho fundamental, y las desigualdades, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de los problemas de salud que afectan a la gente pobre y marginada. (pág. 3)

La definición de salud planteada anteriormente señala los múltiples factores que afectan el bienestar de las personas y que por ende alteran su salud. En este estudio, específicamente se ve la salud de la población adolescente desde la experiencia de la maternidad y las prácticas de salud llevadas a cabo durante esta etapa por las adolescentes que participaron en el estudio, pues durante el embarazo las adolescentes presentan implicaciones que pueden manifestarse a nivel personal, familiar, cultural, ambiental y socioeconómico.

Para Papalia & Feldman (2012), la adolescencia abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años de edad; es una época de oportunidades y riesgos para crecer; agregan estos autores que la pubertad es un proceso mediante el cual una persona alcanza la madurez sexual y fertilidad o capacidad para reproducirse; la pubertad inicia por cambios hormonales y tarda alrededor de 4 años.

La adolescencia es vista como una etapa de transición en el desarrollo humano, un paso entre la niñez y la adultez con cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales;

estos factores, por sí mismos pueden verse afectados y modificados desde los diferentes determinantes sociales de la salud y si se añaden tareas impropias de esta etapa de desarrollo como lo es un embarazo, complica la situación de los y las adolescentes involucrados, como también la de sus familias, pues altera la dinámica y rol de estas personas con cambios desde personales, educacionales, psicológicos y socioeconómicos.

En un estudio realizado por Chevés (2012) se menciona que la población de adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe conforman alrededor del 30% del total de la población; asimismo, establecen que son muy pocos los países con servicios de salud direccionado a cubrir específicamente las necesidades de atención en este grupo poblacional.

Inclusive, aun cuando en Costa Rica se hayan realizado esfuerzos por organizar algunas unidades de atención, las tasas de natalidad en adolescentes aumentan y con esto, otros problemas que conciernen a la salud sexual y reproductiva de esta población. Los y las adolescentes que acuden a esta consulta refieren que se les dificulta por diversas razones como el miedo a ser señalados por la sociedad, el desconocimiento de fuentes de información o la falta de redes de apoyo.

Por consiguiente, las necesidades de atención y protección en salud integral de los y las adolescentes genera una serie de problemas en torno a las conductas y situaciones que ponen en riesgo el proceso de salud de esta población, tales como infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados y otras muy relacionadas como la fragilidad emocional característica de la etapa al estar en busca y desarrollo de su identidad; en la mayoría de los casos también afecta la falta de apoyo familiar, así como lo social y las escasas oportunidades de educación y empleo en su crecimiento cognoscitivo y socio-económico.

Ante lo mencionado, esta problemática es considerada de interés nacional y requiere prioridad al ser un importante problema de salud pública que compete a todas las personas. La actividad sexual de los y las adolescentes va en aumento en todo el mundo, resultando altamente complicado y peligroso al enfrentar diversas complicaciones biológicas, físicas y emocionales; también se presentan problemas en el colegio, lo que conduce a una mayor inequidad en oportunidades académico-laborales, dando como resultado un mayor índice de pobreza para la futura familia y el país.

Es así como el papel de Enfermería es primordial en todas las etapas del ciclo vital, al promover y estimular la creación de soluciones a problemas concretos o potenciales que amenazan con alterar el funcionamiento esencial de las personas; la intervención de Enfermería en poblaciones de adolescentes suele estar enfocada en crear condiciones para promover su crecimiento y desarrollo; por ello, se requiere de estrategias reales y actualizadas para cubrir las necesidades de esta población, en temas como la sexualidad y el embarazo anticipado en esta etapa.

Enfermería es una profesión dedicada al bienestar de los seres humanos, desde la perspectiva integral con responsabilidad y compromiso por la salud de todas las personas y en todos los contextos; es decir, aunque es parte fundamental de la disciplina, no es exclusiva en el cuidado de la enfermedad, sino que también se desempeña desde ámbitos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Una disciplina se enriquece con los aportes de sus profesionales desde la investigación de temas novedosos o desde la actualización de conceptos tradicionales. Por esto se pretende dar un aporte desde la presente investigación al conocimiento enfermero, por medio de un trabajo final de graduación en la modalidad de tesis.

Se pretende partir de estudios previos que sirvan de preámbulo para abordar la temática de investigación y realizar un estudio cualitativo sobre los conocimientos y prácticas de autocuidado en la población de adolescentes madres en la comunidad de Golfito; dicho material basado en sustento de la teoría de D. Orem.

Posterior a la defensa pública se procederá a la socialización de los resultados, de manera que esto enriquezca y sirva de base para fortalecer la promoción de la salud en esta área. El estudio se desarrolló en el EBAIS de Golfito durante el 2015; se trabajó con una muestra a conveniencia de cinco participantes, con las cuales se tuvo un primer acercamiento vía telefónica; posteriormente, se realizó la aplicación de los respectivos consentimientos informados y asentimientos y se implementó un cuestionario y una entrevista a profundidad, todo lo anterior siguiendo los principios de bioética.

## 1.2. Antecedentes

En este apartado se exploran, principalmente, las temáticas que permitirán reconocer la relevancia que se ha desarrollado en torno a la situación del embarazo en la adolescencia. Después de una revisión exhaustiva sobre la temática, se presentan a continuación los principales hallazgos, los cuales se ordenan de manera cronológica; se inicia con los reportados en el ámbito internacional y luego a nivel nacional.

### 1.2.1. Ámbito internacional

Zambrano (2008) publicó en la Revista *Ciencia y Cuidado* un artículo titulado “Prácticas de cuidado que realizan consigo misma y con el hijo por nacer las gestantes adolescentes que asisten a control prenatal”; este artículo presenta datos relacionados con las prácticas beneficiosas para promover la salud o prevenir enfermedades, manifestadas por las adolescentes participantes en el estudio; de igual manera, según la autora, las participantes manifestaron prácticas no beneficiosas por desconocimiento y por formar parte de tradiciones aceptadas culturalmente.

De igual forma, esta autora afirma que las adolescentes del estudio son un grupo altamente vulnerable, con mayor predominio las adolescentes gestantes de menor edad, comparado con la adolescencia tardía, en donde los riesgos biológicos son menores. También se refiere a las implicaciones psicosociales y la evidencia de la deserción escolar, aspectos que limitan la continuidad de los estudios y, por ende, la opción de obtener un trabajo digno. Esta situación las lleva a ejercer solamente el rol de amas de casa y por consiguiente a depender de la familia.

Asimismo, según la autora, entre las prácticas que las adolescentes participantes realizan para sí mismas y con el hijo por nacer, sobresale la estimulación prenatal táctil y auditiva y las prácticas de descanso y sueño. Además, las adolescentes gestantes siguen las orientaciones brindadas por los profesionales en salud y sus familiares, por ejemplo, no levantar objetos pesados, uso de zapatos de tacón bajo, evitar prendas de vestir que compriman el abdomen y no consumir sustancias psicoactivas.

Sin embargo, las adolescentes participantes ejecutaron prácticas no beneficiosas para su salud como el sedentarismo y el consumo de una dieta no balanceada; mantuvieron como práctica la automedicación y el consumo de aguas aromáticas. Pese a contar con una red de apoyo, las gestantes tienden a aislarse y no buscan ayuda en situaciones difíciles; expresan que el tipo de apoyo que más requieren es el afectivo, necesidad fundamental para el autocuidado y la agencia de cuidado para con su hijo.

Por su parte, Granados y González (2011), en la investigación sobre las “Prácticas de cuidado que hacen las gestantes adolescentes consigo mismas y con el hijo por nacer”, exploran seis dimensiones, entre ellas: estimulación prenatal, ejercicio y descanso, alimentación, higiene y cuidados personales, sistemas de apoyo y sustancias no beneficiosas. En general, señalaron en general que las prácticas de cuidado de las adolescentes gestantes son regulares en un 67.3%. El promedio de edad fue de 17.2 años y predominó el estado de unión libre; el 59.3% tenía secundaria incompleta. El 70.7% se desempeñaba como amas de casa y el 64.7% dependía económicamente del esposo. El 81.3% eran adolescentes primigestas. En relación con las dimensiones investigadas, las madres adolescentes tienen regular práctica de cuidado para la estimulación prenatal (estimulación auditiva 52.6% y táctil 72.3%), también el ejercicio y descanso se muestra en

forma regular para un 52.0%, pues se encontró que las madres adolescentes no realizan ejercicio y evitan actividades domésticas o laborales que le generen cansancio.

En la dimensión de higiene y cuidados, las gestantes manifestaron realizar siempre el cepillado de los dientes diariamente y después de cada comida y asistir regularmente a la consulta odontológica. Asimismo, señalaron realizar la limpieza de los genitales de adelante hacia atrás, para disminuir el riesgo de infecciones urinarias y vaginales y utilizar ropa cómoda que les permitiera libertad de movimiento.

Además, según el estudio, las madres mantienen buenas prácticas de alimentación en un 51.3%, mientras que un 40.0% consume los requerimientos de calcio por día. El sistema de apoyo reveló buenas prácticas de cuidado, pues el 62.0% de las adolescentes madres buscan apoyo económico de la familia. Por último, en la dimensión de sustancias no beneficiosas, un 65.3% manifestó buenas prácticas de cuidado. En general, de acuerdo con las autoras la población de estudio no tiene malas prácticas de cuidado con ellas mismas y con el hijo por nacer.

Zelaya y Coto (2011) en la investigación “Factores socioculturales que condicionan el embarazo adolescente en los municipios de Intibucá y Jesús de Otoro” exponen que la maternidad es un rol que se desempeña mejor en la edad adulta; cuando ocurre en la adolescencia, la mujer presenta dificultades para ejecutar correctamente su papel, el proceso se perturba y se asumen responsabilidades impropias de esta etapa de la vida; las responsabilidades como el cuidado del futuro niño o niña irrumpen bruscamente en el proceso de desarrollo económico, social y personal de la madre.

De acuerdo con Valencia, (2012), en su estudio titulado “Embarazo Adolescente” destacó que el embarazo en adolescentes se ha convertido en una problemática a nivel social, en aumento desde las últimas décadas. Los factores que inciden en su prevalencia

son múltiples; el inicio de relaciones sexuales inicia con mayor frecuencia en edades más cercanas a la pubertad y no solo implica llenar las altas tasas de embarazos en adolescentes, sino que también podrían estar expuestos a un sinnúmero de riesgos, desde su salida del sistema educativo a complicaciones más severas como la muerte de la madre, del feto o ambos.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (2012) en una publicación titulada “El 18% del porcentaje de nacimiento son madres adolescentes en América latina y el Caribe” develaron que aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo. En encuestas llevadas a cabo en diferentes lugares de los Estados Unidos, el 42,5% de los jóvenes solteros de 15 a 19 años de edad ya han tenido relaciones sexuales y más de cuatro de cada 10 adolescentes han estado embarazadas por lo menos una vez antes de los 20 años; el 67% de los embarazos que llegan a término son de mujeres con edades entre 18 y 19 años; un 31% tiene entre 15 y 17 años y un 2% corresponde a menores de 15 años. Estas estadísticas afirman la necesidad de abordar el tema de embarazos en adolescentes, no solo por el aumento en número de casos en las tasas, sino también por los riesgos que implica un embarazo en esta etapa de vida.

En concordancia con lo anteriormente citado, el embarazo durante la adolescencia es considerado como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el niño por nacer, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de las jóvenes, quienes muchas veces se ven obligadas a interrumpir sus estudios limitando de esta manera su desarrollo personal y social y en el futuro su progreso económico (Rojas, L. & Claros, N. 2014).

Igualmente, Carmona, Hurtado y Marín (2007), en un trabajo titulado “Propuesta de un programa sobre autocuidado en salud, dirigido a adolescentes embarazadas usuarias de la consulta prenatal del hospital distrital Bejuma, estado Carabobo, año 2007” comprobaron que a través de la atención prenatal se realizan actividades de educación para la salud, centradas en el binomio madre-hijo con el propósito de motivar e instruir a la gestante en el desarrollo de una cultura sanitaria positiva y saludable, la cual le permita ampliar los aspectos cognitivos y preceptuales en la adopción de conductas y hábitos de autocuidado que garanticen el desarrollo de un embarazo saludable y el nacimiento de un niño sano.

Con respecto al control prenatal, Alvares *et al.* (2014) en su investigación “Evaluación del autocuidado en las gestantes adolescentes que asisten al control prenatal basados en el modelo de Dorothea Orem” destacan que el mantenimiento de la salud materno-fetal es el objetivo del cuidado prenatal; asimismo, la participación de la embarazada en su autocuidado asegura que cualquier problema por presentarse será controlado o resuelto a tiempo. Por todo lo anterior, Enfermería como disciplina, debe considerar en su quehacer, los conocimientos, las prácticas y las necesidades de cuidado en torno al embarazo, parto, postparto y cuidado del neonato que tienen las adolescentes madres.

### 1.2.2 Ámbito nacional

Desde el ámbito legal, la Asamblea Legislativa de Costa Rica, en febrero de 1998 redactó el Código de la Niñez y la Adolescencia, mediante la ley N.7739, creada con el fin de velar por el cumplimiento de los derechos de esta población; en sus artículos se integran contenidos que respaldan a las madres adolescentes en su condición de adolescentes. Los

artículos 51 y 50 mencionan que las madres tendrán derecho a atención prenatal, perinatal y posnatal y el artículo 51 hace referencia al derecho a asistencia económica para las que viven en condiciones de pobreza mediante instituciones afines con este objetivo.

Para Zamora (2011), el embarazo en la adolescencia se convierte en un fenómeno con consecuencias sociales que generalmente alteran el ámbito educativo y se constituye en un problema de salud pública por los vínculos que se establecen con la pobreza, la educación, la inequidad de género, la vulneración de los derechos y contextos familiares opuestos. No se trata de un hecho aislado, sino más bien de un evento determinado por diversas variables, tanto macro como micro sociales que van a incidir en el aumento del embarazo a edades tempranas (p. 19).

Asimismo, en un estudio realizado por Cordero *et al.* (2012) titulado “Adolescentes embarazadas: Un análisis de la prestación de los servicios de Trabajo Social desde los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, a la luz de la Política Social en Salud dirigida a esta población, durante los años 2011 y 2012” exponen que un 99% de los nacimientos durante esos años se dieron en centros hospitalarios del país.

También, la investigación indica que un elevado número de adolescentes en estado de embarazo son usuarias de diferentes servicios, programas y proyectos con los que se cuenta en estos centros de salud; demandan una atención integral en su control prenatal, parto y postparto, en donde no solamente se trate su embarazo desde el ámbito físico, sino que de igual forma, se tomen en cuenta situaciones socioeconómicas y emocionales que implica la condición de embarazo en la adolescencia. La intervención de Enfermería brinda un trato íntegro y holístico asegurando a las usuarias un servicio de calidad y calidez.

Dentro de los datos encontrados, en el estudio de Vindas, M. (2013) “Quiénes son las adolescentes que quedan embarazadas, cuántas son, a qué edad lo hacen y cuáles son las características de los nacimientos de las madres adolescentes”, la mayor parte de adolescentes embarazadas pertenece a un sector de la población más necesitada, compuesto por niñas que viven en zonas rurales, tienen menor nivel educativo, poseen un nivel socioeconómico más bajo. Estos resultados reflejan la vulnerabilidad a la que están expuestas o se exponen las adolescentes y su futuro hijo.

Igualmente, en este estudio se demostró que en cuanto a la distribución geográfica, las adolescentes con al menos un hijo llegan al 10,8% en la zona rural y al 8,4% en la zona urbana. Los cantones que muestran mayor proporción de adolescentes madres se encuentran en su mayoría en las zonas costeras y limítrofes del país, siendo el cantón de Talamanca el que presentó la mayor proporción de adolescentes con hijos (19,3%), mientras que el cantón de Belén con un (4.6%) presentó el menor porcentaje (Vindas, M. 2013).

Vindas (2013), en la publicación “Embarazo adolescente aumenta en población más vulnerable”, menciona que según datos del censo de población del 2011 se reportó en Costa Rica alrededor de 300 mil adolescentes entre los 12 y 19 años, de las cuales 9,1% declaró tener por lo menos un hijo; resultados del estudio demuestran que la mayor parte de adolescentes embarazadas pertenece a un sector de población más necesitado, compuesto por jóvenes que residen en zonas rurales, tienen menor nivel educativo, poseen nivel socioeconómico más bajo, son de nacionalidad extranjera o indígenas y residen en zonas costeras o limítrofes.

En esta misma línea, González (2013), en su investigación “Uniones tempranas y embarazo en la niñez y la adolescencia en Costa Rica” plantea que los datos del X censo de

población y VI de vivienda del 2011, permitieron determinar que un 8.6% de las mujeres entre los 12 y 19 años había vivido alguna vez en unión y que la gran mayoría aún se encontraba en esta condición (7% en unión libre y 1.3% casadas) a partir de los 18 años; el porcentaje de adolescentes en unión aumenta de manera importante, cerca del 20%; la variable condición de la vivienda pretende aproximar al nivel socioeconómico de las jóvenes; es posible observar que el porcentaje de jóvenes madres es mayor entre las adolescentes en condiciones adversas y más del 10% de las jóvenes que habitan una vivienda alquilada, prestada o tipo precario reportó haber tenido un hijo y a medida que disminuye la calidad de la vivienda, aumenta el porcentaje de jóvenes que ha tenido un hijo.

En la publicación de Contreras (2013) titulada “Campaña pretende la prevención del embarazo en la adolescencia” destaca que en Costa Rica 14 mil adolescentes quedan embarazadas cada año y 500 de ellas son menores de edad. Asimismo, en el 80 % de estos embarazos influye la participación de hombres en edad adulta, contrastando significativamente con la edad de las adolescentes madres.

Por último, el embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública que involucra cada uno de los determinantes sociales de la salud; por eso se evidencia que los trabajos anteriores tienen un diseño cuantitativo realizados desde otras disciplinas que no corresponden a Enfermería, la cual puede realizar un aporte por parte de las teorizantes propias de la disciplina.

### 1.3 Justificación

Este informe final de investigación tiene como propósito profundizar en la temática del embarazo en la etapa de la adolescencia. Para Papalia y Feldman (2012) la adolescencia abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años de edad de este periodo de desarrollo humano; es una época de oportunidades y riesgos para crecer, no solo en relación con las dimensiones físicas, sino también en la competencia cognoscitiva y social, la autoestima y la intimidad.

Además, la adolescencia es un período de transición en el desarrollo humano, un paso entre la niñez y la adultez que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales. Dichos cambios son necesarios para que el individuo sea capaz de encontrar su propia identidad; asimismo, estos cambios pueden verse afectados y modificados desde los diferentes determinantes sociales de la salud, los escenarios sociales, ambientales, culturales y económicos.

La adolescencia es una fase crítica en el desarrollo de las conductas sexuales, porque sin información veraz y asertiva, los y las adolescentes pueden generar o ser partícipes de conductas o situaciones de riesgo.

En cuanto a conducta sexual y actividad sexual adolescente, surgen grandes preocupaciones como los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) y en mayor número de casos reportados de actividad heterosexual, los embarazos no planeados (Papalia, Feldman & Martorell, 2012, pag390).

Por esta razón, el embarazo adolescente ha sido considerado un factor de riesgo, tanto para la adolescente madre, como para el hijo o la hija. Los estudios destacan que la

adolescencia no es una etapa apta para llevar a cabo un embarazo y si este se hace presente conlleva con más frecuencia complicaciones maternas y fetales.

Aunado a la alta tasa de nacimientos en mujeres menores de 20 años, según Papalia, Feldman & Martorell (2012), las complicaciones en un embarazo durante la adolescencia son frecuentes; además de afrontar cambios psicosociales de esta etapa, la madre deberá también afrontar el proceso de gestación y maternidad en el que existe cierta desventaja biológica, pues todavía el cuerpo de la madre está en pleno crecimiento.

En el mundo, aproximadamente 16 millones de niñas con edades entre los 15 y los 19 años de edad dan a luz y un 90% están casadas. Esto indica un 11% del total de nacimientos a nivel mundial; de estas adolescentes, menos de la mitad efectúa tres o más visitas o consultas prenatales. Estos embarazos suscitan riesgos per se, pues cuanto más joven sea la madre, mayor es el riesgo para el recién nacido; esto evidencia la necesidad de fomentar y ampliar la educación integral sobre sexualidad dentro y fuera de las escuelas, a fin de enseñar a las niñas y a los niños formas de proteger su salud y contrarrestar informaciones erróneas que puedan recibir por entes externos a los profesionales en salud (UNFPA, 2012).

Según Zurita, *et al.* (2015), Datos del Documento Del Banco Interamericano De Desarrollo, Salud Mesoamérica, indican que el embarazo adolescente aumenta la probabilidad de enfermar y morir independiente del contexto socioeconómico y cultural; el riesgo de morir durante el embarazo, parto y postparto de las mujeres menores de 16 años es cuatro veces mayor que en mujeres mayores de 20 años. Los hijos de mujeres menores de 15 años tienen 50% más riesgo de muerte neonatal que los niños de mujeres entre los 20 y 24 años de edad, fundamentalmente por partos de pretérmino, asfíxias o por el bajo peso al nacer.

El riesgo de un embarazo temprano es mayor en condiciones de pobreza y baja escolaridad y se reduce con acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y los riesgos de enfermar y morir se pueden reducir también con servicios de salud que acompañen el embarazo y el parto.

Desde esta perspectiva, es fundamental considerar el porcentaje de adolescentes para la Región de las Américas para el 2012, pues según las estadísticas fue de 20,3%. En el 2011 la población adolescente de Costa Rica ocupó un 31% del total de la población lo que corresponde a 1,310.883 personas (INEC, 2011, pág. 4), una cifra de gran importancia si se toma en cuenta que es más de la cuarta parte de la población del país que debe ser incluida en los planes y programas de salud. En el cantón de Golfito se reportan 3959 adolescentes varones y 3839 adolescentes mujeres cuyas edades comprenden entre 10 y 19 años (INEC, 2011). Esto representa gran parte de la población en este cantón y en una parte de ellas, está inmersa la población de adolescentes madres.

Según el Plan Estratégico Nacional de Salud de las personas adolescentes del Ministerio de Salud (2010), es necesario abordar el tema de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en el país, pues se evidencia un aumento considerable del embarazo en la adolescencia; solo para el 2007 se reportaron 14.523 partos de madres adolescentes con edades entre 11 y 19 años, cifra que representó el 19,8% del total de los partos ocurridos para ese año.

En el 2008 se reportaron 15.217 partos de madres adolescentes, cifra que afirma un aumento de 694 nacimientos más en esta población; los casos de madres menores de 15 años para el 2007 fueron en total 501 nacimientos y 525 para el 2008, lo que representó un 0,6% y un 0,7% del total de partos ocurridos durante esos años, respectivamente. En el 2011, 14.168 nacimientos fueron de madres adolescentes.

En su publicación “Estadísticas vitales”, el INEC (2012) enuncia que del total de nacimientos por grupos de edades de la madre y según provincia de residencia de la madre, durante el 2013 en Puntarenas el total de los partos fue de 7,358; de estos, 85 partos en menores de 15 años y 1,517 partos en mujeres con edades comprendidas entre los 15-19 años. Del total de nacimientos por sexo, según provincia y distrito de residencia de la madre también en el 2013, indica que en Golfito hubo un total de 677 nacimientos para ese año.

Datos del documento Captación temprana de las mujeres embarazadas (menos de 13 semanas y 6 días), Resumen para región: 1- Brunca / Área de salud: 2761-Área de salud Golfito / Equipo Básico de Atención Integral de la Salud (E:276107 EBAIS San Andrés), revisión del 2014, indican que para la región de Golfito se han captado en el área de salud un total de 26 madres adolescentes con edades entre 15 a 19 años y 2 casos de madres menores de 15 años de edad. Cifras de gran importancia si se toma en cuenta que son numerosos los estudios que muestran que esta población aún no alcanza la madurez emocional ni física para enfrentar las tareas de la maternidad y las demandas fisiológicas en dicho proceso, además de las implicaciones socioeconómicas. (CCSS, 2014).

Asimismo, la CCSS (2012) en el “Manual de Atención Integral del Embarazo, la Maternidad y la Paternidad en la Adolescencia” sugiere abordar la temática de embarazo en adolescentes desde una perspectiva integral y emite lineamientos para trabajar aspectos del embarazo tales como: control prenatal, parto y posparto, además de la inclusión de los varones en el proceso para propiciar la formación de vínculos filiales paternos, así como la preparación de las y los jóvenes para asumir su nuevo rol como madre o padre respectivamente.

En Costa Rica, el Estado emite políticas dirigidas hacia la población adolescente madre, para ser desarrolladas y aplicadas con base en el Programa de atención integral a la adolescencia PAIA y la legislación por medio del código de la Niñez y la Adolescencia, en la Ley 7739.

De acuerdo con los datos presentados y con la relevancia social del tema para el campo de la salud sexual y salud reproductiva, la presente investigación tiene como propósito analizar los conocimientos y las prácticas de autocuidado que realizan las adolescentes madres del sector de Golfito durante el embarazo.

Por lo anterior, se realizó este estudio como un acercamiento a la vivencia del embarazo en la población adolescente de este distrito, logrando así conocer las fortalezas y debilidades presentes en el tema. Se espera que sea una contribución para el campo de la salud materno infantil del país, y a futuro se puedan implementar medidas específicas para mejorar la atención en salud de nuestra sociedad; dichas medidas podrían ser continuar y fortalecer técnicas o estrategias de promoción de la salud, como los procesos educativos encaminados a mantener un estado de salud óptimo en la población y a la enfermedad como un proceso que afecta ese equilibrio.

En este sentido, el modelo de D. Orem con base a las destrezas, habilidades y actividades necesarias para mantener la vida, la salud y el bienestar, señala que una de las funciones esenciales de la disciplina de Enfermería es promover el autocuidado en las personas y su proceso de salud. Al respecto Orem (1983) indica que:

Enfermería tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para el autocuidado y su provisión y administración de modo continuo y para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos. El autocuidado es un requisito de cada persona (hombre, mujer o niño). Cuando no se

mantenga el autocuidado, sobrevendrá la enfermedad, el malestar o la muerte.

(p.17)

De acuerdo con lo señalado, el profesional de Enfermería en un rol de agente de autocuidado y con base en lo planteado por la teorizante en cuanto a sistemas de Enfermería, puede hacer uso, por ejemplo, del sistema sustentador-educativo para ayudar a las personas a ser capaces de realizar las actividades de autocuidado; especialmente en las adolescentes embarazadas para que ejecuten prácticas de autocuidado durante el embarazo e inicien el control prenatal en forma temprana y oportuna y así evitar la enfermedad, el malestar o incluso la muerte del binomio madre-hijo. Para ello, es necesario conocer el contexto sociodemográfico y los determinantes sociales de la salud presentes en las personas para identificar sus necesidades biopsicosociales.

La relevancia del estudio recae en el fortalecimiento de la intervención de enfermería como disciplina con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno; al ser el cuidado de Enfermería el núcleo de la profesión, con los resultados se pretende contribuir a consolidar el conocimiento teórico y dar una respuesta a las necesidades de las personas y a la población de adolescentes embarazadas, en cuanto al mantenimiento de la salud y el disfrute de una mejor calidad de vida.

Para la disciplina de Enfermería en este caso, es un punto de inicio en su quehacer para gestionar un cambio de paradigma y poder satisfacer las necesidades de las personas en un mundo cambiante y en constante actualización. Específicamente, con esta investigación, acercarse a la población de adolescentes embarazadas de un área rural del país, permitió identificar el conocimiento y las prácticas de autocuidado de las adolescentes embarazadas. Así, los resultados serán un aporte para sustentar nuevos estudios

relacionados con la temática del embarazo en adolescentes y a la vez servirá de fundamento para facilitar la comunicación, continuidad de los cuidados enfermeros y para la promoción de Enfermería en el ámbito de la política de salud. Al lograr una mejor empatía con la población de estudio, el proceso de Enfermería como método sistemático de organización del cuidado, se desarrollará en las mejores condiciones posibles y asegurará un proceso de atención de Enfermería integral, individualizado y holístico con el fin de garantizar a las personas una atención de calidad, calidez para que puedan de esta forma, alcanzar el estado óptimo de salud. Se realizó el estudio planteando como problema la siguiente interrogante.

¿Cuál es el conocimiento y cuáles son las prácticas sobre el autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta de atención en salud en el EBAIS de Golfito, 2015?

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Analizar el conocimiento y las prácticas de autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta de atención en salud en el EBAIS de Golfito, 2015.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Describir las características biológicas y socio-demográficas de las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta en el EBAIS de Golfito, 2015.
- Identificar el conocimiento de autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta en el EBAIS de Golfito.
- Explorar las prácticas de autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta en el EBAIS de Golfito.

# Capítulo II

MARCO REFERENCIAL

## **2.1 Marco conceptual**

La finalidad de este capítulo es proponer la base conceptual y teórica que respaldó el análisis de los resultados. Para el desarrollo de este marco conceptual, los temas que se abordaron fueron: adolescencia, embarazo en la adolescencia, política pública, leyes, salud como constructo social, cuidados durante el embarazo. Para el enfoque teórico se consideró la teoría general de Enfermería planteada por Dorothea Orem.

### **2.1.1 Adolescencia**

Para Papalia & Feldman (2012), la adolescencia es un período que abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años de edad; agregan que un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, proceso mediante el cual una persona alcanza la madurez sexual o fertilidad y con esto la capacidad para reproducirse; esta etapa inicia con cambios hormonales y tarda alrededor de 4 años y, por lo general, los principales signos de madurez sexual son la producción de esperma en hombres y la menstruación en las mujeres (menarquía).

En sí misma, la adolescencia representa una etapa de transición en el desarrollo humano, un paso entre la niñez y la adultez que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales que pueden verse afectados y modificados por diversos fenómenos. A su vez, también es una época de oportunidades y riesgos para crecer, no solo en relación con las dimensiones físicas, sino también en la competencia cognoscitiva y social, la autoestima y la intimidad, por lo que es de esperar que la mayoría de estos y estas jóvenes se encuentren inmersos dentro del sistema educativo, con su grupo de pares y en la

búsqueda de su identidad, como es característico de las tareas de desarrollo durante esta etapa. La UNICEF (2011), en su publicación “Estado Mundial de la Infancia” subdivide la adolescencia en:

- Adolescencia temprana: período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad; en esta etapa por lo general comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias; estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.
- Adolescencia tardía: abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, así como la capacidad para el pensamiento analítico pues se adquiere mayor confianza y claridad en la identidad y sus propias opiniones.

En síntesis, es difícil definir cronológicamente la adolescencia pues va a estar determinada por una gran variedad de factores que le moldean o modifican. Depende también del entorno o ambiente en el cual el individuo se desenvuelve y las leyes vigentes alrededor del tema para esta población; esto significa que existen diversos significantes y significados (sociales y lingüísticos) que encierran en sí mismos un conjunto de prácticas sociales, las cuales se entienden a partir de sus especialidades y en el marco de un determinado contexto social, cultural y demográfico.

La Organización Mundial de la Salud OMS (2014) se refiere a la adolescencia en una publicación titulada “Salud de los adolescentes” como un grupo de jóvenes con edades comprendidas entre los 10 y 19 años; generalmente es un grupo sano, sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables.

La adolescencia es un período crítico en el desarrollo humano; es en esta etapa cuando se consolida la identidad de los individuos, influenciados por el entorno en el cual se desenvuelven; por ende, la práctica de conductas de riesgo o ciertos comportamientos sexuales pueden llevar a adquirir un embarazo no planeado o una infección de transmisión sexual, si no hay un adecuado manejo de la información y conocimiento sobre el tema.

### **2.1.2 Embarazo en adolescentes**

La actualización de conocimientos y la investigación permite al profesional de Enfermería observar desde diversas esferas y una óptica diferente el concepto desde el cual las personas conciben su condición o estado de salud. Específicamente, el presente estudio es un intento por describir la percepción de la salud en la población adolescente desde la experiencia de la maternidad y prácticas de salud llevadas a cabo por las adolescentes durante su embarazo.

Según Adaszko (2005), una proporción considerable de jóvenes sabe poco o nada sobre salud sexual y reproductiva carece de información suficiente sobre anticoncepción, tropieza con graves obstáculos cuando intenta acceder a los métodos y tiene grandes dificultades para adoptar medidas de protección en sus prácticas sexuales, quedando

expuesto al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, o a embarazarse sin quererlo.

Además, Adaszko (2005) adopta una actitud crítica respecto de un paradigma que naturaliza los procesos sociales que producen “los padecimientos” o consecuencias de las conductas de riesgo puestas en práctica por los y las adolescentes, remitiéndolos a un plano individual en donde cada sujeto es el último responsable de sus desventuras y encubriendo de esta forma la problemática de la desigualdad social. Un enfoque relacional y político no especializado de la adolescencia, de la pobreza o del género descubre que los y las adolescentes tienen hijos por las mismas razones o causas que los adultos y, en particular, los adultos del sector social al que pertenecen. Por ejemplo, para cumplir con las expectativas sociales o “sellar una unión”, por tener dificultades para acceder a la información sobre los métodos anticonceptivos que permitirían evitar embarazos no planeados o porque la socialización de género ha exceptuado a los varones de su responsabilidad en esta materia.

Lo anterior hace referencia a la deuda que tiene la sociedad y el Estado con las y los jóvenes, en particular con aquellas y aquellos que viven en zonas marginales o en situación de pobreza y sin el ejercicio efectivo de los derechos sociales como acceso a trabajo, educación, salud, vivienda; todas estas condiciones necesarias para asegurar la salud sexual y reproductiva de las personas en lo que a prevención y atención de su salud reproductiva se refiere.

Distintas deberían ser entonces las acciones por seguir, según los problemas de salud de la población joven y de sus hijos e hijas, cuando son atribuidos a una causa individual, por ejemplo, su ‘naturaleza’ inmadura; su comportamiento irresponsable; su ‘proclividad’ al riesgo; el descuido o abandono de sus padres; la causalidad social como

condiciones de exclusión y de miseria estructural que en muchos casos no permiten proyectar un futuro diferente; expectativas culturales que imponen ciertas metas sin brindar los medios para alcanzarlas; mensajes contradictorios que esconden una doble moral o cuando se intente entender la compleja articulación entre las diversas dimensiones del marco de contextos históricos, políticos y económicos (Adaszko, 2005).

Con el propósito de evidenciar un panorama del fenómeno de las adolescentes embarazadas, se indagó en datos estadísticos nacionales e internacional y todos coinciden en que la alta incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, no solo persiste, sino que va en aumento. Esto impone un freno para el desarrollo de la región ya que 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en estos países y con ello se enfrentan a una serie de implicaciones biopsicosociales impropias de esta etapa de desarrollo, esto según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (EFE, 2015).

Las cifras mencionadas van en aumento año a año y ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente que prácticamente ha duplicado su aporte a la tasa de fecundidad total; dicho incremento se da en países con distinto nivel de desarrollo económico, nivel educativo e incidencia en la pobreza, aspectos que revelan la complejidad del fenómeno.

Para afianzar lo anterior, el Ministerio de Hacienda (2002) de Costa Rica, en el documento *Niñez y Adolescencia retos y resumen de políticas y acciones estratégicas 2002-2006*, el embarazo en adolescentes es un problema creciente; en el 2001, un 20,2% de los partos ocurrieron en mujeres menores de 19 años, el 80% de las adolescentes madres están fuera de matrimonio y en términos geográficos, Limón, Puntarenas y Guanacaste son las provincias con una mayor incidencia en esta problemática.

Según estos datos, los sectores más vulnerables de la población en el país en cuanto a embarazos adolescentes se ubican en áreas rurales, las cuales generalmente tienen problemas de acceso y equidad en servicios de educación y de deficiente información que imparten o que no la hay del todo. Esto indica que el embarazo en adolescentes no es solo un número o algo estadístico; desde una perspectiva de salud pública representa un problema que acarrea un alto nivel de riesgos y complicaciones biopsicociales para la joven madre, familia, y comunidad.

Al respecto, Noguera y Alvarado (2012) señalan que el embarazo en adolescentes es un fenómeno que representa un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que en la mayoría de los casos afecta negativamente la salud del binomio madre hijo (a) por nacer y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida; indican estos autores que uno de los principales factores predisponentes para el embarazo en la adolescencia es el temprano inicio de la vida sexual activa.

De acuerdo con los autores citados, en América Latina aproximadamente el 22% de las niñas inician su vida sexual antes de cumplir los quince años y aproximadamente quince millones de adolescentes dan a luz cada año en el mundo; es decir, son responsables del 10% de todos los partos a nivel mundial, cifra que aumenta en los países en vía de desarrollo (Noguera y Alvarado, 2012).

Cuando el embarazo ocurre a más temprana edad, las adolescentes son más vulnerables a complicaciones y definitivamente, la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales coitales es uno de los principales factores de riesgo para el embarazo adolescente.

Portnoy (2005) señala que uno de los argumentos más comúnmente elegidos o esgrimidos para caracterizar al embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública, es el referido a los supuestos efectos etarios sobre la salud perinatal del

binomio adolescente madre hijo o hija; se debe dimensionar adecuadamente el peso de los diferentes factores (biopsicosociales) y focalizar las acciones sectoriales e intersectoriales que deberían desarrollarse o intensificarse con miras a mejorar, tanto la salud de las adolescentes madres, como de los niños, desde la salud pública. La preocupación por el embarazo en la adolescencia está anclada en sus efectos adversos sobre la salud de la madre en particular, en la mayor prematuridad y bajo peso al nacer, con el consiguiente impacto en la morbi-mortalidad perinatal.

En relación con esto último, Portnoy (2005) enfatiza que los resultados de los estudios son controversiales y que en los últimos años distintas investigaciones han destacado que estos riesgos (obstétricos, neonatales e infantiles) serían más por el resultado del medio ambiente en el que vive la adolescente que por su edad.

En otras palabras, este mayor riesgo podría atribuirse, sobre todo en el caso de las adolescentes de mayor edad, a la pobreza, la nutrición deficiente, el hábito de fumar, la mala salud antes del embarazo y un control prenatal insuficiente o inadecuado; agrega que en casos en donde las intervenciones han sido destinadas a mejorar la situación socio-económica de las adolescentes embarazadas, se ha reducido la morbi-mortalidad perinatal y que en aquellos lugares donde las adolescentes han accedido a un adecuado control prenatal, también ha descendido la incidencia de parto pretérmino y del bajo peso al nacer (Portnoy, (2005).

Algunas de las complicaciones o riesgos gineco-obstétricos son mencionadas por Vallejo (2013) como afecciones maternas, perinatales y del recién nacido, más frecuentes en mujeres menores de 20 años y sobre todo en grupos de edades más cercanos a la menarquía (menores de 15 años). Estas complicaciones figuran entre las primeras causas de

muerte en mujeres de entre 15 y 19 años de edad en casi todas las regiones de América Latina y del Caribe.

El fenómeno de embarazos en adolescentes plantea riesgos específicos e inespecíficos que se suman a los derivados por un aspecto biológico por la inmadurez fisiológica en el cuerpo de la adolescente y en adición a una tarea impropia de esta etapa de desarrollo que amenaza con un desenvolvimiento pleno y eficaz de este periodo de crecimiento y formación de la vida.

Al respecto Papalia & Feldman (2012) mencionan que algunas de las complicaciones en el transcurso del embarazo y después de este, suelen ser:

- Durante el embarazo: los hábitos de alimentación no son adecuados por lo que no ganan el peso suficiente, anemia, no reciben un adecuado cuidado control prenatal o el que reciben no es de la mejor calidad e infecciones vaginales, estadios hipertensivos gestacionales, retraso en el crecimiento intrauterino, aborto, amenaza de parto y parto pretérmino.
- Durante el trabajo de parto: trabajo de parto prolongado, cesáreas, desgarros y hemorragias en el canal de parto.
- Complicaciones posparto: endometritis, sepsis de heridas quirúrgicas, mastitis, muerte neonatal tardía, neonatal o en la infancia, problemas de salud y académicos, abuso y negligencia, bajo peso al nacer y depresión respiratoria.

Agregan Ladewig, *et al.* (2002) que los riesgos para la madre adolescente aumentan cuanto no buscan o desconocen de la asistencia prenatal precoz; debido a ello, las adolescentes embarazadas están expuestas a riesgos como el parto prematuro, el nacimiento de niños de bajo peso, la desproporción pelvicocefálica, la anemia ferropénica y la hipertensión inducida por la gestación; además, las adolescentes entre 15 y 19 años tienen

una incidencia superior de infecciones de transmisión sexual. También es mayor la incidencia de clamidiasis en este grupo etario, la presencia de infecciones incrementa considerablemente los riesgos para el feto; aunado a lo anterior, otro de los problemas observados en esta población es el consumo de drogas, lo cual también aumenta el riesgo de lesión para el binomio madre-feto.

Entre los riesgos planteados por los autores durante esta etapa, se encuentran los psicológicos, de los cuales el principal rasgo es la interrupción de su proceso de desarrollo, la combinación del proceso de desarrollo y las obligaciones que el embarazo representa en esta y en cualquier otra etapa del desarrollo humano. En cuanto a riesgos sociológicos, la vida de la adolescente puede verse afectada por la obligación de tener que comportarse como una persona adulta antes de haber completado el proceso de desarrollo puberal. Este hecho puede conllevar a una prolongación en la dependencia respecto de los padres, impedir relaciones estables con el sexo opuesto y dificultar la estabilidad económica y social, pues muchas de las madres abandonan el colegio y aumenta el porcentaje de adolescentes madres que no culminan su educación. En consecuencia, se limita la calidad de trabajos a los que pueden acceder (Ladewig *et al.* 2002).

En cuanto a las consideraciones sociales que se deben tomar en cuenta en las adolescentes embarazadas, según Ladewig *et al.* (2002) son las siguientes:

La mayor incidencia de complicaciones maternas, partos prematuros y niños de bajo peso al nacer entre las madres adolescentes influyen también en la sociedad, ya que muchas de estas madres dependen de las ayudas públicas, destaca especialmente la necesidad de un mayor apoyo económico para una asistencia prenatal adecuada y los programas de alimentación. (p.259)

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho psicosocial muy importante, pero en la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud del binomio madre-hijo-a y constituirse en un problema de salud que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro por las complicaciones que este implica a nivel personal, familiar y comunitario.

Este fenómeno de embarazo en adolescentes trae consigo la aparición de otros problemas; generalmente son madres solteras, de hogares disfuncionales y sin apoyo social ni económico, condición que afecta a las y los adolescentes porque la mayoría ven limitados sus proyectos de vida pues se ven obligado a abandonar sus estudios. Esto conlleva a una menor preparación académica y se convierte en una desventaja para competir laboralmente. Por consiguiente, se presentará una disminución en los ingresos afectando la capacidad de acceso a servicios de salud, vivienda, alimentación y otros necesarios para su calidad de vida y la del hijo o hija por nacer (Noguera y Alvarado, 2012).

Todos esos factores anteriormente mencionados evidencian lo difícil que es para las jóvenes atravesar por este proceso, pues además de contraer responsabilidades y tareas que no son las de esperar para esta etapa de desarrollo en la vida, enfrentan otros problemas como la falta de preparación de la madre en cuanto a conocimientos, técnica, estrategias y prácticas a desarrollar para suplir las necesidades del binomio.

Para Ladewig *et al.* (2002), los hijos y las hijas de padres adolescentes se enfrentan a muchas desventajas ya que estos no suelen estar preparados psicológica ni económicamente para ser padres; en general, los hijos o hijas de madres adolescentes están menos desarrollados que los de madres mayores al momento del nacimiento. Además de factores como la inestabilidad familiar, la vida en zonas desfavorecidas y problemas de

comportamiento, estos niños y niñas tienen menos probabilidades de completar la enseñanza media.

Dentro de los cuidados durante el embarazo, Ladewig *et al.* (2002) mencionan los siguientes:

- Monitorización de la actividad fetal:

La actividad fetal es determinada por el ciclo sueño-vigilia del propio feto; además, otros de los factores que influyen en su actividad son el ruido, la hora del día, la glucemia, el consumo de cigarrillos y algunas drogas prohibidas como el crack y la cocaína. Se han desarrollado varios métodos que permiten vigilar la actividad fetal basados en que la mujer mantenga un registro del movimiento fetal (RMF) como el método de Cardiff (Ladewig *et al.* 2002).

Las mujeres embarazadas pueden monitorizar el bienestar de su feto valorando periódicamente la actividad fetal a partir de la semana 28 de gestación (7 mes); en general, una actividad fetal intensa (movimientos del bebé) tranquiliza sobre el bienestar fetal, mientras que un descenso importante o la interrupción de la misma puede indicar un posible compromiso fetal que requiera una evaluación inmediata.

- Cuidado de las mamas

La preparación de los pezones comienza en el tercer trimestre y ayuda a prevenir el dolor durante los primeros días de la lactancia natural; asimismo, favorece la distribución de los lubricantes naturales producidos por los tubérculos de Montgomery y ayuda a desarrollar la capa protectora de piel sobre el pezón; para corregir los pezones invertidos se pueden utilizar durante el embarazo escudos mamarios (Ladewig *et al.* 2002).

El cuidado de las mamas mejora la comodidad, conservar su forma y ayuda también a prevenir los dolores de espalda, en particular si aumentan de tamaño; sin embargo, la sensibilidad de las mamas durante el embarazo a menudo se alivia con un buen sujetador. Otro aspecto por considerar en el cuidado de las mamas, es la limpieza y no es necesario ni se recomienda usar jabón sobre los pezones porque seca la piel.

#### - Vestuario

Se recomienda ropa holgada y sin constricciones, ropa maternal diseñada con líneas amplias que permitan el aumento del tamaño abdominal durante el embarazo, los zapatos deben ajustar bien y ser cómodos. Los zapatos de tacón alto tienden a agravar las molestias de la espalda al aumentar la curvatura lumbar por lo que es mejor evitarlos si la mujer tiene lumbalgia o problemas con el equilibrio; además, este tipo de calzado aumenta el riesgo de caídas por lo que no son recomendables (Ladewig *et al.* 2002).

El vestuario es un factor importante propio de la etapa de adolescencia; en las adolescentes embarazadas este se puede tomar como un aspecto positivo para fomentar y mantener sus sentimientos hacia sí misma y su aspecto general en cuanto a su autoimagen y autoestima.

#### - Baño

Las prácticas relacionadas con la higiene corporal dependen de normas culturales o aspectos como la sudoración y la secreción vaginal que aumentan durante el embarazo, por lo que la mujer embarazada puede decidir limpiar periódicamente solo esas partes de su cuerpo o bien ducharse o bañarse; al momento del baño es necesario considerar que al final del embarazo algunas madres refieren que experimentan problemas con el equilibrio.

Igualmente, la vasodilatación que produce el agua caliente puede tener un efecto de hipotensión ortostática lo que causa que la mujer se sienta mareada cuando intente salir de la bañera por lo que las alfombrillas de goma y los asideros son dispositivos de seguridad importantes para evitar las caídas (Ladewig *et al.* 2002).

Desde el contexto geográfico, Golfito es un lugar donde el clima es caliente y, por ende, la sudoración aumenta como parte del proceso de termorregulación llevado a cabo; por eso, se recomienda realizar el baño a diario, siempre y cuando no exista ninguna contraindicación por algún riesgo de caída y si es el caso, contar con los dispositivos de apoyo y asistencia necesaria para la higiene personal.

- Nutrición en adolescentes embarazadas

En cuanto a los factores por tomar en cuenta por el personal de Enfermería en relación con la nutrición en las adolescentes embarazadas, Ladewig *et al.* (2002) recomiendan vigilar: el bajo peso pregestacional, el aumento escaso de peso durante la gestación, el peso pregestacional excesivo, la anemia, costumbres insalubres (consumo de drogas), enfermedades crónicas y antecedentes de trastornos de la alimentación y la menarquia precoz porque las adolescentes que quedan embarazadas en años posteriores a su menarquia son mujeres de riesgo biológico debido a su inmadurez fisiológica, anatómica y las probabilidades de que todavía sigan creciendo son mayores que las de las adolescentes de más edad; esto puede influir en el desarrollo del feto, por ejemplo, jóvenes de 14 años o menos necesitan ganar más peso que las de más edad (18 años o más) para engendrar niños del mismo tamaño (Ladewig *et al.* 2002).

Muchas adolescentes están expuestas a sufrir problemas nutricionales debido a una serie de factores como, por ejemplo, factores emocionales, sociales y económicos

interrelacionados entre sí; además, durante esta etapa de embarazo, aumentan los requerimientos energéticos diarios; al mismo tiempo, también aumenta la demanda de ciertos nutrientes específicos para un adecuado desarrollo del feto.

Al respecto, Ladewig *et al.* (2002) mencionan que los principales problemas de la dieta en la población de adolescentes embarazadas es un aporte insuficiente de hierro debido al aumento de la masa muscular y la volemia; el calcio es otro nutriente que requiere atención pues es frecuente que la ingesta de calcio sea insuficiente y este es importante para favorecer la mineralización ósea de la adolescente y el crecimiento esquelético del feto, además del ácido fólico, esencial para la reproducción celular.

- Actividad y reposo

La participación normal de la mujer en el ejercicio puede continuar durante un embarazo sin complicaciones y, de hecho, se anima a que sea así siempre y cuando su condición lo permita y no existan situaciones que contraindiquen el ejercicio, como la rotura de membranas, la hipertensión inducida por el embarazo, un cuello incompetente o la colocación de un cerclaje cervical, una hemorragia vaginal persistente, factores de riesgo de parto prematuro, signos de retraso del crecimiento intrauterino o afecciones médicas crónicas que pudieran afectarse negativamente por el ejercicio intenso (Ladewig *et al.* 2002).

El ejercicio durante el embarazo ayuda a mantener el bienestar y el tono muscular de la madre, mejora su imagen, aumenta la energía, mejora el sueño, alivia la tensión y ayuda a controlar el aumento de peso; todo lo anterior son beneficios de la actividad física durante el embarazo. Además, fomenta la sensación de autoestima.

- Cuidados dentales

Durante el embarazo es importante mantener una higiene dental adecuada. Investigaciones indican una relación entre la enfermedad periodontal de la mujer embarazada y el parto pretérmino y los recién nacidos de bajo peso al nacer; a pesar de algunas molestias como náuseas y vómitos, hipertrofia y dolor gingival, el posible ptialismo y la pirosis, es importante que la mujer embarazada mantenga una higiene oral periódica (Ladewig *et al.* 2002).

El cuidado de las piezas dentales y la higiene bucodental son recomendados por los dentistas y desde enfermería como parte del cuidado que deben de tener las personas consigo mismas; los dientes deben lavarse tres veces al día o después de cada comida.

- Sustancias teratógenas

Las sustancias que afectan negativamente el crecimiento y desarrollo normal del feto se conocen como teratógenos; muchas sustancias son, por ejemplo, algunos medicamentos, los fármacos psicotrópicos y el alcohol u otras drogas; también se han documentado los efectos nocivos de otros productos como algunos pesticidas y de la exposición a rayos X durante el primer trimestre del (Ladewig *et al.* 2002).

Estas sustancias teratógenas son capaces de afectar el proceso de embarazo o del desarrollo del feto por lo que es esencial que la mujer embarazada conozca esta información para reconocer los productos teratógenos y los riesgos medioambientales.

- Ejercicios de preparación para el parto

El ejercicio ayuda a fortalecer el tono muscular durante la preparación para el parto y favorecen una restauración más rápida de dicho tono después del parto; aunado a esto, ciertos cambios físicos que se producen durante el embarazo se pueden minimizar si se

practican ejercicios de mantenimiento tales como: la basculación pélvica o el giro pélvico, ayuda a prevenir y reducir la tensión de la espalda, ejercicios abdominales, perineales también conocidos como ejercicios de kegel, ejercicios de la cara interna del muslo y técnicas de respiración (Ladewig *et al.* 2002).

Con respecto a los cuidados durante el parto, Ladewig *et al.* (2002) mencionan los siguientes:

- Ejercicios de preparación física

En las clases de preparación al parto se enseñan algunos ejercicios de preparación física, como el balanceo pélvico, el giro pélvico y los ejercicios de kegel, además de otros ejercicios que refuerzan los músculos abdominales para la fase expulsiva en la labor de parto (Ladewig, *et al.* 2002).

- Ejercicios de relajación

La relajación durante el parto permite que la mujer conserve su energía y que los músculos uterinos trabajen de una forma eficaz, si no se practica, es muy difícil relajar todo el cuerpo en medio de una contracción uterina intensa; sin embargo, los ejercicios de relajación progresiva, como los que se enseñan para inducir el sueño, pueden ser útiles durante el parto (Ladewig *et al.* 2002).

- Técnicas de respiración

Son el elemento clave de la mayoría de los programas de preparación al parto ya que ayudan a mantener adecuadamente oxigenados a la madre y al feto y ayudan a la madre a relajarse y a fijar su atención adecuadamente; las técnicas de respiración son más adecuadas en el último trimestre del embarazo, cuando la atención de la madre está centrada en la experiencia del parto.

Según Ladewig, *et al.* (2002), los cuidados durante el posparto son los siguientes:

- Estado nutricional posparto

La evaluación del estado nutricional tras el parto se basa fundamentalmente en el peso, la concentración de hemoglobina y el hematócrito, los signos clínicos y la historia dietética de la nueva madre. El aumento de peso ideal durante la gestación es de 11.5-16 kg y tras el parto se pierden aproximadamente 5-6 kg, durante las semanas inmediatamente posteriores se sigue perdiendo peso con más rapidez mientras el cuerpo se adapta al final del embarazo (Ladewig *et al.* 2002).

- Asistencia nutricional de las mujeres que amamantan

Las necesidades de nutrientes aumentan durante la lactancia; es muy importante que la madre que amamanta a su hijo consuma suficientes calorías ya que una ingesta calórica inadecuada puede reducir la producción láctea; sin embargo, esto no suele alterar la calidad de la leche, la madre lactante debe aumentar su ingesta calórica unas 200 kcal sobre las necesidades durante el embarazo. Las proteínas son un componente importante de la leche materna, por eso es esencial que la madre reciba un aporte adecuado durante la lactancia. Se recomienda una ingesta de 65 g/día durante los seis primeros meses y 62 g/día durante los seis meses siguientes. Igual que durante la gestación, es importante consumir una cantidad adecuada de calorías no proteicas para evitar que se utilicen las proteínas como fuente de energía (Ladewig *et al.* 2002).

Los líquidos son especialmente importantes durante la lactancia, ya que un aporte insuficiente puede menguar el volumen lácteo viéndose afectada la calidad de leche materna en cuanto a producción y composición. Desde Enfermería se recomienda a la

población consumir 8-10 vasos diarios de agua, zumos de frutas, leche y sopa lo que representa unos dos litros de líquidos por día.

- Depresión posparto

La depresión posparto consiste en un período transitorio de depresión que aparece con frecuencia durante los primeros días del puerperio; esta puede manifestarse con tristeza, anorexia, dificultades para dormir y un sentimiento de desencanto. Se piensa que las adaptaciones psicológicas y los factores hormonales son las causas principales, aunque también pueden intervenir la fatiga, la incomodidad y la sobre-estimulación; la depresión posparto generalmente se resuelve espontáneamente (Ladewig *et al.* 2002).

Es importante que las adolescentes embarazadas tengan el conocimiento y sepan identificar los signos emocionales que indiquen que se está desarrollando un proceso de depresión posparto para que se empoderen de estos conocimientos y busquen los medios para conseguir la ayuda pertinente.

El propósito de esta información es crear un marco para el posterior análisis de la información recolectada con los instrumentos aplicados a las participantes. Aunque en el estudio se hará énfasis en la etapa de embarazo, se describen los cuidados en las etapas posteriores como el posparto, el parto y los cuidados del recién nacido, con el objetivo de tener una base teórica fiable en lo que respecta a los conocimientos que se esperaría manejen las adolescentes embarazadas para el cuidado en su proceso de maternidad.

En cuanto a los cuidados en el neonato, la Sociedad Uruguaya de Pediatría y la Sociedad Ginecológica del mismo país, destacan la importancia de la preparación y orientación en las madres en cuanto al cuidado óptimo del recién nacido, más si estas son madres por primera vez, ya que así se disminuyen accidentes en el hogar; asimismo,

afirman que los padres y madres adquieren más confianza al interiorizar y empoderarse de estos conocimientos y así reducir sus dudas; por lo tanto, es necesario ampliar los conocimientos de las familias para brindar una mejor calidad en el cuidado del recién nacido (UNICEF, 2010).

En relación con estos conocimientos y prácticas de cuidado, Flores (2012) afirma que hoy aún es posible observar remedios caseros que la población utiliza para el cuidado del recién nacido, especialmente en las formas de alimentación, tratamiento ante la fiebre y el llanto entre otras circunstancias; agrega que el vendaje de la hernia umbilical del o la menor y la administración de té para calmar el llanto son los mitos más frecuentes que se observan en la consulta pediátrica. Indicó que a través de las generaciones se han heredado falsas creencias en el cuidado de los recién nacidos, los cuales deben ser erradicados por medio de la educación para evitar complicaciones severas en los menores.

Es importante destacar que al momento del nacimiento se empiezan a producir numerosas adaptaciones fisiológicas en el organismo; por esos cambios, las y los neonatos requieren de una observación más cercana para determinar si están realizando una transición uniforme a la vida extrauterina y los requerimientos de asistencia específica para facilitar sus posibilidades de éxito. Al respecto, Ladewig *et al.* (2002) mencionan que algunos de los cuidados pueden ser:

- Mantenimiento de un entorno térmico neutro:

Conservar la temperatura es esencial para minimizar las necesidades. El consumo de oxígeno y la utilización de calorías para mantener el calor en el recién nacido, el cual debe estar entre 36.4 a 37.2° C. Es necesario asegurarse de que el niño (a) esté vestido adecuadamente, envolver o arropar al o la bebé ayuda a mantener la temperatura corporal y

a la vez proporciona una sensación de seguridad al niño (a) que puede ser eficaz para tranquilizarlo. Cuando llora puede utilizarse un gorro para la cabeza, evitar la exposición al aire frío y evaluar la temperatura ambiental de la habitación del neonato (Ladewig, *et al.* 2002).

- Mantenimiento de una hidratación y nutrición adecuadas

La dieta debe aportar nutrientes para satisfacer la rápida tasa de crecimiento y desarrollo físico; debe incluir proteínas, hidratos de carbono, grasa, agua, vitaminas y minerales. The American Academy of Pediatrics (APP) recomienda la lactancia materna como el alimento único y óptimo durante los primeros 6 a 12 meses ya que proporciona ventajas inmunológicas, nutricionales y psicosociales (Ladewig *et al.* 2002).

Como gestores en salud, los profesionales de Enfermería deben promover la adecuada información, manejo y prácticas acerca de la lactancia materna, con la finalidad de procurar el mejor alimento para el lactante, que le beneficiará en todos sus niveles de crecimiento y desarrollo psicomotor, cognitivo y emocional. Además, se asegurará con certeza que las decisiones de la madre sobre la alimentación de su hijo o hija se realizaron de manera informada.

Todas las mujeres producen leche de buena calidad; para ello deben mantener una alimentación variada y balanceada dado que esta actividad implica un gasto extraordinario de energía, nutrientes y líquidos; aunque la lactancia materna implica un proceso de reducción ponderal, en general se recomienda que las mujeres no pierdan más de 2kg/mes de los aumentados durante la gestación. Si es necesario y con la supervisión de un profesional de salud pueden tomarse suplementos alimenticios; si no a través de la alimentación deben abastecerse las necesidades de calcio, hierro, vitaminas, folatos y agua

principalmente; también cabe resaltar que cuantas más veces la madre amamante a su bebé, más leche producirá (Ministerio de Salud, 2009).

La lactancia materna bajo ninguna circunstancia debe postergarse, a menos que sea de fuerza mayor; es decir, esta práctica trae consigo múltiples beneficios, tanto para la madre, como para el bebé ya que le provee factores inmunológicos, vitaminas, minerales. Asimismo, la leche materna siempre está lista para usarse y a la temperatura óptima, garantiza el crecimiento lineal de la niñez y aumenta su coeficiente intelectual. Dentro de los beneficios para la madre se encuentran la reducción de peso y de la congestión mamaria, provee satisfacción, se libera del malestar de la ovulación y la menstruación, ayuda a que el útero recupere su tamaño normal y evita contratiempos por enfermedades del niño o la niña (Ministerio de Salud, 2009).

Lo anterior supone que el lactante debe alimentarse cada vez que quiera y cuanto quiera; por lo tanto, hay que olvidarse de horarios y de la duración de la toma, procurando una lactancia materna a libre demanda; una herramienta que pueden utilizar las madres trabajadoras o que se dedican al estudio es el almacenamiento de la leche, lo cual permite alimentar al niño o la niña aun cuando la madre no se encuentre presente. Generalmente, para extraer la leche se pueden utilizar algunos métodos como el manual o el uso de bombas extractoras

Durante el primer año de vida, el crecimiento y formación de tejidos es muy acelerado por lo que la mejor alimentación es y será la lactancia materna. Se recomienda hasta esta etapa, dado que el aparato digestivo del niño o la niña aún se encuentra inmaduro y la introducción de otros tipos de alimentos previo al tiempo establecido puede generar alergias y problemas digestivos en la niñez (Ministerio de Salud, 2009).

- Mantenimiento de la integridad cutánea

El baño es importante para la salud y el aspecto del niño o la niña, además del control y prevención de infecciones; la asistencia cutánea implica la limpieza de la zona perineal con cada cambio de pañal además de la limpieza del muñón umbilical (Ladewig *et al.* 2002).

- Sueño y actividad

Un niño o una niña puede pasar dormido alrededor de 3 a 4 horas o más seguidas; es importante despertarlo cada 2 o 3 horas y no tenerlo muy abrigado a la hora de mamar dado que esto puede inducirle el sueño. Es significativo seguir esta recomendación pues el neonato en esta etapa es muy susceptible a la pérdida de peso (Ministerio de Salud, 2009).

- Estimulación temprana

De acuerdo con Hernández & Rodríguez (2011), la estimulación comprende todas aquellas acciones que se cumplen con el fin de facilitar al niño o a la niña su evolución sana, tanto en lo físico, como en lo mental y social; lo importante es ayudar a los y las infantes a desarrollar al máximo su potencial biológico y psicológico por medio de la modificación del ambiente; por ello la participación de las familias y la comunidad es fundamental.

Así mismo, Hernández & Rodríguez (2011) afirman que la estimulación se logra:

- Garantizando al niño o a la niña una salud adecuada (alimentación equilibrada, vacunación y evaluaciones medicas).
- Detectando precozmente las enfermedades y trastorno en su desarrollo y crecimiento y tratándola en forma oportuna.

- Brindándole la oportunidad de una relación afectiva basada en el contacto físico, en el respeto de las necesidades infantiles y planteamiento de mensajes y límites claros.
- Ofreciéndoles objetos y juguetes que llamen la atención del niño o la niña y la hagan actuar sobre ellos (manipulándolos y explorándolos)

La estimulación temprana es de mucha importancia, fomenta la salud integral del niño o la niña y previene enfermedades. Hernández & Rodríguez (2011) mencionan que entre los objetivos de la estimulación temprana están: disminuir el número de niños o niñas con retardo mental y con problemas de aprendizaje, así como la deserción escolar, prevenir el abandono y el maltrato infantil y busca, sobre todo, mejorar la calidad de la vida de la población infantil.

- Tamizaje neonatal

Según Araya (2012), esta prueba de laboratorio consiste en la recolección de cuatro gotas de sangre, obtenidas a través del talón del niño o la niña. Esta parte del cuerpo es de fácil acceso al bebé, hay suficiente cantidad de piel encima de los huesos y es un punto que sangra fácilmente. Además, evita el riesgo de que cuando se pincha se cause alguna lesión en el niño o niña tamizada; a través de la prueba es posible detectar 24 enfermedades las cuales se clasifican en tres grupos: defectos endocrinos, defectos del metabolismo y hemoglobinopatías. Esta prueba puede ser tomada en cualquier momento del primer mes de vida del niño o la niña; sin embargo, el ideal es tomar la muestra para ser analizada entre el tercer y cuarto día del nacimiento.

- Inmunizaciones/Vacunas

Los esquemas de vacunación se establecen a partir de una serie de análisis de epidemiología e inmunología de la enfermedad y de la eficacia de la vacuna. Esta última

está determinada por condiciones particulares del biológico y de la respuesta inmune de las personas, así como por el cumplimiento de las normas de manejo y administración de la vacuna; es indispensable cumplir con el esquema de vacunación recomendado, no solo en cuanto a la edad de aplicación del biológico, sino también en las dosis requeridas para lograr una óptima respuesta inmunológica (Zúñiga et al, 2013).

Agregan estos autores que el “esquema básico de vacunación oficial” es establecido por la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología de Costa Rica, avalado y definido por Decreto Ejecutivo del Ministerio de Salud. En él se definen las vacunas que se ofrecen de forma universal por los servicios de salud públicos a nivel nacional, así como los esquemas recomendados para poblaciones específicas basadas en criterios de riesgo y en algunas vacunas se recomienda una dosis adicional, de acuerdo también con la recomendación del fabricante.

### **2.1.3. Salud como constructo social**

De acuerdo con la Organización Mundial (2010) sobre los sistemas de salud, estos poseen la responsabilidad para con las personas desde el momento en que nacen en condiciones adecuadas, hasta los cuidados finales que se brindan al final de la vida. Refiere que un Sistema de Salud está compuesto por diferentes organismos creados con el objetivo de sobrellevar esa responsabilidad; esto se expresa en la siguiente cita:

El concepto de los sistemas de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud. Se entiende por actividad o acción de salud todo acto, en el ámbito de la salud personal, de los

servicios de salud pública, o de iniciativas intersectoriales, cuyo principal objetivo sea mejorar la salud. (p.14)

Según Sáenz *et al.* (2011), el sistema de salud de Costa Rica presta servicios de salud, agua y saneamiento; el componente de servicios de salud incluye un sector público y uno privado. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales; la CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo.

Agregan estos autores que el sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos; estos servicios se financian sobre todo con pagos de bolsillo, pero también con primas de seguros privados.

El Ministerio de Salud es el rector del sistema y como tal cumple con funciones de dirección política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico; dentro de las innovaciones relativamente recientes que se han implantado en Costa Rica destacan la implantación de los equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS), la desconcentración de los hospitales y clínicas públicos, la introducción de los acuerdos de gestión y la creación de las Juntas de Salud (Sáenz *et al* 2011).

Los países latinoamericanos van cambiando a medida que el tiempo pasa, pues las tendencias en las enfermedades y las características de la población son diferentes; sin embargo, es importante antes de plantear estrategias para estos cambios definir un concepto tan importante como es la salud.

En la actualidad, la salud se considera un estado dinámico y variable, individual y colectivo. A su vez, es producto de la interacción de los múltiples y diversos factores, tanto endógenos, como exógenos que la determinan (sociales, económicos, culturales, biológicos, ambientales, entre otros) y que existen entre la población; es decir, la salud es una condición por medio de la cual se potencia el desarrollo individual, familiar y comunal (Ministerio de Salud, 2010).

Si bien la definición es difícil de operacionalizar, se promueve desde el enfoque de derechos humanos, el mayor estado posible de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2010), el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

- Disponibilidad: se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte y se contempla: la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica (asequibilidad) y el acceso a la información.
- Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico, médico y ser de buena calidad. Otras leyes también tutelan el derecho a la salud integral.

Dicha información es relevante al momento de valorar o evaluar la calidad de atención que están recibiendo las adolescentes embarazadas en la consulta de atención prenatal; también lo es para brindar recomendaciones o sugerencias a esta población en cuanto a sus derechos sobre la atención e información que el personal de salud les brinda durante su intervención. Esto a sabiendas de la vulnerabilidad que presenta la población adolescente y sobre todo las adolescentes embarazadas, afectadas por factores de índole social, cultural, emocional o psicológico, además de los cambios físicos propios del embarazo.

Debido a lo anterior, es importante resaltar la influencia de los determinantes sociales de la salud en este grupo poblacional. Viner *et al.* (2012) mencionan que es crucial el impacto, no solo en esta población, sino también en la salud de la población en general y en el desarrollo económico de las naciones. Además, dicen los autores, durante la adolescencia los efectos relacionados con la pubertad y el desarrollo cerebral llevan a la adopción de nuevas conductas y capacidades que pueden alterar las funciones a nivel familiar, educativo, con el grupo de pares y conductas relacionadas con la salud.

#### **2.1.4. Promoción de la salud**

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) define la promoción de la salud como el suministro a los pueblos de los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente; así entonces, la salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida y el concepto positivo que

acentúa los recursos sociales y personales, así como aptitudes físicas. Por consiguiente, el concepto de salud trasciende la idea de formas de vida sanas y, por tanto, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

La creación y aplicación de estrategias educativas que brinden a las personas el conocimiento y las herramientas para satisfacer sus necesidades a través de la promoción de salud que estimulen la generación de conductas favorecedoras de salud en el país, significa el mejor recurso para el progreso económico, social y más importante aún, la calidad de vida personal.

Desde un panorama de Costa Rica y en relación con el marco jurídico vigente en el país, específicamente la ley N°18.623, Cap. IV, se establece que todas las instituciones públicas en donde se brinden servicios a las personas menores de edad promoverán la salud mental, los estilos de vida saludable, un ambiente sano y sostenible, acceso a agua potable, nutrición suficiente y adecuada y seguridad alimentaria. Los programas, planes, acciones, infraestructura y equipos utilizados deben ser accesibles para todas las personas menores de edad que habitan en el país para garantizarles su desarrollo integral. Además, ejecutarán acciones de prevención en todas las comunidades del país según los factores de riesgo identificados: abuso en todas sus formas (sexual, físico, emocional, negligencia), violencia, castigo corporal, explotación laboral, explotación sexual comercial, consumo de drogas, ludopatía y ejercicio omiso de la autoridad parental, entre otros.

Todas las instituciones competentes deberán ejecutar acciones de educación no formal para que las personas menores de edad se formen, apropien y demanden su derecho a la salud. Para ello, impulsarán procesos de información, formación y asesoramiento para niños, niñas y adolescentes con el propósito de garantizar el disfrute pleno a la salud y su derecho de participación en las decisiones que les afectan.

Sobre el derecho a la salud integral en personas menores de edad, se ha declarado que el derecho a la salud de las personas menores de edad es una garantía individual, ampliamente tutelada por medio de instrumentos legales, internacionales y nacionales y como derecho humano. Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2006), forma parte de garantías universales que protegen a individuos y a grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades, los derechos fundamentales y preservan la dignidad humana.

En Costa Rica, las políticas de salud y salubridad se regulan por medio de la Ley General de Salud; en el artículo 2 se consignan las condiciones del país y las regulaciones establecidas para el Ministerio de Salud (MS) como coordinador de este bien, mientras a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) le corresponde canalizar los servicios dirigidos a la población menor de 18 años.

Al Estado, por su parte, de acuerdo con el artículo 6 de dicha ley, se le delegan como sus deberes brindar atención integral en salud mediante programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que incluyan, como mínimo, farmacodependencia, nutrición y psicología y formular programas educativos especializados en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con adicciones.

Es decir, el derecho a la salud integral implica que las personas menores de edad puedan desenvolverse en un ambiente sano, en el cual se propicie su desarrollo y se fomenten sus potencialidades; es así como desde las universidades se deben fomentar investigaciones, prácticas y todo tipo de estudios dirigidos a cumplir con estos lineamientos del Estado.

Así, por ejemplo, en la Ley General de la Persona Joven, aprobada por la Asamblea legislativa de la República de Costa Rica en el 2002, se establece que el desarrollo integral

es un proceso por el cual la persona joven, mediante el ejercicio efectivo de sus derechos y el acceso democrático a las oportunidades que el Estado garantizará por medio de las instituciones, tendrá un adecuado desarrollo espiritual, social, afectivo, ético, cognoscitivo, físico, moral y material.

La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer la salud del individuo y por ende de la población. Tratándose del fenómeno de embarazo en adolescentes, es fundamental que el personal de salud se sensibilice en materia de embarazo en adolescentes y todo lo que la etapa de desarrollo implica; ello para lograr que el acercamiento y captación de esta población en la consulta prenatal sea lo más provechosa posible y se establezca una relación terapéutica y de ayuda en la que la adolescente adquiera los conocimientos y necesarios para un buen abordaje de su embarazo y sea capaz de exteriorizar sus dudas.

## **2.2. Marco teórico**

Como respaldo a la práctica de Enfermería, es importante fundamentar dicho conocimiento mediante alguna de las teóricas que sustentan el quehacer de la disciplina; para efectos de esta investigación será la teoría de Dorothea Orem la que dará sustento a este material.

### **2.2.1 Teoría General de Enfermería, D. Orem**

Las teorías de Enfermería enmarcan el lenguaje científico de la profesión, aportan la estructura desde la cual se hace posible explorar la realidad de la población adolescente y dentro de ellas las necesidades específicas de las madres adolescente. Así tenemos que dentro de los requisitos universales de autocuidado que menciona Dorothea Elizabeth Orem

se encuentra la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano; esto implica acciones humanas (autocuidado) que proporcionen las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyen el desarrollo y la maduración humana.

D. Orem (1983) en su libro *Normas Prácticas en Enfermería* menciona que el autocuidado es un requisito de cada persona (hombre, mujer o niño); cuando no se mantenga el autocuidado, sobrevendrá la enfermedad, el malestar o la muerte. En un intento por conceptualizar el cuidado se encuentra el mejoramiento del autocuidado (teoría del autocuidado), la preocupación por el bienestar (teoría del déficit de autocuidado) y la atención de las necesidades del otro (sistemas de enfermería); estos son puntos relevantes que se deben enfatizar en el área de Enfermería para priorizar el bienestar de la salud de los individuos.

En relación con lo anterior, el término de autocuidado es visto como las acciones de cuidado para sí mismo. Al respecto, según Orem (1983), el autocuidado es la contribución constante de un adulto a su propia vida, salud y bienestar continuos, los propósitos para obtener los tipos de acción de autocuidado se llaman requisitos de autocuidado.

Dichos requisitos de autocuidado según esta autora son los siguientes:

- Universales: el ser humano tiene necesidades comunes para el consumo de materiales (aire, agua, comida) y para crear o mantener condiciones de vida que sostengan los procesos vitales, la formación y mantenimiento de la integridad estructural del cuerpo y el mantenimiento y promoción de su integridad funcional.
- De desarrollo y crecimiento: desde el periodo inicial de la vida intrauterina hasta la plenitud de la madurez, requiere la formación y el mantenimiento de condiciones que promuevan los procesos conocidos de desarrollo en cada etapa del ciclo vital

- Alteración de la salud: los efectos y alteraciones genéticas y constitucionales de la integridad normal estructural y funcional y de bienestar ocasionan necesidades a) de prevención y b) de acción regulatoria para controlar su extensión y para controlar y mitigar sus efectos.

El papel de Enfermería es proporcionar a las personas o grupos la asistencia en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Estos cuidados de Enfermería definen cómo ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo las acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Como ciencia, Enfermería cuenta con teorías y modelos que apoyan la práctica profesional; estos se aplican para facilitar y sustentar la práctica de Enfermería desde sus diferentes ejes de acción como lo son la investigación, la educación, la administración y la práctica clínica o cuidado directo, el ser y quehacer de Enfermería.

Dentro de las grandes teóricas está Dorothea Elizabeth Orem, quien desarrolló su modelo mediante la relación de la teoría de autocuidado, teoría de cuidado dependiente y teoría del sistema de Enfermería, cuyo objetivo principal es el mantenimiento de la función vital de la persona mediante el cuidado de sí misma. El o la profesional puede hacer uso y apoyarse en dicha teoría; específicamente estos sistemas son descritos por Orem (1983) de la siguiente manera:

**Sistema de enfermería totalmente compensatorio:** el profesional de enfermería hace uso y pone en práctica este sistema cuando la persona es incapaz de participar en sus acciones de autocuidado, que generalmente necesiten de movimientos de manipulación y ambulación que son controlados y autodirigidos (p.131). Generalmente, cuando se pone en

práctica este sistema es porque la persona presenta problemas fisiológicos, psicológicos o físicos que limitan su movilización para satisfacer sus requisitos de autocuidado.

**Sistema de enfermería parcialmente compensatorio:** tanto el profesional en Enfermería como la persona participan en las medidas de cuidado, la distribución de responsabilidad enfermería-usuario va a depender de las limitaciones en la persona, el conocimiento y habilidad para llevar a cabo las actividades y la disposición física, fisiológica y psicológica de la persona para aprehender y hacer actividades (p.134).

**Sistema de enfermería sustentador-educativo:** este sistema aplica en situaciones en las cuales la persona puede realizar y aprehender acciones o medidas necesarias de autocuidado terapéutico, pero que no las puede llevar a cabo sin supervisión; es el único sistema donde las necesidades de ayuda en la persona están en relación con la toma de decisiones, control del comportamiento y adquisición de conocimientos y habilidades, algunas de las técnicas válidas para este sistema incluyen, apoyo, dirección, provisión de un ambiente de desarrollo y enseñanza.

En esta investigación se analizará el conocimiento de las adolescentes embarazadas sobre prácticas de autocuidado durante el embarazo. Como se mencionó anteriormente, el término autocuidado hace referencia a los conocimientos y actividades de cuidado que aplican las personas para sí mismas para mantener su proceso de salud: en este caso es la adolescente quien cuida de su proceso de embarazo.

En cuanto a los cuidados del neonato, D. Orem plantea que el proveedor de autocuidado o agente de autocuidado es aquella persona (la madre) que realiza acciones para suplir los requerimientos o requisitos de alguien más para mantener la vida y su proceso de salud o de lo contrario sobrevendrá la muerte, la enfermedad y alteración de la salud de estos individuos (hijo-a).

Diversos estudios demuestran la necesidad de abordaje por parte de Enfermería en esta población. De acuerdo con Carmona, Hurtado y Marín (2007), la estrategia por seguir y específicamente a lo que son cuidados del embarazo en adolescentes, es elaborar y desarrollar actividades educativas dirigidas a proporcionar información a la adolescente embarazada en cuanto al autocuidado y adopción de hábitos de vida saludable tales como: no fumar, alimentarse sanamente, controlar la presión arterial, mantener el peso ideal, realizar de manera continua actividades del ejercicio físico, conocimiento de la anatomía de los órganos genitales, proceso de fecundación, desarrollo fetal, cambios fisiológicos y anatómicos que suceden en el transcurso del embarazo, fecha probable de parto, manejo del estrés y otros riesgos que conlleva la gestante.

Es labor de los profesionales en Enfermería identificar esas necesidades o déficits de autocuidado que presenten las jóvenes al momento de su ingreso a la consulta prenatal. Asimismo, se debe diseñar, planificar, ejecutar y evaluar las estrategias puestas en práctica con el objetivo de que la gestante se empodere de la información, desde un sistema de apoyo-educación mediante el cual la adolescente embarazada puede ampliar su conocimiento y aplicar estrategias en las actividades de la vida diaria para estimular y propiciar cambios conductuales positivos y favorables a la promoción de la salud.

Cuando el cuidado es iniciado voluntaria e intencionadamente por los individuos se obtienen mejores resultados con el seguimiento de las prácticas positivas en cuanto al cuidado del proceso de salud. Alvares *et al.* (2014) mencionan que la persona es vista como un organismo biológico, racional y pensante.

El ser humano como tal es afectado por el entorno y es capaz de realizar acciones predeterminadas que le afecten a él mismo de manera positiva, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

Los métodos de asistencia de Enfermería que Dorotea Orem propone se basan en la relación de ayuda o suplencia del enfermero (a) hacia el paciente y son mencionados en dicha investigación de la siguiente manera:

- **Información previa:** se debe consultar al paciente y a la familia sobre el estado de salud de este y las condiciones culturales. A su vez, identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
- **Valoración:** evaluar el desarrollo del paciente y su familia y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia (acerca del tratamiento).
- **Planificación:** planificar los cuidados de Enfermería dirigidos a superar los déficits de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que cuente la familia. La enfermera deberá apoyar la toma de decisiones del paciente y su familia.

Es posible captar esta población por medio de sus visitas a los centros de salud o en los EBAIS durante la consulta prenatal. El control prenatal, según Alvares *et al.* (2014), se define como el conjunto de acciones y actividades que se realizan con la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud del binomio madre-hijo (a) y una buena salud materna y del desarrollo normal del feto y, por ende, del recién nacido desde el punto de vista físico, mental y emocional.

Asimismo, estos autores señalan que los objetivos del control prenatal son:

- Identificación de factores de riesgo.
- Diagnóstico de la edad gestacional.
- Identificación de la condición y crecimiento fetal.

- Identificación de la condición materna.
- Educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La identificación de los factores de riesgo durante el embarazo es primordial para establecer los programas educativos para que la adolescente o la madre con característica biológica, ambiental o social disminuyan la probabilidad de presentar algún evento de riesgo materno-infantil.

La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias a seguir por los profesionales en pro de la salud y el beneficio del binomio madre-hijo/a. La teoría general de D. Orem hace ver la importancia del autocuidado y la educación para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. En la etapa del embarazo en especial, los programas educativos son esenciales en el control de los factores de riesgo para la madre y el hijo.

El autocuidado está presente a lo largo de todo el proceso, desde el inicio de la concepción con el control prenatal; esto por medio, no solo del cuidado directo de Enfermería, sino también con la educación e información que se brinda a la madre, su pareja o familiares inmediatos para que formen parte del apoyo emocional y de cuidados directos al bebé.

Por tanto, el acto de cuidar de uno mismo es parte del inicio de la vida de cada una de las personas desde la concepción y así sucesivamente en las etapas de desarrollo humano. En estas etapas de la vida es donde se adquieren estos conocimientos y herramientas, inclusive durante la adolescencia hasta llegar a la etapa adulta en donde la promoción de salud va enfatizada en prevenir posibles estilos de vida inadecuados que

conlleven a esta población a elevar las tasas de morbi-morbilidad en años próximos; esto no solo por medio del cuidado directo de Enfermería, sino también con educación a esta población para que se involucren, formen parte y se empoderen de su autocuidado.

# Capítulo III

## METODOLOGÍA

### **3. Diseño metodológico**

El presente trabajo se llevará a cabo desde la modalidad de tesis como trabajo final de graduación. Según el artículo 7 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica, esta modalidad es entendida como un proceso de investigación que culmina con un trabajo escrito que aporta algo original sobre un asunto investigado.

#### **3.1 Enfoque de la investigación**

La siguiente investigación se orienta dentro de la perspectiva teórica cualitativa, la cual se basa en la descripción de las palabras, ya sean habladas o escritas y en las conductas observadas en las personas (Taylor y Bogdan, 2013); su principal objetivo es comprender y profundizar en los fenómenos de investigación, describiéndolos desde la perspectiva de las personas participantes en un ambiente y contexto natural (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Esta metodología de investigación realza la importancia del contexto en donde se va a desarrollar el estudio, el significado que dan las personas a sus actos, la realidad, sus ideas, sentimientos y motivaciones desde la experiencia de vida de los individuos.

En la investigación cualitativa, los escenarios y grupos no son reducidos a variables, sino que son vistos desde una perspectiva holística como un todo y no una suma de partes, tomando en cuenta situaciones pasadas y el contexto inmediato en donde se encuentran. Las personas y escenarios son únicos pero similares al mismo tiempo; similares porque en cualquier escenario o grupo de personas se pueden encontrar procesos sociales generales, pero únicos porque en algunos grupos de personas o escenarios específicos se pueden entender mejor ciertos aspectos de la vida social (Taylor y Bogdan, 2013).

En esta investigación se exploraron los conocimientos y las prácticas de autocuidado en las adolescentes embarazadas que asistieron a la consulta de atención en salud en el EBAIS de Golfito, en el 2015. Rojas (2008) afirma que la investigación cualitativa es flexible; además, depende de la situación y de los fenómenos específicos en lo que respecta a la recolección de los datos, pues en los temas a tratar se consideró la perspectiva que las adolescentes madres le otorgan al autocuidado durante el embarazo.

### **3.1.2 Etapa preparatoria**

Según Barrantes (2014, p. 207), esta fase se compone de dos etapas fundamentales que corresponden a la fase reflexiva y la fase de diseño.

### **3.1.3 Etapa reflexiva**

Para Barrantes (2014) esta fase es un proceso autorreflexivo y autocrítico, en donde se debe afrontar la comprensión de una realidad y el tipo de respuesta que se busca; su objetivo es la creación del proceso de investigación. Al decidir entrar en esta etapa, la investigadora o el investigador lo hace con su experiencia, sus valores, sus motivaciones y las del medio en que se desenvolverá.

El interés de trabajar con adolescentes embarazadas nace de la intervención que tuvo el investigador durante la rotación por el salón de maternidad del Hospital Carlos Manuel Mora Valverde de Golfito, en el Módulo de la intervención de Enfermería con la adultez sana. Ahí se observó la recurrencia de adolescentes embarazadas al Servicio de Maternidad y por estos hechos se evidenció la necesidad de información sobre el cuidado que deben tener durante el embarazo.

#### **3.1.4. Etapa de diseño**

Esta etapa consistió en la creación de la propuesta como tal. Para ello es importante considerar las características propias del trabajo realizado. Barrantes (2013) menciona que el diseño se caracteriza a su flexibilidad, además de la capacidad de adaptarse en cada momento y circunstancia, debido a la función del cambio producido en la realidad del trabajo.

Para esto se realizó una matriz de unidades de análisis para conocer los ejes o unidades por estudiar sobre la temática que se investiga; se realizó en relación con los objetivos planteados de manera que se agruparon respecto a características biológicas y sociodemográficas, conocimiento y prácticas de autocuidado en el embarazo, las cuales se plantean en la siguiente tabla: unidades de análisis.

**Tabla 1. Matriz de unidades de análisis**

Objetivo general	Objetivos específicos	Categorías	Sub-categorías	Preguntas
<p>Analizar el conocimiento y las prácticas de autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta de atención en salud en el EBAIS de Golfito, en el 2015</p>	<p>Describir las características biológicas y socio-demográficas de las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta en el EBAIS de Golfito, en el 2015</p>	<p>Características biológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes patológicos personales.</li> <li>- Antecedentes obstétricos.</li> <li>- Talla materna.</li> </ul>	<p>Sección B y C Cuestionario (ver anexo 3)</p>
		<p>Características sociodemográficas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Estado civil</li> <li>- Ocupación</li> <li>- Escolaridad</li> <li>- Nacionalidad</li> <li>- Acceso a vivienda y otros servicios</li> <li>- Condición socioeconómica</li> </ul>	<p>Sección A Cuestionario (ver anexo 3)</p> <p>Sección D y E Cuestionario (ver anexo 3)</p>

<p>Identificar el conocimiento de autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta en el EBAIS de Golfito.</p>	<p>Conocimiento sobre autocuidado</p>	<p>Autocuidado durante el embarazo</p> <p><u>Requisito universal de autocuidado:</u> Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia a control prenatal.</li> </ul> <p><u>Requisito universal de autocuidado:</u> Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo de dieta variada y balanceada.</li> </ul> <p><u>Requisito universal de autocuidado:</u> Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Práctica de ejercicio físico y descanso.</li> </ul> <p><u>Requisitos de autocuidado en el</u></p>	<p>Sección C</p> <p>Cuestionario (ver anexo 3)</p> <p>Segunda y cuarta parte entrevista (ver anexo 4)</p> <p>Segunda parte entrevista (ver anexo 4)</p> <p>Sección F</p> <p>Cuestionario (ver anexo 3)</p>
---	---------------------------------------	--	---

crecimiento y desarrollo

- Concepto de salud.
- Estado emocional. Segunda parte entrevista
- Sistemas de apoyo. (ver anexo 4)
- Efectos en el entorno familiar por el embarazo. Sección F Cuestionario (ver anexo 3)
- Preparación para la lactancia materna.
- Ejercicios de preparación física y de relajación Primera parte entrevista (ver anexo 4)
- Técnicas de respiración
- Automedicación
- Higiene y cuidados personales.

Explorar las Prácticas de Prácticas de autocuidado en el embarazo:  
prácticas de autocuidado  
- Automedicación - exposición a

autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta en el EBAIS de Golfito.

teratógenos.

- Sistemas de apoyo.
- Hábitos de higiene
- Actividad y ejercicio.
- Alimentación.
- Estado de ánimo.
- Autoestima.
- Preparación para la lactancia materna.
- Ejercicios de preparación física y de relajación

Tercera parte entrevista (ver anexo 4)

### **3.2 Tipo de estudio**

Por el tipo de temática a desarrollar se seleccionó realizar un estudio descriptivo. Según Hernández et al (2010), “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (P.80).

El alcance descriptivo de esta investigación permitió describir las características biológicas y socio-demográficas e identificar el conocimiento y prácticas de autocuidado en las adolescentes embarazadas.

### **3.3 Fase de trabajo de campo**

Este trabajo final de graduación (TFG) forma parte del alcance del proyecto de investigación 742 B3 324 “Situación de salud de la madre adolescente y su hijo o hija durante el primer año de vida residentes en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica”, inscrito en la Vicerrectoría de Investigación y que se desarrolla en el Instituto de Investigaciones en Salud (INISA). La investigación fue aprobada en la sesión 244 del 14 de noviembre del 2012 por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica y en sesión 008-04-2015 por del Comité Ético Científico Institucional del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud Seguridad Social (CECI-CENDEISS).

Dado el interés del estudiante en la temática del embarazo en la adolescencia, las investigadoras permiten su participación para el desarrollo del segundo objetivo de dicho proyecto y basado en esto realizar el trabajo final de graduación.

Bajo la supervisión de la M.Sc Yamileth Gutiérrez se inició con la recopilación bibliográfica, la revisión de base de datos de trabajos finales de graduación, base de

datos de artículos académicos (EBSCOhost: Academic Search Complete) de la Universidad de Costa Rica y revistas científicas virtuales (Scielo, Redalyc y Dialnet), tanto nacionales como internacionales, con la finalidad de identificar estudios que tuvieron relación con la temática de interés; además, se planteó el tema y problema de investigación.

Para Barrantes (2013) la fase de trabajo de campo se caracteriza por describir los escenarios en dónde y cómo se llevó a cabo la investigación y se compone de dos etapas las cuales se presentan a continuación:

### **3.3.1 Acceso al campo**

Posterior a la revisión bibliográfica se delimitó el tema, se plantearon los objetivos y se elaboró la propuesta, la cual fue enviada a la Comisión de Trabajo Final de Graduación de la Escuela de Enfermería para su revisión y aprobación (ver anexo 1). La propuesta de TFG mantiene una vinculación directa con el proyecto de investigación 742 B3 324 del INISA, lo que conlleva a una relación directa con las investigadoras de dicho proyecto.

Las investigadoras de este proyecto iniciaron el reclutamiento de participantes en el mes de agosto del 2015. Por medio de la enfermera obstetra responsable de la consulta en el EBAIS de Golfito se obtuvo la lista de posibles participantes con los datos de las adolescentes embarazadas que asisten por primera vez a cita de control prenatal. Las investigadoras responsables del proyecto, junto con el responsable de este trabajo final de graduación, iniciaron la localización de las adolescentes en la comunidad donde residen las adolescentes.

Durante el periodo de agosto a noviembre del 2015 se comenzó el proceso de reclutamiento y se invitó a participar a todas aquellas adolescentes que cumplieran con

los criterios de inclusión definidos. La invitación consistió en una llamada telefónica al número que indicó el Área de Salud de Golfito para comentarles el objetivo de la investigación.

En este contacto inicial se coordinó una visita al domicilio de la adolescente en donde se le explicó con detenimiento el objetivo del estudio. En caso de que la adolescente fuera mayor edad y aceptara participar en el estudio debió firmar un consentimiento informado; si la adolescente aceptaba participar y era menor de edad, sus padres o el representante legal también debieron firmar un consentimiento informado.

Después de conseguir los consentimientos para participar en la investigación, se inició con la aplicación del cuestionario durante los meses de agosto y setiembre y la entrevista en profundidad durante el mes de octubre y noviembre.

### **3.3.2 Delimitación espacial**

El estudio se realizó en la provincia de Puntarenas, en el distrito de Golfito del cantón de Golfito.

#### **3.3.2.1 Población de estudio**

La población de estudio estuvo conformada por las adolescentes embarazadas menores de 20 años que asistieron a la consulta de control prenatal en los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) ubicado en el distrito Golfito del cantón de Golfito.

### **3.3.2.2 Muestra**

En este estudio se trabajó con una muestra a conveniencia, la cual se define como “la selección de aquellos casos que son los de más fácil acceso en determinadas condiciones”, de acuerdo con Patton (1990), citado por Flick. U (2007, p.83).

Para la selección de la muestra se consideraron los siguientes criterios de inclusión como:

- Pertenecer al área de Golfito.
- Adolescentes embarazadas.
- Embarazadas menores de 19 años 11 meses y 29 días.
- Asistir a la consulta de control prenatal en el EBAIS de Golfito.

### **3.4 Instrumentos y técnicas de recolección de la información**

Barrantes (2014) menciona en su libro que “los ojos y los oídos son los métodos fundamentales de los cuales debe valerse quien realiza una investigación con enfoque cualitativo”. Por esto, desde una primera inmersión, el investigador realizó diversas observaciones del ambiente, además de conversar con las participantes, recolectó documentos y otros materiales.

A continuación, se describen las técnicas del cuestionario y la entrevista en profundidad utilizados en el estudio:

#### **3.4.1 Cuestionario**

Según Hernández Sampieri (2010), el cuestionario consiste “en una serie de preguntas respecto a una o más variables a medir”. Las preguntas deben ser congruentes, abiertas y cerradas. Las cerradas contienen categorías u opciones de

respuestas que han sido previamente delimitadas, en donde se presentarán las posibilidades de respuesta a los participantes. Mientras que las preguntas abiertas son particularmente útiles en situaciones donde se desea profundizar en una opinión o los motivos de un comportamiento. (p.107).

Para lograr el objetivo de describir las características sociodemográficas de las participantes se aplicó el instrumento “Proyecto N° 742-B3-324 Situación de salud de la madre adolescente y su hijo o hija durante el primer año de vida residentes en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica”, elaborado por investigadoras del Instituto de Investigaciones en Salud de la Universidad de Costa Rica, el cual cuenta con los criterios de confiabilidad y validez por el Comité Ético Científico de la misma universidad.

El cuestionario (anexo 3) se dividió en siete partes: la primera parte estuvo conformada por 13 preguntas cerradas y consistió en indagar acerca de los datos generales de las adolescentes embarazadas, relacionados con la edad, escolaridad, estado civil, lugar de residencia, nacionalidad, ocupación actual, tipo de seguridad social y forma de trasladarse al escenario de salud donde asistieran al control prenatal.

En la segunda y tercera parte del cuestionario se formularon 39 preguntas cerradas correspondientes a los datos de historia médica familiar y personal de las adolescentes, historia clínica del embarazo actual (datos obstétricos) anotados en el carnet perinatal. La cuarta y quinta parte del cuestionario se construyeron 20 preguntas cerradas para indagar sobre las condiciones económicas del hogar, vivienda y servicios.

En la sexta parte del instrumento se elaboró una pregunta abierta para obtener datos sobre la alimentación y actividad física. Por último, la séptima parte del cuestionario inició con una pregunta abierta para consultar acerca de las dudas o preocupaciones relacionadas con el embarazo que tuvieran las participantes; y en una

pregunta abierta se indagó sobre la relación con el padre del bebé o su pareja. En cada cuestionario aplicado a las cinco adolescentes en su domicilio, el tiempo estimado fue de 45 minutos. Seguidamente, la información obtenida en los cuestionarios se transcribió a una matriz de datos para su análisis descriptivo.

### **3.4.2 Entrevista en profundidad**

Para Barrantes (2014) una entrevista en profundidad es una conversación íntima, flexible y abierta en la cual se intercambia información entre entrevistador-entrevistada mediante la formulación de preguntas, la recolección, el registro de respuestas y la finalización del contacto entre ambas caras.

La técnica de la entrevista en profundidad (anexo 4) se utilizó con el fin de recolectar información para identificar el conocimiento y explorar prácticas de autocuidado en las adolescentes embarazadas. Se coordinaron visitas al domicilio de las participantes o cualquier otro espacio en el área de Golfito, en horario y fecha a convenir por el investigador; además, se solicitó el previo consentimiento a las participantes para grabar las entrevistas, esto para su tabulación y posterior análisis.

Se realizó la entrevista a profundidad con una guía de preguntas realizadas por el investigador a manera de conversatorio y las respuestas brindadas fueron grabadas con el permiso de la persona entrevistada. Agregan Sampieri, Collado & Lucio (2014) que este tipo de instrumento es una guía general del contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla en aspectos tales como su ritmo, estructura y contenido para precisar conceptos u obtener mayor información.

Se desarrolló una guía de preguntas con base en las categorías con el objetivo de identificar y explorar el conocimiento y prácticas de autocuidado en el embarazo y percepciones de la atención relacionadas con el control prenatal. Una vez obtenidos los

datos en las entrevistas y al transcribirlos, a cada adolescente embarazada se le asignó un código con la finalidad de reunir la información alcanzada en categorías.

### **3.5 Estrategias para el análisis de la información o de los datos**

#### **3.5.1 Fase analítica**

La fase analítica se realizó paralelamente a la recolección de los datos porque la información requiere de un análisis especial según su naturaleza. Además, es necesaria la estructuración de los datos, es decir, la organización según categorías o temas para lo cual se contó con la matriz de unidades de análisis para interpretar y evaluar los datos, de manera que se logre realizar una vinculación con el ambiente y los hechos relevantes y las teorías que brindan fundamento al proceso investigativo (Barrantes, 2014, p. 238).

Para el análisis de la información obtenida a través de los cuestionarios y las entrevistas, se transcribió en forma manual a una matriz de datos para su debida tabulación. Durante la intervención, a cada de las participantes se les asignó un código, según el orden de captación para el anonimato de la información y la mayor confidencialidad posible en el manejo de los datos.

En la investigación cualitativa, la codificación corresponde a un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos (Taylor y Bogdan, 2013). Este proceso incluye reunir y analizar todos los datos referidos a los temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones (p. 167).

Además, con la finalidad de preservar la naturaleza de la información obtenida de la revisión bibliográfica, los datos recolectados del cuestionario y de la entrevista con las adolescentes embarazadas se transcribió en forma total para su estudio, comparación y análisis.

Se llevó a cabo el análisis de los datos utilizando la técnica de triangulación de los datos realizando una confrontación entre la revisión bibliográfica, la información recolectada de las participantes y el aporte personal del investigador. Ambas técnicas de recolección de información permitieron abordar un amplio panorama para la comprensión del fenómeno de embarazo en adolescentes y sus perspectivas en lo que respecta al conocimiento y prácticas de autocuidado que llevan a cabo durante su embarazo y las etapas posteriores.

### **3.5.2 Triangulación de los datos**

La triangulación es la combinación en un estudio único de distintos métodos o fuentes de datos; es una manera de protegerse para confrontar y someter a control recíproco relatos de diferentes fuentes de información, resumiendo otros tipos y fuentes de datos para obtener una comprensión más profunda, clara del escenario y de las personas participantes en el estudio, mediante entrevistas y análisis de documentos escritos durante o al concluir la investigación (Taylor & Bodgan, 2013).

Asimismo, con estas técnicas de recolección de datos y las fuentes de información, las investigadoras en su proyecto de investigación, del cual se deriva este estudio como parte de la elaboración y desarrollo de uno de los objetivos tuvieron un primer acercamiento; las técnicas utilizadas para el desarrollo de este trabajo son técnicas tales como la observación y la aplicación de cuestionarios, además de la revisión bibliográfica para obtener la base teórico-científica y ponerle en contraposición con lo observado por el investigador y los datos recolectados por los instrumentos.

Al respecto, según Gurdían (2010), en la triangulación de datos se utiliza una amplia variedad de datos de diferentes fuentes de información, como la revisión bibliográfica realizada, la información recolectada de las participantes y lo observado

por el investigador; se hizo uso también de la triangulación de métodos y técnicas, consistente en el uso de diversos métodos para estudiar un problema. En este caso, la observación del problema del embarazo en adolescentes en un área rural, la posterior aplicación de los cuestionarios y entrevistas para indagar sobre el tema.

### **3.6 Fase informativa**

La investigación culmina con esta fase; según Barrantes (2014) “consiste en la presentación y difusión de los resultados, con esta no solo el investigador llega a alcanzar una mayor comprensión del fenómeno u objeto de estudio, sino que la comparte con los demás” (p. 241). Corresponde en este caso a la entrega física del informe final y la presentación oral de los resultados obtenidos, tanto a la Universidad, como al personal de salud del EBAIS de Golfito.

#### **3.6.1 Consideraciones bioéticas**

El proyecto de investigación al cual se suscribe este TFG cuenta con los avales éticos, tanto del Comité Ético Científico de la UCR (CEC-UCR), como del Comité Ético Científico Institucional (CECI) del CENDEISS-CCSS.

Para aplicar los instrumentos el investigador consideró el aspecto ético, solicitando la autorización a la adolescente embarazada para su participación en el estudio y utilizando como base los principios establecidos en el Informe de Belmont, los cuales a continuación se detallan:

##### **Principio de autonomía**

Respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de construir sus acciones a menos que estas produzcan un

claro prejuicio a otros; el respeto por las personas requiere que los sujetos, en el grado que ellas sean capaces, deben tener la oportunidad de elegir qué ocurrirá o no con ellas, esta oportunidad se ofrece cuando se adopta un modelo adecuado de consentimiento informado.

Las adolescentes madres deben conocer estos principios; la autonomía se refleja generalmente en esta etapa del ser humano; existen muchas cosas que se desconocen o se ignoran y deben tomar decisiones importantes relacionadas a su vida y en el caso de las adolescentes embarazadas, las del ser vivo que lleva en su vientre. También este principio es fundamentado y respetado junto con los otros por la relación establecida con los profesionales en salud y las adolescentes; para que las decisiones sean realmente autónomas deben realizarse en forma voluntaria y libre, sin coacción de ningún tipo, con una adecuada comprensión de la información brindada, relacionada con la situación y con la existencia de la capacidad y competencia para decidir.

Para considerar la decisión por parte de las adolescentes de participar en el estudio como autónoma y voluntaria, previamente se les entregó el instrumento del consentimiento y asentimiento informado, quienes lo leyeron y firmaron. Al respecto, Pinto y Gulfo (2013) mencionan que el asentimiento informado va más allá de un formalismo legal o una práctica moral; es un proceso de inclusión y promoción de la autonomía del niño en los procesos de toma de decisiones.

### **Principio de beneficencia y no maleficencia**

Las personas son tratadas de una forma ética no solo respetando sus decisiones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo un esfuerzo por asegurar su bienestar; el informe presenta dos reglas formuladas como expresiones complementarias de los

actos de beneficencia: 1) no hacer daño y 2) extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

Este principio se aplica cuando se le explica a la adolescente los tratamientos a tomar y su beneficio para ella y bebé, así como los programas y condiciones adecuadas para reducir los factores de riesgo posibles, tanto para la madre, como para el niño o la niña en toda la etapa del embarazo, y en el postparto. Esto como parte de la intervención de Enfermería para con estas madres adolescentes.

### **Principio de justicia**

Las personas serán tratadas igualitariamente; debe buscarse la forma justa para distribuir cargas y beneficios. No se deben imponer a las personas aquellas cargas que no les correspondan, esto mediante el procedimiento operativo de selección de sujetos.

Las adolescentes embarazadas tienden a ser más susceptibles; por ello serán tratadas de forma igualitaria. Igualmente, en el estudio se tomó en cuenta el principio de autonomía de las madres adolescentes al explicar el proceder del estudio; se constata que su participación en la investigación es de forma voluntaria al firmar el consentimiento informado autorizando su participación. De manera que se consideran las madres adolescentes como sujetos titulares de derechos al contemplar el principio de justicia, en donde las adolescentes son más que receptores pasivos de la beneficencia de los adultos.

# Capítulo IV

RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de resultados

Con base en los objetivos planteados en esta investigación se presentan en el siguiente apartado los resultados obtenidos.

##### 4.1.1. Describir las características biológicas y socio-demográficas de las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta en el EBAIS de Golfito, 2015.

Para la descripción de las características biológicas y sociodemográficas del grupo de adolescentes embarazadas, el estudio contó con la participación de cinco jóvenes. Para salvaguardar su identidad se les asignó un código a cada una. Los datos se obtuvieron de la aplicación de los instrumentos detallados en el capítulo metodológico y al aplicar el cuestionario se obtuvo como resultado lo que a continuación se detalla:

**Tabla 2. Datos sociodemográficos de las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta de atención en salud en los EBAIS de Golfito en el 2015**

Participantes	Edad	Estado civil	Grado académico
G-01	16	Soltera	Secundaria incompleta
G-02	17	Soltera	Secundaria incompleta
G-03	18	Soltera	Secundaria completa
G-04	19	Casada	Secundaria incompleta
G-05	19	Unión libre	Secundaria completa

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la implementación del cuestionario a las adolescentes embarazadas captadas en el sector de Golfito durante el 2015.

En la tabla 2 se detallan las edades de las participantes, su estado civil y su grado académico. Las cinco participantes son costarricenses y actualmente residen en comunidades del distrito de Golfito.

En Costa Rica, el Ministerio de Hacienda (2002) en el documento Niñez y Adolescencia retos y resumen de políticas y acciones estratégicas 2002-2006, el embarazo en adolescentes es un problema creciente. En el 2001, un 20,2% de los partos ocurrieron en mujeres menores de 19 años y el 80% de las adolescentes madres están fuera de matrimonio y en términos geográficos, Limón, Puntarenas y Guanacaste son las provincias con la mayor incidencia de esta problemática en el país.

Estos mismos datos concuerdan con lo encontrado en la teoría debido a que las participantes del estudio tienen una edad igual o menor a 19 años de edad. Al respecto, Papalia & Feldman (2012) mencionan que la adolescencia es un período que abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años de edad.

Para agregar, estos mismos autores mencionan que son múltiples los factores de riesgo a los que se encuentran expuestas las adolescentes embarazadas. A medida que se desarrolle este apartado se irá haciendo mención de estos y algunos son: los psicológicos, de los cuales el principal rasgo es la interrupción de su proceso de desarrollo, la combinación del proceso de desarrollo y las obligaciones que el embarazo representa en esta y en cualquier otra etapa del desarrollo humano.

De acuerdo con lo observado y según las tareas de la etapa de desarrollo de las adolescentes, es de esperar que la mayoría de jóvenes se encuentren inmersas dentro del sistema educativo adquiriendo conocimiento, logrando su formación y planteando su proyecto de vida, que compartan la mayoría del tiempo con su grupo de pares y además estén en constante búsqueda y desarrollo de su identidad. Sin embargo, los datos encontrados en el cuestionario develan otro panorama; en el caso de ocupación tres de las participantes indicaron ser estudiantes y las otras dos adolescentes realizan actividades domésticas, ninguna de ellas realiza actividades de las cuales se obtenga una retribución económica.

Según Ladewig *et al.* (2002), en cuanto a riesgos sociológicos, la vida de la adolescente puede verse afectada por la obligación de tener que comportarse como una adulta antes de haber completado el proceso de desarrollo puberal, hecho que puede conllevar a una prolongación en la dependencia respecto de los padres, impedir relaciones estables con el sexo opuesto y dificultar la estabilidad económica y social. Muchas de las madres abandonan el colegio y aumenta el porcentaje de adolescentes que no culminan su educación lo que limita la calidad de trabajos a los que pueden acceder

Pese a los esfuerzos realizados por las autoridades competentes en cuanto a materia de educación, existe gran dificultad de acceso a información asertiva, eficaz y veraz para las y los jóvenes del país en cuanto a un tema considerado tabú por la sociedad como lo es el de la salud sexual y reproductiva; esta situación da paso a prácticas de conductas sexuales de riesgo y a la problemática entorno al fenómeno de embarazos adolescentes.

En cuanto a la asistencia al control prenatal, tres de las jóvenes asisten al EBAIS Alamedas y dos de ellas al EBAIS La Mona. De igual manera, tres de las adolescentes han asistido hasta el momento a dos controles prenatales, una de ellas a siete y la otra joven a una primera cita. Así mismo, cuatro se encuentran aseguradas por el Estado y una con seguro familiar.

Entorno a la atención en salud recibida por las adolescentes embarazadas, se evidenció que todas las participantes están siendo captadas por el sistema nacional de salud en los diversos EBAIS ubicados dentro del contexto sociodemográfico en que se desarrolló el estudio y la asistencia a la consulta prenatal. Las jóvenes indican que asisten a los EBAIS en promedio cada mes y medio para la valoración por el personal en salud y no refieren ninguna duda en cuanto a la información suministrada por este.

Según la Política Pública en Adolescencia, Salud Integral en Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica 2009-2021, en su artículo N°44 se integran contenidos que respaldan a las madres adolescentes en su condición de adolescentes: “el Ministerio de Salud velará porque se verifique el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, acceso a los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades, así como la rehabilitación de la salud de las personas menores de edad” (Asamblea Legislativa, sf).

Para tal finalidad, el artículo N° 44 establece las siguientes competencias:

- a) Asegurar la atención integral de este grupo, procurando la participación activa de la familia y la comunidad.
- b) Garantizar el acceso a los servicios de atención médica de calidad, especializada en niños y adolescentes.

Para agregar, el artículo 50 especifica que la adolescente embarazada y su hijo tienen derecho a recibir el control médico durante el embarazo y el parto, así como en caso necesario, apoyo alimentario para complementar su dieta en el periodo de lactancia; para agregar y en relación con la información captada desde las participantes y su relación con la Política Pública en Adolescencia, en su artículo 51 indica que las madres adolescentes tendrán derecho a atención prenatal, perinatal y posnatal; en su artículo 51 hace referencia al derecho a asistencia económica para las adolescentes que viven en condiciones de pobreza, mediante instituciones afines (La Gaceta, 1998).

En cuanto a los antecedentes patológicos personales y familiares de las participantes y de acuerdo al cuestionario aplicado se obtuvo el siguiente resultado:

En la parte de historia médica personal de la adolescente madre, específicamente en antecedentes patológicos personales, una de las adolescentes indica padecer de hipertensión arterial al momento de la entrevista la adolescente indicó que no cuenta

con tratamiento farmacológico; otra de ellas tiene como antecedente quirúrgico personal una cirugía de legrado. Las otras adolescentes no refieren padecer ninguna de las patologías preguntadas en la sección C de dicho instrumento. Una de las adolescentes estuvo embarazada cuando tenía 17 años de edad y según refiere el producto resultó en un aborto espontáneo extraído vía cirugía de legrado.

Uno de los argumentos más comúnmente elegidos o esgrimidos para caracterizar al embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública según Portnoy (2005) es el referido a los supuestos efectos etarios sobre la salud perinatal del binomio; los diferentes factores biopsicosociales están anclados en sus efectos adversos sobre la salud de la madre, en particular, en la mayor prematuridad y bajo peso al nacer con el consiguiente impacto en la morbi-mortalidad perinatal.

Para agregar, Papalia & Feldman (2012) mencionan que algunas de las complicaciones en el transcurso del embarazo y después de este, suelen ser hábitos de alimentación no adecuados, por lo que no ganan el peso suficiente, anemia, no reciben un adecuado cuidado control prenatal o el que reciben no es de la mejor calidad, infecciones vaginales, estadios hipertensivos gestacionales, retraso en el crecimiento intrauterino, aborto, amenaza de parto prematuro y parto pretérmino.

**Tabla 3. Medidas antropométricas de las participantes y estado nutricional, según semanas de embarazo de las adolescentes en los EBAIS, 2015**

Participante	Peso	Talla	Semanas de embarazo	Relación peso-talla
<b>G-01</b>	<b>53</b>	164	24	Bajo Peso
<b>G-02</b>	<b>53</b>	157	9	Normal
<b>G-03</b>	<b>64</b>	154	15,5	Sobrepeso
<b>G-04</b>	<b>44.7</b>	164	14,5	Bajo Peso
<b>G-05</b>	<b>70</b>	164	9	Sobrepeso

**Fuente:** Resultados del nomograma en la tarjeta de control prenatal, CCSS.

En la tabla 3 se pueden observar las medidas antropométricas de las adolescentes, así como la semana gestacional y el estado nutricional al momento de la captación. Los datos supracitados se obtuvieron del carné perinatal que contiene la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB). Dicho instrumento permite al profesional de Enfermería identificar el riesgo biológico o las condiciones que ponen en riesgo la morbilidad y mortalidad, ya sea antes o después del parto a la madre, al feto y o al neonato.

Por ello, el control prenatal se constituye en la principal herramienta para detectar condiciones que puedan afectar la salud y la calidad de vida del binomio madre-hijo, cuyo objetivo es la identificación oportuna de condiciones de riesgo en las adolescentes embarazadas; asimismo, puede permitir la prestación sistemática, dinámica y oportuna del cuidado de Enfermería.

Para identificar el estado nutricional de las adolescentes embarazadas se utilizó el nomograma presente en la tarjeta o carné de control prenatal de las jóvenes embarazadas. Según Sardá (2006), este instrumento son gráficas que se utilizan para la clasificación de la relación peso/talla de la mujer, confrontado con la edad gestacional o

cifra que aparece en la gráfica de control de crecimiento intrauterino, en donde se muestra y determina el estado nutricional de las embarazadas.

En la tabla 3 se puede observar la evaluación del estado nutricional de las jóvenes donde una de las adolescentes embarazadas se encuentra normal según su peso, talla y edad gestacional; dos participantes se ubican en la gráfica con sobrepeso y las otras dos jóvenes están en bajo peso.

La situación encontrada en este grupo de adolescentes embarazadas evidencia la necesidad de intervención por parte del personal de salud especializado con el propósito de evaluar la situación de salud en general de estas futuras madres. Además, la identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias a seguir por los profesionales en pro de la salud y el beneficio del binomio madre-hijo/hija.

Es importante relacionar los resultados anteriores con los hábitos alimentarios de las adolescentes estudiadas. Para esto se utilizó el recordatorio de dieta de 24 horas y el reporte de actividad física; la técnica de recordatorio de 24 horas consiste en “recolectar información lo más detallada posible respecto a los alimentos y bebidas consumidos el día anterior, tipo, cantidad y modo de preparación” (Ferrari, 2013, p. 20).

Por lo tanto, el propósito del recordatorio en el presente estudio consistió en obtener datos sobre la ingesta de alimentos recientes en las adolescentes embarazadas, lo cual permitió la identificación de los alimentos que usualmente consumen. En este sentido, solo una de las adolescentes embarazadas indicó que implementa los cinco tiempos de alimentación recomendados al día; las otras cuatro jóvenes embarazadas participantes refieren hacer tres o cuatro tiempos de alimentación por día. Al valorar los alimentos que consumen estas adolescentes embarazadas, las jóvenes en el recordatorio de 24 horas expresan que en su alimentación incluyen los siguientes alimentos:

**Tabla 4. Alimentos mencionados por las participantes en el recordatorio de 24horas**

<b>Grupo de alimento</b>	<b>Alimentos consumidos por las adolescentes embarazadas</b>
<b>Cereales, leguminosas y verduras harinosas</b>	Arroz, frijoles, plátanos maduros, Papa y pan
<b>Vegetales y frutas</b>	Manzana, sandía y tomate
<b>Productos de origen animal</b>	Pollo, natilla y queso Embutidos: (Mortadela y Salchichón)
<b>Grasas y azúcares</b>	Galletas, queque Aceite de origen vegetal

**Fuente:** Primer cuestionario a la adolescente embarazada, sección F recordatorio de dieta de 24 horas.

Lo anterior brinda un panorama general de la alimentación que usualmente consumen las jóvenes embarazadas, lo cual evidencia una alimentación poco variada donde abunda los carbohidratos, los productos de origen animal son en su mayoría embutidos y el consumo de frutas y vegetales es mínimo, a pesar que se viva en una zona rural donde el acceso y disponibilidad de frutas puede ser mayor que en la zonas urbanas. Coincidiendo con su estado socio-económico y cultural, según lo manifestado por las participantes la mayoría de los alimentos que consumen en porciones más grandes son las verduras harinosas, esto se puede asociar con la producción de alimentos en sus lotes o parcelas.

También, dicho instrumento permitió conocer la ingesta de líquidos en las participantes la cual es baja, si se compara con los 8 vasos de agua recomendados al día.

Cuando ingieren líquidos lo hacen a manera de frescos o batidos acompañados de azúcar; en relación con los embutidos, las participantes refieren que la manera de prepararlos y consumirlos es en fritura, es decir, los fríen en un sartén con aceite o manteca.

Los alimentos ricos en sal, azúcar o grasa se deben reducir todas las etapas de la vida, por lo que se debe poner especial atención durante el proceso de embarazo, pues una alimentación desequilibrada puede afectar no solo a la madre, sino también a su hijo.

En relación con lo anteriormente manifestado por las participantes y en contraposición con la Guía de Cuidados en el embarazo, propuesta por Alcolea & Mohamed (s.f), muestra que algunas de las recomendaciones alimentarias que deben tomar en cuenta una mujer embarazada para mantener un adecuado estado nutricional son las siguientes:

- Los alimentos ricos en hierro (hígado, carnes rojas, frutos secos, huevos, lentejas, espinacas, soja).
- Los alimentos ricos en ácido fólico (espárragos, espinacas, aguacates, tomates, fresas, plátanos), ricos en yodo (sobre todo pescados) y ricos en calcio (lácteos), todos necesarios para el buen desarrollo de su hijo/a.
- Los alimentos proteínicos como carne y pescado, se deben preparar a la plancha, al horno, hervidos o al vapor, sobre todo en caso de sobrepeso.
- El consumo de frutas, verduras, pan integral, arroz, pastas y legumbres.
- El pescado azul, aceite de oliva, girasol o maíz aportan ácidos grasos esenciales, por eso debe tomarlos regularmente.
- Beba de 1 a 1 ½ litros de agua al día, ya que además de muchos otros beneficios, va a favorecer el tránsito intestinal, evitando el estreñimiento.

En contraste con lo encontrado en el recordatorio de 24 horas y la guía de alimentación anteriormente mencionada, la alimentación de las jóvenes es deficiente; se evidencia el desconocimiento por parte de las adolescentes embarazadas que participaron del estudio de una alimentación sana, variada y balanceada, lo que concuerda con el estado nutricional de las jóvenes expuesto en la tabla 3, pues el estado nutricional de las adolescentes es el reflejo de sus hábitos de alimentación y estos hábitos no muestran cambios transmitidos por el personal de salud en la consulta de atención prenatal.

Lo anterior evidencia que las jóvenes no están realizando adecuadas prácticas de autocuidado para proveer al cuerpo de una adecuada ingesta de líquidos, una dieta variada y balanceada; el recordatorio de 24 horas demuestra que las adolescentes no poseen el conocimiento para llevar a cabo una buena dieta, poniendo en evidencia la necesidad de intervención del profesional en Enfermería para la gestión de ese autocuidado y favorecer la adopción de hábitos saludables.

En esta misma línea y en relación con la actividad física, solo una de las adolescentes refiere salir a caminar aproximadamente 45 minutos diarios; las otras cuatro participantes manifiestan no realizar ningún tipo de actividad física. Como se puede observar para cuatro de las adolescentes la actividad física no es una prioridad vinculada a sus actividades diarias y como parte de su autocuidado durante el embarazo. La actividad física constituye una condición necesaria para mantener el bienestar y el tono muscular materno, siempre y cuando esta no represente alguna situación de riesgo para el binomio madre-hijo; la actividad física ayuda, por ejemplo, a mejorar su imagen, aumentar la energía, mejorar el sueño, aliviar la tensión y ayudar a controlar el aumento de peso.

En este sentido, Carmona, Hurtado y Marín (2007) mencionan que la estrategia a seguir con el cuidado del embarazo en adolescentes es elaborar y desarrollar actividades educativas dirigidas a proporcionar información a la adolescente embarazada, en cuanto al autocuidado y adopción de hábitos de vida saludable tales como no fumar, alimentarse sanamente, controlar la presión arterial, mantener el peso ideal, realizar de manera continua actividades del ejercicio físico, entre otros.

Además, la sección C del cuestionario corresponde a la historia clínica del embarazo actual de la adolescente. De acuerdo con la información obtenida del carné de control prenatal, a todas las adolescentes le prescriben ácido fólico y sulfato ferroso desde el momento de captación, sin embargo, algunas de ellas lo sustituyen por productos adquiridos en la farmacia tales como Natele o Materna, marcas comerciales para estos suplementos de ácido fólico e hierro.

Como parte de lo observado por el investigador, la situación planteada no guarda relación con la situación de los hogares y condición socioeconómica que describen las adolescentes. De ahí la duda en cuanto a la compra de los suplementos nutricionales que les prescriben en el EBAIS a las adolescentes embarazadas, los cuales pueden tener de forma totalmente gratuita con el seguro y despachados por la farmacia de sus respectivos EBAIS versus la percepción cultural que manifiestan las adolescentes con comentarios como “son mejores los que venden en la farmacia”; lo señalado tiene que ver con la percepción cultural de las participantes del estudio, al utilizar los recursos económicos para la compra de medicación con distintos nombres, ya sea de forma genérica o comercial, pero que poseen el mismo principio activo y objetivo terapéutico.

Continuando con los datos obtenidos mediante el cuestionario, en el apartado de observaciones que se registra en el carné perinatal, se describen datos de las adolescentes con problemática socioeconómica, la condición de primigestas o

embarazos anteriores, embarazo de alto riesgo obstétrico y coordinaciones realizadas con el personal de nutrición por el aumento de peso durante la gestación.

Todas las adolescentes indican que se han realizado los exámenes de laboratorio indicados por el médico, dos de ellas conocen los resultados de estos, no obstante, las otras tres refieren que no han informadas al respecto. Ninguna ha estado hospitalizada, tres adolescentes expresan haber consumido medicamentos de venta libre por más de dos días para el dolor de cabeza y una de ellas antibióticos por siete días por una amigdalitis prescritos por el médico del EBAIS.

Las adolescentes hacen uso de medicamentos de venta libre sin prescripción o indicación médica, por recomendaciones de sus familiares o vecinos; algunas de estas sustancias pueden causar alteraciones en el crecimiento y desarrollo normal del feto y en el periodo posnatal, estas sustancias se conocen como teratógenos.

En relación con los suplementos alimenticios prescritos en la consulta prenatal, estos se entregan a las usuarias con el fin de favorecer un desarrollo adecuado en su proceso de embarazo. Al respecto, Ladewig et al. (2002) señalan que los principales problemas de la dieta en la población de adolescentes embarazadas es un aporte insuficiente de hierro debido al aumento de la masa muscular y la volemia; el calcio es otro nutriente que requiere atención pues es frecuente que la ingesta de calcio sea insuficiente para favorecer la mineralización ósea de la adolescente y el crecimiento esquelético del feto, además del ácido fólico esencial para la reproducción celular.

De acuerdo con los datos sociodemográficos obtenidos en el cuestionario, tres de las adolescentes residen en casas totalmente pagadas; una de ellas alquila y la otra joven habita en una casa prestada. Tres de las casas son de madera, los otros dos domicilios son de material prefabricado; el material predominante en el techo es el zinc en las cinco casas. Solo dos de las viviendas cuentan con cielo raso, dos de las casas visitadas

están sobre pilotes y el material observado en el piso de tres de las casas es el cemento, una de madera y otra el piso es de linóleo.

El número de cuartos o habitaciones exclusivos para dormir en dos de las casas es dos cuartos cada una, en otra de las residencias cuentan con cuatro habitaciones, otra de las casas tres cuartos y otro de los domicilios cuentan con un cuarto, hecho que ocasiona que se visualice hacinamiento en las viviendas, pudiendo ser esto perjudicial para el adecuado desarrollo del binomio madre-hijo(a). Al respecto, solo una de las adolescentes embarazadas tiene su habitación y cama personal, las otras jóvenes comparten sus habitaciones y camas con sus parejas o familiares.

En cuanto al acceso a servicios como el agua, cuatro de las casas cuentan con agua potable suministrada por el sistema nacional de AyA. En el otro domicilio cuentan con el recurso de un río o naciente. En cuatro de los domicilios tienen tanque séptico y en la otra de las viviendas eliminan sus desechos por medio del alcantarillado sanitario. Las cinco jóvenes embarazadas manifiestan que en las cinco casas tienen acceso al servicio eléctrico. La principal fuente de energía para cocinar en tres de las casas es el gas, en los otros dos domicilios utilizan electricidad. Y en relación a la manera en que se elimina la basura, en cuatro de las casas lo realizan a través del camión recolector, en la otra vivienda la botan en un hueco y la entierran según lo refiere la adolescente embarazada, lo que evidencia un mal manejo de los desechos.

Lo anterior muestra un acercamiento al estado general de las viviendas, el acceso a los servicios públicos con que cuentan las participantes y describe la condición general del domicilio en que residen las adolescentes embarazadas, las casas se ubican en pueblos aledaños al distrito Golfito. Se observó que la mayoría de las viviendas son de bien social, construidas con material prefabricado o viviendas de madera del periodo de la compañía bananera.

En las casas habita un promedio de dos y siete personas; solo una de las participantes recibe una beca del IMAS de aproximadamente veinte mil colones mensuales. Una de ellas describe su situación económica como muy difícil, una difícil, una regular y dos de ellas refieren que es buena. Para conocer más de la situación económica de las participantes se describen algunos artículos, bienes y servicios con que cuentan las adolescentes.

Sobre esta línea descriptiva del entorno, las cinco adolescentes embarazadas que participaron del estudio poseen teléfono móvil, solo en dos de las casas visitadas cuentan con teléfono fijo; en una de las casas poseen una pantalla de plasma, mientras que las otras cuatro casas tienen televisor convencional y en las cinco casas tienen acceso al servicio de televisión por cable.

De las cinco casas visitadas, ninguna cuenta con sistema de agua caliente o termo-duchas; solamente en tres de las casas se observó que poseen radio o equipo de sonido. Tampoco cuentan con tanque para el almacenamiento del agua; en cuanto a computadoras solo en uno de los domicilios refieren tener acceso a una computadora de escritorio y computadora portátil con acceso a internet. Conjuntamente, las participantes manifestaron que no cuentan con vehículo propio y utilizan el transporte público de la zona para trasladarse al Ebais.

Los resultados presentados pretenden lograr un acercamiento a la situación socioeconómica, contexto demográfico y cultural de las adolescentes; como aporte a lo observado por el investigador, dichas casas son en su mayoría viviendas humildes, de bien social o antiguas casas que quedaron del paso de la compañía bananera por Golfito. Solo 3 de las adolescentes residen en vivienda propia, son solteras y viven con sus familiares; una de las participantes alquila en conjunto con su pareja y la otra de las participantes cuenta con domicilio prestado por familiares en el cual reside con su

pareja. Dichos datos en contraposición concuerdan con lo que dice la teoría en que el fenómeno de embarazo en adolescentes trae consigo la aparición de otros problemas.

Noguera y Alvarado (2012) manifiestan que esta población está compuesta generalmente por madres solteras, de hogares disfuncionales y sin apoyo social ni económico; condición que afecta a las adolescentes porque la mayoría ven limitados sus proyectos de vida y generalmente se ven obligadas a abandonar sus estudios lo que lleva a una menor preparación académica. Esta situación propicia una desventaja para competir laboralmente; por ende, la disminución en los ingresos económicos que afectan la capacidad de acceso a servicios de salud, vivienda, alimentación y otros necesarios para la calidad de vida en el binomio.

Además, los datos brindan un panorama en cuanto a la distribución del recurso económico que se da en las viviendas y en contraste con lo que manifiestan las participantes, estas cuentan con una situación económica difícil; además, se observa la influencia de aspectos culturales para desviar los fondos al acceso de determinados bienes sin priorizar las necesidades, como el uso de teléfonos inteligentes por parte de todas las adolescentes embarazadas participantes en el estudio; asimismo, todas las casas cuentan con televisión por cable. Tres de las participantes adquieren los suplementos nutricionales prescritos en la consulta prenatal en farmacias y se podría esperar que dichos fondos podrían ser empleados en conseguir alimentos para una dieta sana, variada y balanceada para lograr un peso adecuado.

Asimismo, Adaszko (2005) resalta que al adoptar una actitud o posición crítica al respecto de este fenómeno, se descubre la existencia de un paradigma que naturaliza los procesos sociales que producen “los padecimientos”, donde cada sujeto es responsable último por sus desventuras; encubriendo de esta forma la problemática de la desigualdad social, un enfoque relacional y político no especializado de la adolescencia, de la

pobreza o del género o por tener dificultades para acceder a la información y los métodos anticonceptivos que permitirían evitar embarazos no planeados o porque la socialización de género ha exceptuado a los varones de su responsabilidad en esta materia.

#### **4.1.2. Identificar el conocimiento de autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta en el EBAIS de Golfito.**

Este objetivo se responde con base en lo planteado en la matriz de unidades de análisis, en cuanto a conocimientos que posee el grupo de adolescentes embarazadas captadas en los EBAIS de Golfito; por ello este apartado corresponde al análisis a las respuestas que brindaron las participantes durante la entrevista, en contraposición con lo expuesto en la teoría y lo observado por el investigador, para así presentar los resultados mediante la triangulación de datos.

La entrevista se dividió en cuatro partes o secciones; en una primera parte de la guía de preguntas se indagó sobre el estado general de la adolescente y su embarazo. La segunda parte correspondió a los conocimientos de autocuidado de las adolescentes embarazadas; la tercera parte corresponde a las prácticas de autocuidado de las participantes durante su embarazo y por último en la cuarta parte de la entrevista se buscó indagar las percepciones de las participantes del estudio, en relación con a la atención que reciben durante la consulta en su control prenatal.

En cuanto al análisis de las respuestas de las participantes se van a presentar en letra cursiva encerradas en comillas o mediante cuadros, con códigos para salvaguardar la identidad de las participantes y la respectiva confidencialidad; dicha narración se hará en el mismo orden de acuerdo con la entrevista; por lo tanto, en lo que respecta a la

primera parte correspondiente al estado general de la adolescente y su embarazo, se les preguntó cómo se sentían en su proceso de embarazo, obteniéndose las siguientes respuestas:

*“bien, emocionada”* (G-01)

*“bien contenta”* (G-02)

*“bien, cómoda y muy feliz”* (G-03)

*“bien”* (G-04)

*“tranquila”* (G-05)

Lo anterior refleja sentimientos positivos hacia el proceso de embarazo, lo cual contribuye de manera positiva desde el punto de vista emocional, tanto a la joven como al feto; para Maldonado, citado por Calesso (2007), las experiencias y sentimientos positivos de la madre durante el embarazo y el apoyo recibido por parte de sus familiares ayudan en su adaptación a la maternidad (pág. 29.)

El desarrollo del embarazo en un espacio tranquilo, con apoyo familiar en donde existan espacios de comunicación y asistencia para la satisfacción de las necesidades, el entorno ideal o el mejor de los escenarios para estas adolescentes; así, la mayoría de ellas reconoce que sus familias las apoyan a lo largo de este proceso. También se les consultó sobre qué actividades que realizaban antes del embarazo han cambiado y sobresalen expresiones como:

*“cuidarme mucho”* (G-01)

*“no salir a algunos lugares”* (G-05)

Además, mencionan omitir algunos alimentos que antes eran de consumo frecuente, por ejemplo, una de las participantes menciona:

*“antes comía mucho chile y mucho picante y cosillas así y ahora ya no”* (G-04)

Se puede observar cómo los cambios varían de acuerdo con lo planteado por D. Orem en su modelo conceptual en cuanto al requisito universal de autocuidado que corresponde al mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos. Dichos requisitos o requerimientos van a cambiar al momento de un embarazo y menciona también que inclusive se van a dar cambios en el proceso de socialización de las jóvenes. En cuanto a los cambios personales que las adolescentes han tenido desde su embarazo destacan:

*“que lo cuidan más a uno”* (G-01)

*“me dan ganas de comer mucho y me cuesta un montón dormir”* (G-02)

*“me crecieron los pechos, me he engruesado, la panza me ha crecido”* (G-03)

*“me he vuelto como una persona más seria”* (G-05)

Estos cambios percibidos por las adolescentes se encuentran en los ámbitos fisiológico, anatómico e incluso cambios en la personalidad, propios de la etapa de desarrollo y por el embarazo; estas situaciones no son propias de esta etapa de desarrollo ni de un rol que se recomienda asumir en este periodo de la vida. Según lo planteado por Ladewig *et al.* (2002), la combinación del proceso de desarrollo y las obligaciones que el embarazo representa en esta y cualquier otra etapa del desarrollo humano provocan que la adolescente puede verse afectada por la obligación de tener que comportarse como una adulta, antes de haber completado el proceso de desarrollo puberal.

Con respecto a los cambios a nivel familiar, las jóvenes retroalimentan el apoyo que obtienen por parte de sus familias con comentarios tales como:

*“se sienten contentas”* (G-01)

*“ahora estamos más unidos”* (G-03)

El apoyo de la familia a la joven embarazada favorece el buen desarrollo del niño o la niña y, por lo tanto, contribuye a una mejor asimilación del proceso de embarazo; el entorno de estas madres parece desempeñar un importante papel, tanto en las causas, como en las consecuencias de la maternidad (Calessio, 2007, pág. 28).

Otros comentarios que las jóvenes realizaron al respecto son:

*“todos estamos felices”* (G-01)

*“me apoyan”* (G-02)

*“me preocupaba mi abuela, pero no me dijo nada”* (G-05)

Dichos comentarios concuerdan con lo expuesto por la autora anteriormente, cuando menciona que algunas adolescentes revelan un cambio positivo en las relaciones familiares con la llegada del bebé, incluyendo cierto acercamiento entre los miembros de la familia (pág.28). En cuanto al apoyo familiar que brindan a las futuras madres adolescentes ellas mencionan:

*“si, van a estar conmigo”* (G-01)

*“me cuidan demasiado”* (G-02)

*“si para mí es una gran bendición”* (G-04)

Además, las jóvenes participantes refieren además que este apoyo se ve reflejado en acciones como:

*“para ir a la universidad mi suegra dijo que lo iba a cuidar”*

(G-01)

*“me dicen que no alce cosas pesadas, que no camine”* (G-02)

*“me dan ganas para seguir estudiando y salir adelante”* (G-04)

Lo anterior evidencia muestras de apoyo por parte de la familia de las jóvenes. Su percepción sobre el apoyo social recibido parece ser un importante marcador en el momento de evaluar las condiciones de las adolescentes para iniciar el proceso de crianza de sus hijos (Calesso, 2007, pág.28).

Cabe resaltar como una actitud positiva la relación estrecha, el apoyo emocional, fuente de información y apoyo económico que las adolescentes sostienen con sus familias; facilita un mejor entorno para la llegada del bebé.

Retomando la línea de los conocimientos de las participantes en el estudio, respecto a la alimentación de las adolescentes durante el embarazo, las jóvenes no refieren mayores dudas, las mismas expresan lo siguiente:

*“ellos me han dicho que no coma mucho, me dijeron que tenía sobrepeso que tenía que cuidarme con las comidas, me daba mucho miedo comer algo que me hiciera malo o algo así”* (G-04)

Como parte del proceso de desarrollo y crecimiento en las adolescentes y por las características de la etapa de vida en esta población, se encuentran en riesgo de sufrir problemas nutricionales debido a una serie de factores como lo son, por ejemplo, factores emocionales, sociales y económicos interrelacionados entre sí.

Asimismo, Ladewig et al. (2002) mencionan que otros de los factores a tomar en cuenta por el personal de Enfermería en relación con la nutrición en las adolescentes embarazadas son: el bajo peso pregestacional, el aumento escaso de peso durante la gestación, el peso pregestacional excesivo, la anemia, costumbres insalubres (consumo de drogas), enfermedades crónicas y antecedentes de trastornos de la alimentación.

En lo que respecta al tipo de vestimenta a utilizar durante el embarazo, la totalidad de las participantes concuerda con que debe ser ropa floja y expresan lo siguiente en relación con el vestuario:

*“que no le talle”* (G-01)

*“sandalias, zapatos bajos”* (G-02)

*“que no sean tan apretados, cómodos, no usar zapatos socados”* (G-03)

Lo anterior es importante pues favorece el confort de la embarazada, además de que evita molestias a la hora de caminar y contribuye a una mayor seguridad a la hora de caminar reduciendo el riesgo de caídas.

La teoría recomienda que el vestuario sea ropa holgada y sin constricciones, ropa maternal diseñada con líneas amplias que permitan el aumento del tamaño abdominal durante el embarazo, los zapatos deben ajustar bien y ser cómodos, los zapatos de tacón alto tienden a agravar las molestias de la espalda al aumentar la curvatura lumbar por lo que es mejor evitarlos si la mujer tiene lumbalgia o problemas con el equilibrio a razón de que este tipo de calzado aumenta el riesgo de caídas por lo que no son recomendables (Ladewig *et al.* 2002).

En cuanto al tipo de calzado sobresale el uso de sandalias, zapatos bajo y esto es importante pues favorece el confort a la embarazada, evita molestias a la hora de caminar, ofrece seguridad a la hora de caminar reduciendo el riesgo de caídas.

Al momento de la recolección de los datos se evidenció que en el área donde surgen más preocupaciones para las adolescentes embarazadas es con respecto al parto y los cuidados del recién nacido, surgen expresiones como:

*“el parto si me da miedo que me tengan que hacer una cesárea o algo así”* (G-01)

*“a la hora de llegar a parir no quiero ni imaginarme”* (G-02)

También se indagó sobre conocimientos en los cuidados neonatales presentes en el grupo de adolescentes embarazadas y se obtuvo como respuesta lo siguiente:

*“más que todo a la hora de bañarlo como tienen la piel tan suavecita”* (G-03)

*“sí me preocupa no saber cómo hacerle las cosas”* (G-04)

*“me da miedo echarme un chiquito recién nacido”* (G-05)

Para complementar lo anterior y con base en lo que expone la teoría, D. Orem, menciona en su modelo conceptual que el autocuidado se refiere a la acción intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de un individuo; se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar, pudiendo escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado.

Según lo observado y lo mencionado por las adolescentes embarazadas, estos dos procesos son los que mayor preocupación despierta en las jóvenes, por lo que la capacidad de agencia de autocuidado que desarrollen las personas juega un rol fundamental en el mantenimiento de la salud.

En un segundo apartado de la entrevista se exponen los resultados obtenidos entorno a los conocimientos de autocuidado presentes en las madres adolescentes en su embarazo. Las cinco jóvenes están asistiendo al control prenatal con una frecuencia promedio de una vez al mes; todas ellas refieren que se realizan los exámenes de laboratorio que el profesional de salud les indica. Es importante que las adolescentes acudan a realizarse este tipo de pruebas, con el fin de indagar acerca de alguna

enfermedad asociada al proceso de embarazo tales como diabetes gestacional, anemia, eclampsia y a la vez indagar sobre alguna infección de transmisión sexual o infecciones del tracto urinario, entre otras.

Al ser un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar el proceso, el control prenatal permite evaluar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo o hija. Al respecto, Alfaro & Campos (2014) mencionan que este control es importante porque reduce la morbimortalidad materna y perinatal, el número de partos prematuros y el de productos con bajo peso al nacer; de igual forma, permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.

En lo que corresponde a la revisión de los pies y tobillos, las jóvenes entrevistadas refieren que no conocen cómo examinarse los pies en busca de signos de inflamación, las mismas lo afirman mediante comentarios como:

*“di realmente no, yo solo me los veo y no noto si están hinchados” (G-02)*

*“no se me han hinchado” (G-03)*

*“no me he fijado” (G-04)*

La revisión de los pies en la mujer embarazada es importante ya que esto puede alertar sobre signos de edema, así como recargo debido a permanecer muchas horas de pie o en una posición inadecuada.

El autocuidado es un comportamiento aprendido, así lo plantea D. Orem. Las personas aprenden las actividades para su cuidado según sus creencias, hábitos y prácticas que caracterizan las formas de vida del grupo al que pertenecen (p. 96).

Además, ese autocuidado requiere, tanto del aprendizaje y uso de conocimientos, como de la motivación y habilidad continuada (p. 97). De ahí que se deba fomentar el esparcimiento de la información y educación en salud en las personas para que sean estas quienes desarrollen habilidades en pro de su autocuidado y de su salud.

Con respecto al mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, se indaga en las participantes del estudio sobre la práctica de ejercicio físico y descanso. Las jóvenes refieren descansar durante la mañana, otra durante la tarde un rato, en promedio una hora o menos y otra hasta 4 horas. Se observa que los tiempos de descanso son variados en su duración. Con respecto a las horas de sueño, estas varían desde las seis horas hasta las diez horas en promedio

En términos de ejercicio físico, el total de las jóvenes están de acuerdo en que la mujer embarazada puede realizar ejercicio físico siempre y cuando no haya ninguna situación de riesgo. Y dentro de los ejercicios que concuerdan puede realizar una mujer embarazada se encuentra caminar y hacer yoga, sin embargo, en cuanto a actividad y descanso solo una de la participante refiere la caminata como ejercicio.

Cabe mencionar que la práctica de ejercicio físico contribuye a la buena salud, tal como lo expone Ladewig *et al.* (2002). Estos autores mencionan que el ejercicio durante el embarazo ayuda a mantener el bienestar y el tono muscular de la madre, mejora su imagen, favorece la función intestinal regular, aumenta la energía, mejora el sueño, alivia la tensión, ayuda a controlar el aumento de peso y se asocia a una recuperación mejor en el posparto.

En cuanto a los hábitos de fumado, ingesta de bebidas alcohólicas y consumo de medicamentos, las participantes mencionan que no se deben consumir durante el embarazo, salvo el caso de los medicamentos que hayan sido recetados por algún médico. El consumo de medicamentos sin prescripción médica puede ser perjudicial

para la salud del binomio; al respecto la teoría aclarara que este tipo de sustancias tienen efectos teratógenos en el feto, sustancias que afectan negativamente el crecimiento y desarrollo normal del feto (Ladewig *et al.* 2002).

En lo que respecta a la alimentación de la mujer embarazada, ante la pregunta de cuáles alimentos debe comer la mujer durante la etapa gestacional, las participantes se enfocan en el consumo de cítricos, de frutas y verduras, así como de alimentos que no contengan mucha grasa; lo refieren de la siguiente manera:

*“cítricos que tengan vitamina”* (G-01)

*“alimentación así con frutas”* (G-02)

*“frutas y verduras”* (G-03)

Si bien el consumo de frutas y verduras forma parte de la alimentación diaria y se deben consumir en grandes cantidades, también es importante el consumo de otros alimentos con alto contenido de carbohidratos y de proteínas.

Según lo referido por las adolescentes, el café, las gaseosas, el chocolate, el chile, “los paquetitos” y la mucha grasa son algunos de los alimentos que se deben evitar durante la etapa de embarazo. Este tipo de alimentos se deben evitar o reducir su consumo en todas las etapas y procesos de la vida; sin embargo, durante el embarazo los efectos que pueden causar en el feto estos alimentos podrían ser negativos para la salud.

Algunos de los alimentos que se deben evitar según la Guía de Cuidados en el Embarazo, son:

- Alimentos con excesivas grasas de origen animal, como tocino, mantequilla, embutidos (alimentos procesados) etc.
- Comidas con mucho azúcar, como pasteles, dulces.
- Bebidas estimulantes como café, té, alcohol y bebidas con gas.

Seguidamente y aunque en la investigación se haga énfasis en la etapa del embarazo, también se consultó sobre algunos de los cuidados que deben considerarse en la etapa del post-parto, donde las jóvenes refieren que se deben consumir alimentos que contengan calcio, así como comidas nutritivas; solo una joven mencionó que en esta etapa se deben evitar los frijoles. Desconocen el tipo de alimentación durante la etapa de la lactancia materna y niegan conocer de algún alimento que se deba evitar durante la lactancia materna, una joven refirió lo siguiente:

*“di no sé, comer mucho” (G-01)*

Las necesidades de nutrientes aumentan durante la lactancia; es muy importante que la madre que amamanta a su hijo consuma suficientes calorías, pues una ingesta calórica inadecuada puede reducir la producción láctea, sin embargo, esto no suele alterar la calidad de la leche. La madre lactante debe aumentar su ingesta calórica unas 200 kcal sobre las necesidades durante el embarazo, como lo plantea Ladewig *et al.* (2002). Según este mismo autor, la dieta debe aportar nutrientes para satisfacer la rápida tasa de crecimiento y desarrollo físico, debe incluir alimentos que provean proteínas, hidratos de carbono, grasa, agua, vitaminas y minerales

Lo anterior evidencia que hay un alto desconocimiento del autocuidado al proveer al cuerpo de una ingesta adecuada de líquidos y una dieta variada y balanceada en términos de su alimentación. Por eso, Enfermería es una pieza clave al momento de educar a este tipo de población.

En lo que respecta a los cuidados del posparto, las jóvenes manifiestan no saber qué hacer al momento de que inicien las contracciones uterinas; las jóvenes manifiestan lo siguiente:

*“no me han dicho nada” (G-01)*

*“no, acerca de eso me imagino que di tal vez si uno está pasando por eso pedirle ayuda a alguien o hablar con alguien y contarle” (G-02)*

*“podría ser ansiedad” (G-03)*

*“di algún flujo, algunos dolores” (G-04)*

*“digamos eso que le agarra depresión” (G-05)*

De igual manera, existe cierta dificultad a la hora de identificar algunos de los signos emocionales a los cuales debe estar atenta la mujer en el post-parto, sin embargo, una de las adolescentes reconoce haber escuchado por parte de familiares del término de depresión posparto.

En cuanto a este tema es importante educar a las jóvenes durante el embarazo, para que eventualmente en caso de presentarse una situación relacionada con cambios emocionales en la etapa del post-parto, puedan identificarlos en el momento justo y buscar la ayuda necesaria.

De acuerdo con Ladewig *et al.* (2002), la depresión post-parto es un período transitorio de depresión que aparece con frecuencia durante los primeros días del puerperio y puede manifestarse con tristeza, anorexia, dificultades para dormir y un sentimiento de desencanto; las adaptaciones psicológicas y los factores hormonales son las causas principales, aunque también pueden intervenir la fatiga, la incomodidad y la sobre-estimulación; la depresión posparto generalmente se resuelve espontáneamente.

También se consultó a las adolescentes sobre algunos de los cuidados por considerar en la etapa de cuidados de neonatales; responden que la mejor alimentación para el recién nacido es la lactancia materna en sus primeros seis meses de vida; sin embargo, ante la pregunta sobre qué significa brindar lactancia materna exclusiva dos de las jóvenes expresan no saber su significado.

Las jóvenes refieren que los horarios para amamantar deben ser en promedio de cada dos a tres horas y en cuanto a los beneficios de la lactancia materna mencionan:

*“casi no se enferman”* (G-01)

*“dicen que es la mejor leche”* (G-02)

*“di a mí no me beneficia al bebé si”* (G-03)

La lactancia materna o debe postergarse por ninguna circunstancia, a menos que sea de fuerza mayor. Es decir, esta práctica trae consigo múltiples beneficios, tanto para la madre, como para el bebé, pues le provee factores inmunológicos, vitaminas y minerales, siempre está lista para usarse y a la temperatura óptima, garantiza el crecimiento lineal de la niñez y aumentar su coeficiente intelectual; dentro de los beneficios para la madre se encuentran la reducción de peso y de la congestión mamaria, provee satisfacción, libera del malestar de la ovulación y la menstruación, ayuda a que el útero recupere su tamaño normal y evita contratiempos por enfermedades del niño o la niña (Ministerio de Salud, 2009).

Asimismo, y para agregar con respecto a los cuidados en la etapa de lactancia, las adolescentes expresan lo siguiente:

*“que la casa esté limpia”* (G-01)

*“no hacer mucho esfuerzo”* (G-02)

*“lavarse bien los pechos”* (G-03)

*“alimentarse bien”* (G-04)

*“usar ropa cómoda”* (G-05)

Esto deja en evidencia que aún hay un vacío en cuanto a educación sobre lactancia materna, aunque son capaces de mencionar algunos de los aspectos básicos.

Para continuar con los cuidados que deben tener con su recién nacido, las adolescentes responden a las preguntas de la siguiente forma:

*“estar aseado uno y las personas que lo van alzar” (G-01)*

*“que la casa esté limpia” (G-02)*

*“bañarlo bien y alimentarlo bien” (G-03)*

*“no dárselo a nadie” (G-04)*

*“mucho cuidado al bañarlo” (G-05)*

Dichos comentarios están enfocados principalmente a la higiene del niño o la niña y a su alimentación, dejando de lado algunos otros cuidados que puede necesitar. De acuerdo con la Unicef (2010), es muy importante la preparación y orientación de las madres sobre el cuidado óptimo del recién nacido, más si estas son madres por primera vez, ya que así se disminuyen accidentes en el hogar.

En cuanto al baño del niño o la niña y la limpieza del muñón umbilical, las adolescentes comentan que no saben cómo realizarlo y que eventualmente solicitarán ayuda a algún familiar:

*“no, por eso digo que mi mamá me va acompañar” (G-01)*

*“es que no sé, de eso no sé mucho” (G-02)*

*“di yo he visto que calientan agua y los bañan con jaboncito, y si es hombrecito le hacen eso en el pitito” (G-03)*

*“a mí me da miedo, le digo a mi abuela que me lo bañe” (G-04)*

Una vez más, se evidencia la falta de conocimientos en el tema de cuidados del recién nacido, que provean a las mujeres próximas a ser madres las herramientas necesarias para brindar un cuidado óptimo a su recién nacido.

Igualmente, dentro de los cuidados que debe tener una mamá con su hijo o hija durante el primer año de vida ellas refieren:

*“limpiarle la lengua y ver que no se vaya a caer” (G-01)*

*“alimentarlo bien”* (G-02)

*“no andarlo mojando”* (G-03)

*“llevarlo a sus citas, que vea algunas monedas o cosas así y se lo eche en la boca”* (G-04)

*“seguir llevándola al hospital para los exámenes control”*  
(G-05)

Para el Ministerio de Salud (2009), durante el primer año de vida el crecimiento y formación de tejidos es muy acelerado por lo que la mejor alimentación es y será la lactancia materna. Se recomienda hasta el primer año pues el aparato digestivo del niño o la niña aún se encuentra inmaduro y la introducción de otros tipos de alimentos, previo al tiempo establecido, puede generar alergias y problemas digestivos en la niñez.

Con respecto a la importancia de llevar un control de vacunas para el o la bebé, las jóvenes concuerdan en que la función es de prevenir enfermedades. Al igual, con respecto al tamizaje o prueba del talón, dos de las futuras madres refieren que es con el fin de detectar alguna enfermedad y que debe realizarse según comentarios, entre los cuatro o cinco días. De acuerdo con Araya (2012), por medio de esta prueba es posible detectar 24 enfermedades, las cuales se clasifican en tres grupos: defectos endocrinos, defectos del metabolismo y hemoglobinopatías; según el autor, esta prueba debe realizarse entre el tercer y cuarto día de nacido del niño o la niña.

Es importante que las madres estén informadas del objetivo de esta prueba y de la fecha correcta para llevar al niño o la niña a realizárselo, con el fin de asegurar la captación de los neonatos en la consulta de crecimiento y desarrollo. De esta manera, también los padres y las madres obtienen conocimientos y estrategias para el crecimiento del o la recién nacida. Asimismo, es un derecho de las adolescentes embarazadas solicitar la información pertinente respecto al tema en los momentos de

consulta prenatal y es un deber del profesional de salud a cargo de este departamento brindar información asertiva y veraz para que en conjunto con la consultante logren esa construcción de los conocimientos y reforzar con ello una actitud positiva hacia un estado de salud óptimo. En cuanto a las recomendaciones brindadas a las adolescentes durante la consulta prenatal, refieren que es buena:

*“bueno hasta el momento todo ha ido muy bien”* (G-01)

*“di a mí siempre me han tratado muy bien”* (G-03)

*“me atienden de lo mejor”* (G-05)

La Carta de Ottawa de 1986 define promoción de la salud de la siguiente forma: “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”. (Organización Mundial de la Salud, 2015, párrafo 4)

Con base en lo anterior, el autocuidado es un comportamiento aprendido; las personas aprenden las actividades para su cuidado según sus hábitos y las prácticas que caracterizan las formas de vida del grupo al que pertenece; de ahí la importancia del personal de Enfermería al momento de brindar la atención a estas usuarias ya que al momento de identificar las necesidades de las adolescentes embarazadas, se debe fomentar la educación en salud en estas personas y divulgar información para que sean estas quienes desarrollen actitudes, herramientas, estrategias y habilidades en pro de su autocuidado y, por ende, de su salud.

#### **4.1.3. Explorar las prácticas de autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta en el EBAIS de Golfito**

Este objetivo responde a las prácticas de autocuidado que realiza el grupo de adolescentes embarazadas captadas en los EBAIS de Golfito. Los datos se obtuvieron de una entrevista a profundidad realizada a las participantes a manera de conversatorio; por ello, este apartado corresponde al análisis de las respuestas que brindaron las adolescentes embarazadas. Se indagó sobre las percepciones de las participantes del estudio en relación con las prácticas de cuidado consigo mismas o autocuidado.

Con respecto al autocuidado, las participantes expresan argumentos semejantes a lo que expone Orem en su modelo conceptual, cuando se refiere al autocuidado como la práctica de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Orem, 1983).

Es decir, cualquier acción que se realice en pro de nuestro propio bienestar, puede denominarse autocuidado. En personas dedicadas a cuidar se vuelve fundamental para evitar situaciones de riesgo que puedan afectar la salud del binomio madre-hijo.

Para continuar con la narración de la tercera parte de la entrevista, se indaga acerca de las prácticas de autocuidado en el embarazo adolescente; se les preguntó acerca de las actividades que ellas realizan para mantener su higiene y su cuidado personal y responden que realizan acciones como:

*“bañarse, usar ropa limpia, lavarse los dientes, comer bien”*

(G-05)

Además, la práctica del lavado de manos la suelen realizar antes de comer o después de ir al baño; solo una de las jóvenes refiere que posee alcohol en gel. Lo

anterior son acciones en las cuales las adolescentes concuerdan, asimismo refieren realizar el baño de dos a tres veces diarias.

La higiene y el cuidado personal son fundamentales para mantener no solo la estética corporal; también ayuda a mejorar y reforzar el concepto y la percepción de la autoestima y la autoimagen. Es recomendable la ducha diaria con jabones suaves y neutros y posteriormente el uso de una crema hidratante para el cuerpo sobre todo en las zonas que van a sufrir mayor estiramiento (Alcolea & Mohamed, s.f), (pág. 50); también comentan realizar el lavado de dientes cada vez que comen (tres veces al día aproximadamente). En este caso, al menos dos de las participantes ha asistido a consulta odontológica. Investigaciones indican una relación entre la enfermedad periodontal de la mujer embarazada y el parto pretérmino y los recién nacidos de bajo peso al nacer; a pesar de algunas molestias, como náuseas y vómitos, hipertrofia y dolor gingival, el posible ptialismo y la pirosis, es importante que la mujer embarazada mantenga una higiene oral periódica (Ladewig *et al.* 2002).

Dentro de los principales cuidados generales que refieren realizan con su cuerpo las participantes se encuentran: el uso de cremas, de aceite mineral y el lavado de genitales. De igual manera para la prevención de estrías, las jóvenes refieren usar crema y aceite mineral, solo una de ellas manifiesta no usar nada. En cuanto a los pechos y pezones refieren realizar acciones como el baño, uso de crema, uso de aceite mineral, además niegan el uso de algún remedio casero para los pechos. Para Ladewig *et al.* (2002), la preparación de los pezones comienza en el tercer trimestre y ayuda a prevenir el dolor durante los primeros días de la lactancia natural; esta además favorece la distribución de los lubricantes naturales producidos por los tubérculos de Montgomery y ayuda a desarrollar la capa protectora de piel sobre el pezón.

Con respecto a las prácticas de ejercicio físico, las adolescentes refieren que solo realizan alguna caminata de vez en cuando, con una duración de 15 a 20 minutos en promedio. Comentan lo siguiente con respecto a la caminata:

*“se siente bien, se relaja uno del estrés”* (G-01)

*“porque no me gusta estar achantada”* (G-05)

Se recalca de esta manera, la importancia de la práctica de algún ejercicio físico, pues como mencionan Miranda y Navío (2013), el ejercicio físico practicado con regularidad, siempre que no esté contraindicado por alguna patología o por un embarazo de alto riesgo obstétrico, proporciona a la embarazada una mejor condición física general mejorando la función física cardiovascular y muscular; evita el aumento excesivo de masa, mejora la tensión arterial y protege frente a la diabetes gestacional. Además, hay una menor necesidad de intervención obstétrica, disminuye las molestias causadas por las modificaciones fisiológicas del embarazo como pueden ser las molestias digestivas, el insomnio, problemas psicológicos como ansiedad o depresión, reduce el riesgo de padecer complicaciones durante el embarazo como la diabetes gestacional o la preeclampsia (pág. 231). Los anteriores son algunos de los beneficios de realizar ejercicio, por lo que se debe educar a la mujer embarazada a practicar alguna actividad de su preferencia.

De la misma manera, en dicha entrevista se indagó acerca de las actividades de estimulación prenatal que realizan las futuras madres, entre las que se destacan hablarle al bebé y tocar el abdomen. Con respecto a las actividades que eventualmente podrían realizar al bebé las adolescentes refieren que no saben y otras comentan que darle masajes, darle movimiento en las extremidades, así como enseñarle objetos. De acuerdo con Hernández & Rodríguez (2011), la estimulación comprende todas aquellas acciones que se cumplen con el fin de facilitar al niño o a la niña su evolución sana,

tanto en lo físico, como en lo mental y social; lo importante es ayudar a los y las infantes a desarrollar al máximo su potencial biológico y psicológico por medio de la modificación del ambiente, por ello la participación de las familias y la comunidad es fundamental.

En la parte cuatro de la entrevista, por último, se evidencian los resultados de las percepciones de la atención en la consulta prenatal de las jóvenes embarazadas; en la primera pregunta de este apartado se puede observar cómo el total de las participantes concuerda en que las recomendaciones que les dan en la consulta prenatal son buenas, además de haberlas cumplido en el momento indicado.

Cuando se refiere a percepción de los cuidados, Guzmán (2013) expone lo siguiente: conocimiento adquirido y referido por la gestante de los actos o comportamientos intencionales de cuidado que conllevan al bienestar físico y emocional, a la seguridad y a la satisfacción de necesidades y expectativas en la interacción con la enfermera en el escenario del control prenatal. (pág. 26).

Los cuidados humanos han existido desde su inicio; estos garantizan su sobrevivencia en la tierra y la conservación de la especie. Estos cuidados no son inherentes en las personas, es decir, deben irse aprendiendo paso a paso en el desarrollo de las personas; es aquí donde Enfermería desde su ser y quehacer enseña, educa o instruye a las personas sobre los cuidados a considerar. La aplicación de estos cuidados permite a las personas sentirse seguras y útiles; dichos cuidados repercuten en el estado de salud de las personas y permite ver cómo la historia de Enfermería ha ido de la mano con su desarrollo.

Además, en cuanto al consumo de ácido fólico y sulfato ferroso comentan lo siguiente:

*“para el crecimiento del bebé” (G-01)*

*“porque le hace bien al bebé” (G-02)*

*“le ayuda a formarse los huesitos” (G-03)*

*“para fortalecer la bebé” (G-04)*

*“es para los huesos para el crecimiento” (G-05)*

Para continuar, y según lo encontrado en la teoría, nos mencionan Manjarrés, Parra, Díaz *et al* (2012) que durante el embarazo aumentan las necesidades de hierro y de folatos, pero es difícil cubrir los requerimientos exclusivamente a partir de la dieta pues las fuentes alimentarias de estos micronutrientes no son abundantes y la biodisponibilidad es baja, situación que aumenta el riesgo de deficiencia y acarrea graves consecuencias para el binomio madre-hijo durante la gestación; de ahí que se fomente el consumo de estos medicamentos.

A lo largo del estudio se observó e identificó cómo la información es indispensable para el empoderamiento del cuidado, por lo que esta debe ser de fácil acceso, clara y concisa para las participantes del estudio, con un lenguaje adaptado a las necesidades de las adolescentes embarazadas. Igualmente, la información debe brindarse en el momento oportuno para que en conjunto con las personas se puedan desarrollar esos conocimientos y estrategias y lograr un mejor desarrollo y una mayor independencia con mejores competencias en estas poblaciones.

# Capítulo V

CONCLUSIONES

## 5.1. Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario y la entrevista a las participantes del estudio y según los objetivos propuestos, se presentan a continuación las conclusiones y recomendaciones:

- En cuanto a características sociodemográficas, las participantes son del área de Golfito y asisten a los EBAIS de sus comunidades para el control prenatal. Ellas viven en casas de sus familiares o con sus parejas, alquilan o les prestan la vivienda; dos de las participantes cuentan con secundaria completa y ninguna realiza actividades para devengar una retribución económica.
- Se evidenciaron cambios en la dinámica familiar posterior a la noticia de su embarazo; entre ellos, destacan mayor unión entre los miembros del grupo familiar, así como incremento de la tolerancia e integración de quienes lo conforman.
- Las adolescentes percibieron también cambios desde el inicio de su embarazo, como la disminución de las salidas en el entorno o con su grupo de pares, disminuyen los espacios recreativos en familia pues deben dedicar su tiempo a las casas o sus parejas.
- Se evidencia en la mayoría de los casos una respuesta positiva ante el proceso de embarazo; en todos los casos el apoyo del núcleo familiar al que pertenecen las adolescentes embarazadas ha estado presente.
- Las participantes desconocen el término o la palabra autocuidado; sin embargo, replanteando las preguntas como actividades que realizan para cuidar de sí mismas, mencionaron el baño, la alimentación y el vestuario como las que llevan a cabo para cuidar de sí mismas y de su embarazo.
- Se evidenciaron preocupaciones en las futuras madres como el proceso de parto y los cuidados del recién nacido; refieren que aún no se les han aclarado estas dudas desde la

consulta de control prenatal, la mayor parte de esta información la obtienen de familiares quienes les comparten sus experiencias.

- Las jóvenes participantes refieren realizar ninguna o muy pocas actividades para ejercitarse y en cuanto al uso del tiempo libre refieren que lo implementan para descansar o realizar labores en la casa.
- Las adolescentes realizan prácticas de cuidado como el baño diario, el uso de cremas en el abdomen, utilizar ropa holgada y calzado bajo y cómodo, según refieren las participantes.
- Cuatro de las participantes realizan de 3 a 4 tiempos de alimentación y solo una de las jóvenes lleva a cabo los 5 tiempos recomendados al día. Además, desconocen los componentes de una dieta variada y balanceada que cubra los requerimientos energéticos diarios en el binomio, así como una adecuada ingesta de líquidos.
- En cuanto al estado nutricional, al momento de captación en la primera consulta prenatal, tres de las participantes se encuentran en sobrepeso lo cual podría relacionarse con el desconocimiento de una adecuada alimentación, pues se encontró que las jóvenes embarazadas basan su alimentación en carbohidratos, azúcares simples y grasas. El consumo de frutas y vegetales es mínimo por lo que la ingesta de algunos nutrientes importante en este momento de la vida se puede ver limitada por el bajo consumo de este grupo de alimentos

## **5.2. Recomendaciones**

Tomando como base los resultados obtenidos en la investigación se exponen las siguientes recomendaciones con el objetivo de mostrar al lector o lectora la importancia de la profesión de Enfermería. Se pretende también fortalecer el ser, saber y quehacer de la profesión en espacios donde se vea inmersa la población adolescente de Costa Rica:

### **5.2.1. A las madres adolescentes**

- Se recomienda a las adolescentes embarazadas buscar información relacionada con el tema del embarazo adolescente en diversas redes de apoyo, entes u instituciones afines con la salud para aclarar dudas y cursar un embarazo sin preocupaciones en términos de autocuidado.
- Se propone a las adolescentes embarazadas formular y exteriorizar sus dudas con el profesional en salud al momento de la consulta prenatal y participar de las sesiones de preparación para el parto, así como continuar poniendo en práctica las recomendaciones brindadas en la consulta prenatal para que permitan un adecuado desarrollo del binomio.
- Familiarizarse con redes de apoyo, instituciones gubernamentales o no gubernamentales y con diversos actores sociales que favorezcan la permanencia dentro del sistema educativo, lo cual trae beneficios, tanto a la madre, como al niño o la niña al ofrecer una mejor preparación, formación y adquisición de conocimientos.

### 5.2.2. A los EBAIS

- Brindar una atención integral, individualizada y holística que incluya a la adolescente embarazada, a su familia o al padre del niño o la niña en la que se incluyan las distintas dimensiones biológicas y psicosociales de las consultantes.
- Educar a la madre y a su familia acerca de los principales signos de alerta que pueden presentarse durante el proceso de embarazo, con el fin de fomentar la salud del binomio y favorecer el desarrollo óptimo del proceso de embarazo.
- Fomentar y promover la salud en las adolescentes embarazadas mediante actividades de socialización y recreativas, siempre y cuando no exista alguna contraindicación para realizar dichas actividades desde su condición de embarazo, para no poner en riesgo la salud del binomio.
- Brindar información y sensibilizar a la comunidad en general acerca de consecuencias del embarazo adolescente; además, brindar educación en términos de salud sexual y reproductiva a esta población en general.
- Se recomienda la intervención y desarrollo de un plan de atención para esta población, donde se contemplen, cursos de preparación al parto, cuidados post-parto y neonatales, captación del o la niña en la consulta de crecimiento. Asimismo, efectuar visitas domiciliarias que permitan un mayor acercamiento entre la disciplina de Enfermería y la persona, con el objetivo de brindar una atención individualizada y holística.

### **5.2.3. A la Escuela de Enfermería de la UCR**

- Continuar con los espacios de intervención de Enfermería en la población adolescente, mediante los módulos y fomentar la realización de estudios, con el fin de obtener un mayor acercamiento con esta población y definir sus necesidades.
- Dar continuidad a las temáticas de embarazo adolescente y las prácticas de autocuidado que llevan a cabo las adolescentes durante su etapa de embarazo, para lograr que las personas busquen construir en conjunto con el profesional de Enfermería los conocimientos y herramientas precisos para la ejecución adecuada de su propio cuidado.

# Capítulo VI

BIBLIOGRAFÍA

Adaszko, A. (2005). Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, juventud y el embarazo. Recuperado de:

<http://www.bioeticas.org/IMG/pdf/gogna002.pdf>

Alba, M. Suyá, L. Vázquez, I. Zavala, C. y Ramírez, T. (2006). Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Recuperado de: <http://65.182.2.244/RFCM/pdf/2006/pdf/RFCMVol3-2-2006-4.pdf>.

Alcolea, S & Mohamed, D (s.f). Guía de Cuidados en el embarazo. Madrid, España:

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Recuperado de:

<http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>.

Alfaro, N. & Campos, G. (2014). Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tienen su parto en el Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, durante el año 2012. San José, Costa Rica. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 26, 1---19. Recuperado de:

<http://www.revenf.ucr.ac.cr/cuidado.pdf> ISSN 1409---4568.

Alvares, E. (2014). Evaluación del autocuidado en las gestantes adolescentes que asisten al control prenatal basados en el modelo de Dorothea Orem. Bogotá Colombia.

Recuperado de: <http://siacurn.curnvirtual.edu.co>.

Araya, Y. (2012). Toma de la muestra del tamizaje. San José Costa Rica. Recuperado de:

<http://www.conicit.go.cr/reporte-rct/boletin%20reporte%20agosto%202012/Toma-de-muestra-del-tamizaje.pdf>

Asamblea legislativa de Costa Rica (1998). Código de la niñez y la adolescencia. San José, Costa Rica. Departamento de servicios parlamentarios. Área de procesos legislativos. Recuperado de:

[cpj.go.cr/docs/derechos/codigo-ninez.pdf](http://cpj.go.cr/docs/derechos/codigo-ninez.pdf).

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, (sf). Código de la Niñez y la Adolescencia Ley N°18.723. Recuperado de:

<http://archivo.presidencia.gub.uy/ley/2004090801.htm>

Asamblea legislativa de la República de Costa Rica, (sf). Ley general de Protección a la Madre Adolescente Ley N°7735. Departamento de servicios parlamentarios. Área de procesos legislativos. San José, Cota Rica. Recuperado de:

<http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/906/Ley%207735%20Protecci%C3%B3n%20madre%20adolescente.pdf>

Asamblea legislativa de la República de Costa Rica, (sf). Ley general de la Persona Joven. Departamento de servicios parlamentarios. Área de procesos legislativos. Recuperado de:

<http://cpj.go.cr/docs/derechos/ley-pj.pdf>

Barboza, V. & Sanhueza, O. (2011). Enfermería: una disciplina social. Recuperado de:  
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art6.pdf>.

Barrantes, R. (2014). *Investigación: un camino al conocimiento*. Segunda edición. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Cabal, V. & Guarnizo, M. (2010). Enfermería como disciplina. Recuperado de:  
[http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_columbiana\\_enfermeria/volumen6/enfermeria\\_disc.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_columbiana_enfermeria/volumen6/enfermeria_disc.pdf).

Calesso, M. (2007). Vínculo afectivo y estrés en la maternidad adolescente: un estudio con metodología combinada. Recuperado de:  
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5459/mcm1de1.pdf;jsessionid=B1D2B34C74213C1B3582AA35C14343D2.tdx1?sequence=1>.

Carmona, M. Hurtado, Y. & Marín, G. (2007). Propuesta de un programa sobre autocuidado en salud, dirigido a adolescentes embarazadas usuarias de la consulta prenatal del Hospital Distrital de Bejuma, Estado Carabobo, Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Escuela de Enfermería.

Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud, (1986). Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud, hacia un nuevo concepto de salud pública. Recuperado de:  
[http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es](http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es)

Caja Costarricense de Seguro Social, (2002). Manual de Atención Integral del Embarazo, la maternidad y la paternidad en la Adolescencia. San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social, (2014). Captación temprana de las mujeres embarazadas (menos de 13 semanas y 6 días). Resumen para región: 1- Brunca / Área de salud: 2761-Área de salud Golfito / Equipo Básico de Atención Integral de la Salud (E:276107 EBAIS San Andrés).

Chávez, G (2012). Cuidados de la familia al binomio madre adolescente-recién nacido.

Lima, Perú. Recuperado de:

[http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/139/1/TM\\_Chevez\\_Guevara\\_Delia\\_Esther.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/139/1/TM_Chevez_Guevara_Delia_Esther.pdf).

Universidad Católica Santo Tribio de Mogrovejo. Recuperado de:

[http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/139/1/TM\\_Chevez\\_Guevara\\_Delia\\_Esther.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/139/1/TM_Chevez_Guevara_Delia_Esther.pdf).

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (2002).

Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos.

Recuperado de:

[http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas\\_Eticas\\_Internac.pdf](http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf).

Contreras, L. (2013). Campaña pretende la prevención del embarazo en la adolescencia.

San José Costa Rica. Revista Digital CRHOY. Recuperado de:

<http://www.crhoy.com/campana-pretende-la-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia/>.

Cordero, A. *et al* (2012). “Adolescentes Embarazadas: Un análisis de la prestación de los servicios de Trabajo Social desde los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, a la luz de la Política Social en Salud dirigida a esta población, durante los años 2011 y 2012”. Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. San José Costa Rica. Recuperado de:

<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2012-06.pdf>.

EFE. (10 de mayo de 2015). El embarazo en adolescentes, un drama que va en aumento en América Latina. San José Costa Rica. Revista Digital CRHOY. Recuperado el 22 de febrero del 2015, de:

<http://www.crhoy.com/el-embarazo-en-adolescentes-un-drama-que-va-en-aumento-en-america-latina/>.

Ferrari, M. (2013). Estimación de la Ingesta por Recordatorio de 24 Horas. *DIAETA* (B.Aires) 2013; 31(143):20-25.

Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Tercera edición. Madrid: EDICIONES MORATA.

Granados, L, y González, A. (2011). Prácticas de cuidado que hacen las gestantes consigo mismas y con el hijo por nacer. Revista Electrónica Med-UNAB. Vol, 14 N°.1

González, A. (2013). Uniones tempranas y embarazo en la niñez y la adolescencia en Costa Rica. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado de:  
<http://www.unfpa.or.cr/documentos-y-publicaciones-14/informes-unfpa-mundiales-y-nacionales/185-uniones-tempranas-y-el-embarazo-en-la-adolescencia-en-costa-rica/file>.

Gurdián, A. (2010). *El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa*. Editorial Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Costa Rica.

Guzmán, M. (2013). Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal. Montería. Recuperado de:  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/43080/1/51555566-2013.pdf>

Hernández, Portugués. & Rodríguez, Aragonés. (2011). *Manual operativo para la evaluación y estimulación del crecimiento y desarrollo del niño*. San José, Costa Rica: Editorial. EUNED.

Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC, (2013). Estadísticas vitales. San José, Costa Rica. Recuperado de:

<http://www.inec.go.cr/A/MT/Poblaci%C3%B3n%20y%20Demograf%C3%ADa/Nacimientos/Publicaciones/C0/01%202013/Publicaciones%20de%20Estad%C3%ADsticas%20Vitales.pdf>.

La Gaceta (1998). Ley N° 7739. Código de Niñez y adolescencia. San José, Costa Rica.

La Gaceta. Recuperado de:

<http://www.corteidh.or.cr/sitios/observaciones/2/Anexo%20XVIII/C%C3%B3digo%20de%20la%20Ni%C3%B1ez%20y%20la%20Adolescencia.htm>.

Ladewig, P. London, M. Moberly, S. y Olds, S. (2002). *Enfermería maternal y del recién nacido*. 5° edición. España: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A.

Manjarrés, L; Parra, B; Díaz, A; Mesa, S & Mancilla, L. (2012). Ingesta de hierro y folatos durante el embarazo y su relación con indicadores bioquímicos maternos.

Iatreia Vol. 25 (3): 194-202. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v25n3/v25n3a02>.

Martínez, M. (2000). *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. Tercera edición. México, D.F.: Editorial Trillas.

Ministerio de Salud Costa Rica (1974). Ley N°5395 Ley General de Salud. San José, Costa Rica. Editorial Investigaciones Jurídicas (3° ed.).

Ministerio de Salud. (2009). Lactancia materna. San José Costa Rica. Recuperado de:

[www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/lactancia/articulos/CNLM\\_lactancia\\_materna\\_OMS\\_12\\_2009.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/articulos/CNLM_lactancia_materna_OMS_12_2009.pdf).

Ministerio de Salud, (2010). Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes 2010-2018. Primera edición. San José, Costa Rica. El Ministerio de Salud. Recuperado de:  
[http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/docman/doc\\_view/1040-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2010-2018](http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/docman/doc_view/1040-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2010-2018).

Ministerio de Salud. (2010). Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva. San José, Costa Rica. El Ministerio Salud.

Ministerio de Salud, (2011). Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. Primera edición. San José, Costa Rica. El Ministerio de Salud. Recuperado de:  
[http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/docman/doc\\_view/1039-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-ii](http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/component/docman/doc_view/1039-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-ii).

Ministerio de Hacienda, (2002). Niñez y Adolescencia. Retos y resumen de políticas y acciones estratégicas 2002-2006. San José Costa Rica. Recuperado de:  
[http://www.mideplan.go.cr/PND-2002-2006/cre-des-cap-hum/Ninez\\_adolescencia/Retos -Ninez-Adoles.htm](http://www.mideplan.go.cr/PND-2002-2006/cre-des-cap-hum/Ninez_adolescencia/Retos -Ninez-Adoles.htm).

Miranda, M. & Navío, C. (2013). Benefits of exercise for pregnant women. Madrid España. Journal of Sport and Health Research. 5(2):229-232. Recuperado de:  
[http://www.journalshr.com/papers/Vol%205\\_N%202/V05\\_2\\_a.pdf](http://www.journalshr.com/papers/Vol%205_N%202/V05_2_a.pdf).

Morán, L. (2001). *Práctica de enfermería basada en evidencia*. D.F, México. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 9 (1-4): 24-30. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4e.pdf>.

Noguera, N. & Alvarado, H. (2012). *Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería*. Bogotá, Colombia. Recuperado de: [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf).

Orem, D. (1983). *Normas prácticas en enfermería*. Madrid: Ediciones pirámide, SA.

Organización Mundial de la Salud, (2010). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Recuperado de: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS10_Full.pdf).

Organización Mundial de la Salud, (2012). *El 18% del porcentaje de nacimiento son madres adolescentes en América latina y el Caribe*. Washington, EE.UU. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7322%3Ael-18percent-nacimientos-son-madres-adolescentes-america-latina-caribe&catid=1443%3Anews-front-page-items&Itemid=2&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7322%3Ael-18percent-nacimientos-son-madres-adolescentes-america-latina-caribe&catid=1443%3Anews-front-page-items&Itemid=2&lang=es).

Organización Panamericana de la salud (2007). *Salud en las Américas*. Washington DC, EE.UU. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de:

[http://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=256&Itemid](http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=256&Itemid).

Organización Mundial de la Salud, (2014). Salud de los adolescentes. Washington DC, EE.UU. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:  
[http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/).

Papalia, Feldman & Martorell (2012). *Desarrollo Humano*. México D.F.: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A.

Pinto, B. & Gulfo, R. (2013). Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. Bogotá, Colombia. Revista Colombiana de Bioética. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189228429010>.

Portnoy, F. (sf). EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y LOS RIESGOS PERINATALES. Recuperado de:  
<http://www.bioeticas.org/IMG/pdf/gogna003.pdf>.

Prado, M, Souza, M, Monticelli, M y Gómez, P. (2013). Investigación en enfermería. Metodología y didáctica. Serie PALTEX salud y sociedad 2000 (no.10). Washington, D.C.

Programa Estado de la Nación. 2013. Cuarto Informe Estado de la Educación. San José, Costa Rica. Programa Estado de la Nación.

Programa Regional de Bioética OPS/OMS. (2002). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Santiago, Chile. Programa Regionales de Bioética OPS/OMS. Disponible en línea en: <http://www.paho.org/Spanish/BIO/CIOMS.pdf>

Rodríguez, G. (1996). *Metodología de la investigación*. Granada: Ediciones Aljibe.

Rojas, L. y Claros, N. (2014). Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia.

Recuperado de:

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-8958201400010000](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-8958201400010000).

Saénz, M. Acosta, M. Muiser, J. y Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. San José, Costa Rica. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S156-S167.

Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/11.pdf>.

M, San Román. Y M. Noriega (2013). Aumento de peso del embarazo, modificaciones fisiológicas relacionadas con la ganancia de peso y necesidades nutricionales.

Cantabria, España. Recuperado de:

<http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3948/SanRomanDiegoMA.pdf?sequence=1>.

Sampieri, R. Collado, C. & Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. Quinta edición. D.F., México. MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A.

Sánchez, B. Hernández, M. & Lartigue, T. (2007). Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip074b.pdf>.

Sardá, R. (2006). Gráfica de incremento de peso para embarazadas • Dirección de Salud Materno Infantil. Rev. Hosp. Mat. Inf. XV, N° 3

Simón, P. (2000). *El consentimiento informado*. Madrid: EDITORIAL TRIACASTELA.

Taylor, S. y Bodgan, R. (2013). *Introducción a los métodos cualitativos*. Madrid: Ediciones Paidós Ibérica.

UNFPA. (2012) De la infancia a la plenitud femenina. Satisfacción de las necesidades de las adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva.

UNICEF. (2010). Bienvenido bebé. Guía completa para el cuidado del recién nacido de 0 a 3 meses. Montevideo, Uruguay. Unicef. Recuperado de: [http://www.unicef.org/uruguay/spanish/bienvenido\\_bebe.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/bienvenido_bebe.pdf).

UNICEF (2011). Estado Mundial de la Infancia. Montevideo, Uruguay. Unicef.

Recuperado de: [http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report\\_SP\\_02092011.pdf](http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf)

UNICEF (2012) Estado mundial de la infancia. Niños y niñas en un mundo urbano. N.Y., EEUU. Unicef.

UNICEF. (2012) VI estado de los derechos de la Niñez y la adolescencia en Costa Rica. A diez años del código de la niñez y la adolescencia. San José, Costa Rica. Editorial UCR.

Valencia, G. (2012). Embarazo adolescente. Bogotá, Colombia. Editorial Bonaventuriana. Recuperado de:  
[http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co:8080/jspui/bitstream/10819/1298/1/Embarazo\\_Adolescentes\\_Valencia\\_2012.pdf](http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co:8080/jspui/bitstream/10819/1298/1/Embarazo_Adolescentes_Valencia_2012.pdf).

Vallejo, J. (2013). Embarazo en adolescentes complicaciones. San José, Costa Rica. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. Vol. 605 (65-69).

Vindas, M. (2013). Embarazo adolescente aumenta en población más vulnerable. San José, Costa Rica. Portal de la investigación. Recuperado de:  
[http://www.vinv.ucr.ac.cr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1767:embarazo-adolescente-aumenta-en-poblacion-mas-vulnerable&catid=1&Itemid=68](http://www.vinv.ucr.ac.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=1767:embarazo-adolescente-aumenta-en-poblacion-mas-vulnerable&catid=1&Itemid=68).

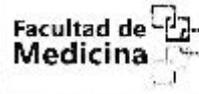
- Viner, R. M., Ozer, E.M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A y Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet* 379 (9826), 1641-1652. Recuperado de:  
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)601494/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)601494/fulltext).
- Zamora, A. (2011). Embarazo en niñas y adolescentes. San José, Costa Rica. Ministerio de Salud. Recuperado de:  
[www.ministeriodesalud.go.cr/.../1256-embarazo-en-ninas-y-adolescentes](http://www.ministeriodesalud.go.cr/.../1256-embarazo-en-ninas-y-adolescentes).
- Zelaya, E. & Coto, J. (2011). Factores socioculturales que condicionan el embarazo adolescente en los municipios de Intibucá y Jesús de Otoro. *Revista Población y Desarrollo: Argonautas y Caminantes*, Vol. 7 (7).
- Zurita, B. *et al.* (2015). Salud Mesoamérica. San José, Costa Rica. Datos del Documento Del Banco Interamericano De Desarrollo. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Zúñiga, V. Sánchez, A. Fernández, N. Ramírez, H. Salazar, H. y Arroba, R. (2013). Norma nacional de vacunación. San José, Costa Rica. Ministerio de Salud. Recuperado de: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-guias/2302-norma-nacional-de-vacunacion-2013/file>.

# **Anexos**

## Anexo 1. Carta de aprobación de la CTFG



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA



EE-193-2015

### COMISION DE TRABAJOS FINALES DE GRADUACION

#### PROPUESTAS

<b>REVISADO EN SESIÓN:</b>	Lunes 09 febrero 2015
<b>MODALIDAD:</b>	Tesis
<b>PROPONENTES:</b>	Gabriel Elizondo Torres
<b>COMITÉ ASESOR:</b>	Directora: M.Sc. Yamileth Gutiérrez Obregón Asesora: Dra. Lilliam Marín Arias Asesora: Magister Dennis Carrillo Díaz
<b>TEMA:</b>	Conocimiento de las madres adolescentes sobre prácticas de autocuidado durante el embarazo, parto, posparto y cuidado recién nacido que asisten a la consulta de atención en salud en el EBAIS de Golfito, en el 2015.
<b>ACUERDO:</b>	La Comisión de Trabajos finales de Graduación acuerda aprobar su anteproyecto de investigación con recomendaciones
<b>Observaciones:</b>	Se recomienda modificar título, revisar objetivos y metodología.

Ver observaciones en el documento escrito.

C. Estudiante:

RCA



Recepción: 2511-2111 Fax: 2253-5660, Servicios Administrativos: 2511-2093 Asuntos Estudiantiles: 2511-2107  
Secretaría Módulos: 2511-5210, Secretaría Dirección: 2511-2105. Sitio Web: [www.enfermeria.ucr.ac.cr](http://www.enfermeria.ucr.ac.cr)  
E-mail: [enfermeria@ucr.ac.cr](mailto:enfermeria@ucr.ac.cr)

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA



**EE** Escuela de  
Enfermería

28 de octubre de 2015  
EE-1986-2015

Gabriel Elizondo Torres  
Escuela de Enfermería  
Universidad de Costa Rica

Estimada Señora:

Reciban un cordial saludo, según oficio enviado a esta dirección con fecha del día 24 de Octubre del presente año, le comunico que se aprueba la solicitud del cambio de la temática de Investigación.

Sin otro particular,

Atentamente,

M.Sc Ligia Murillo Castro  
Directora  
Escuela de Enfermería



LMC/KCA

C. Archivo

**75** ANIVERSARIO  
UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

Escuela de  
Enfermería



Recepción: 2511-2111 Fax 2253-5660, Servicios Administrativos: 2511-2093 Asuntos Estudiantiles: 2511-2107  
Secretaría Módulos: 2511-5210, Secretaría Dirección: 2511-2105, Sitio Web: [www.enfermeria.ucr.ac.cr](http://www.enfermeria.ucr.ac.cr)  
E-mail: [enfermeria@ucr.ac.cr](mailto:enfermeria@ucr.ac.cr)

## Anexo 2. Carta Filología.

Guadalupe, 20 de febrero de 2016

Señores  
Escuela de Enfermería  
Universidad de Costa Rica  
Recinto de Golfito

Estimados señores:

Por este medio hago constar que he realizado una corrección filológica al trabajo final de graduación titulado "Conocimiento y prácticas de autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta de atención en salud en el EBAIS de Golfito, en el 2015". Con este documento el estudiante Gabriel Elizondo Torres opta por el grado de licenciatura en Enfermería en esa Universidad.

No omito manifestar que las correcciones fueron incorporadas directamente al documento.

Atentamente,

  
Sandra Quesada Corella  
Cédula 1-397-243  
Filóloga Española, UCR

Miembro de ACFIL  
Recertificada como correctora filológica por la Asociación Costarricense de Filólogos (ACFIL)  
Miembro de COLYPRO

sqc.-

### Anexo 3. Consentimiento informado



## UNIVERSIDAD DE COSTA RICA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

### Fórmula de consentimiento informado

(Para ser sujeto de investigación)

**“Conocimiento de las madres adolescentes sobre prácticas de autocuidado durante el embarazo, parto, postparto y cuidado neonatal que asisten a la consulta de atención en salud en el EBAIS de Golfito, en el 2015”**

Nombre del Investigador: Gabriel Elizondo Torres

Nombre de la participante:

---

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** analizar el conocimiento de las madres adolescentes sobre prácticas de autocuidado, para lo cual se realiza la investigación sobre el tema de salud de la madre adolescente y su hijo o hija durante el primer año de vida, pues el embarazo en esta etapa de la vida constituye un factor de riesgo, tanto para la madre como para su hijo o la hija. El propósito de la investigación es analizar la situación de salud de la madre adolescente y de su hijo o hija para detectar condiciones de riesgo socio-demográficos y biológicos que pueden incidir en la salud de la madre y de su hijo o hija. La recolección de la información es de 4 meses y es este el lapso de participación en la investigación, es decir, Marzo-Junio del 2015.

### **B. ¿QUÉ SE HARÁ?:**

La adolescente que participe en este estudio debe realizar las siguientes actividades:

- Durante el embarazo:
  - Responder a unas preguntas que le realice la investigadora sobre información de la situación económica y familiar.
  - Facilitar el carné perinatal para que la investigadora complete un cuestionario con información de su control prenatal y de salud en la semana de embarazo número 12, 25 y 36 cuando aplique.
  - Participar en una entrevista que realizará el investigador, en la que se conversará sobre prácticas de autocuidado durante el embarazo, parto y postparto así como cuidado del neonato. La entrevista se llevará a cabo en el lugar que convengan tanto la adolescente embarazada con el

investigador, el día y la hora a convenir por el investigador. La conversación será grabada y luego transcrita; la grabación será borrada una vez concluido el proyecto.

- Participar en un grupo focal que realizará el investigador junto con otras adolescentes embarazadas con la intención de recolectar información sobre prácticas de autocuidado durante el embarazo, parto y postparto así como del cuidado neonatal. El grupo focal se llevará a cabo en el lugar que convengan tanto las adolescentes embarazadas con el investigador, el día y la hora a convenir por el investigador. La conversación será grabada por la investigadora y luego transcrita. La grabación será borrada una vez concluido el proyecto.
- Después del nacimiento del bebé:
  - Responder a unas preguntas que le realice la investigadora sobre su situación de salud en el postparto.

**C. RIESGOS:**

1. La participación en esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física o mental, sin embargo, puede presentarse alguna molestia o incomodidad por las visitas de seguimiento que realice el investigador a usted y a su hijo o hija.

**D. BENEFICIOS:**

Como resultado de su participación en esta investigación, no recibirá ningún beneficio directo y tampoco recibirá ninguna compensación económica por participar. Sin embargo, al participar usted, su hijo o hija en la investigación permite al investigador aprender más acerca de la salud de la madre y su hijo y este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro pues la información brindada ayudará a la actualización de políticas y normas en el tema de embarazo en mujer adolescente y la importancia de la salud y crecimiento de su hijo en el primer año de vida.

- E.** Antes de dar su autorización para esta investigación usted debe haber hablado con Gabriel Elizondo Torres o Yamileth Gutierrez Obregón personas responsables de la investigación y quienes deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando al teléfono 8368 03 78 en el horario 11 a.m. a 1 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para uso personal.

- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiera.

- H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una

manera anónima. Sin embargo, en caso de encontrarse alguna situación de salud que requiera atención se recurrirá al Área de Salud que le corresponda a cada madre para que abordados por ellos.

- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, cédula y firma del sujeto  
fecha

---

Nombre, cédula y firma del testigo  
fecha

---

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento  
fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149  
REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.  
CELM-Form.Consent-Inform 06-08

## **Anexo 4. Cuestionario**





**SECCIÓN A. DATOS GENERALES DE LA MADRE ADOLESCENTE:**

A.1 ¿Cuántos años tiene usted?		A.2 ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	
A.3 ¿En qué país nació?		1. Costa Rica <input type="checkbox"/> Pase a A.5	3. Panamá <input type="checkbox"/>
		2. Nicaragua <input type="checkbox"/>	4. Otro (Especifique) <input type="checkbox"/>
A.4 ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en Costa Rica? Si no ha vivido en Costa Rica de manera continua, por favor indique el tiempo total que ha vivido acá.		___ AÑOS ___ MESES	
A.5 ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en el cantón de Alajuelita /Golfito?		___ AÑOS ___ MESES	
A.6 En este momento, es usted:		1. Soltera <input type="checkbox"/>	3. Divorciada <input type="checkbox"/>
		2. Casada <input type="checkbox"/>	4. Viuda <input type="checkbox"/>
		5. Unión Libre <input type="checkbox"/>	
		6. Separada <input type="checkbox"/>	
A.7 ¿Cuál es su último año de estudios aprobado?		1. Primaria incompleta <input type="checkbox"/>	2. Primaria completa <input type="checkbox"/>
		3. Secundaria incompleta <input type="checkbox"/>	4. Secundaria completa <input type="checkbox"/>
		5. Universitaria incompleta <input type="checkbox"/>	6. Universitaria completa <input type="checkbox"/>
		7. Otro	
A.8 ¿Cuál es su ocupación actual?	1. Estudiante <input type="checkbox"/> Pase a A.10	2. Actividades domésticas <input type="checkbox"/> Pase a A.10	3. Trabaja fuera de la casa <input type="checkbox"/>
A.9 ¿Cuántas horas al día trabaja fuera de la casa?			
A.10 La semana pasada usted realizó alguna de las siguientes actividades por algún tipo de pago		1. Labores agrícolas, crío animales o pesco <input type="checkbox"/>	2. Vendió productos <input type="checkbox"/>
		3. Cuido personas, limpió, planchó para otro hogar <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 4. Hizo trabajos variados ("camarones", "chambas")	<input type="checkbox"/> 5. No realizó ninguna de las anteriores
A.11 En qué EBAIS le corresponde realizar su control prenatal:			
A.12 ¿Cómo se traslada a la consulta del EBAIS?	1. A pie <input type="checkbox"/>	2. Autobús <input type="checkbox"/>	3. Carro <input type="checkbox"/>
			4. Otro <input type="checkbox"/>
A.13 ¿Qué tipo de Seguro Social tiene usted en este momento?	1. Voluntario <input type="checkbox"/>	2. Directo <input type="checkbox"/>	3. Familiar de asegurado <input type="checkbox"/>
			4. Estado <input type="checkbox"/>
			5. Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____

**SECCIÓN B. HISTORIA MÉDICA FAMILIAR Y PERSONAL DE LA MADRE ADOLESCENTE**

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Algún miembro de su familia (padres, abuelos, hermanos, tíos) ha presentado alguna de las siguientes situaciones en su salud:

Condición de salud	Quién lo ha presentado	
B.1 Diabetes o azúcar alta en la sangre	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
B.2 Tuberculosis pulmonar	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
B.3 Embarazos gemelares	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
B.4 Hipertensión arterial o presión alta crónica	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
B.5 Otras enfermedades	1. SÍ <input type="checkbox"/> Indique _____	2. NO <input type="checkbox"/>



## ANTECEDENTES PERSONALES

Usted ha presentado en su vida alguna de las siguientes situaciones en su salud:

Condición de salud:			Observaciones
B.6 Tuberculosis pulmonar	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	
B.7 Diabetes o azúcar alta en la sangre	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	
B.8 Hipertensión arterial o presión alta crónica	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	
B.9 Cirugía pélvica uterina	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	
B.10 Infertilidad	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	
Otros	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	

## SECCIÓN C. HISTORIA CLÍNICA DEL EMBARAZO ACTUAL DE LA ADOLESCENTE

### Antecedentes Obstétricos

C.1 Aparte de este embarazo, ¿Ha estado embarazada anteriormente?		1.SÍ <input type="checkbox"/>		2.NO (pase a C.8) <input type="checkbox"/>				
C.2 ¿Cuántos años (edad) tenía la primera vez que quedó embarazada?			_____ Años					
C.3 ¿Cuántas veces en total ha estado embarazada?		2 veces <input type="checkbox"/> (Responda solo C.4 y C.5)		3 veces <input type="checkbox"/> (Responda C.4 a C.7)				
C.4 Por favor considere su primer embarazo ¿Resultó en un bebé nacido vivo, nacido muerto, aborto espontáneo o aborto inducido, o embarazo ectópico?		C.5 ¿Cómo fue que nació su bebé ? (vaginal o por cesárea)						
1. Nacido vivo <input type="checkbox"/> (pasa a E5.)	2. Nacido muerto <input type="checkbox"/> (pasa a E5.)	3. Aborto espontáneo o inducido <input type="checkbox"/>	4. Embarazo ectópico <input type="checkbox"/>	1. Vaginal sin piquete <input type="checkbox"/>	2. Vaginal con piquete <input type="checkbox"/>	3. Vaginal con desgarro <input type="checkbox"/>	4. Vaginal con fórceps <input type="checkbox"/>	5. Cesárea <input type="checkbox"/>
C.6 Por favor considere su segundo embarazo ¿Resultó en un bebé nacido vivo, nacido muerto, aborto espontáneo o aborto inducido, o embarazo ectópico?		C.7 ¿Fue el parto normal (vaginal), vaginal con fórceps o por cesárea?						
1. Nacido vivo <input type="checkbox"/> (pasa a E7)	2. Nacido muerto <input type="checkbox"/> (pasa a E7)	3. Aborto espontáneo o inducido <input type="checkbox"/>	4. Embarazo ectópico <input type="checkbox"/>	1. Vaginal sin piquete <input type="checkbox"/>	2. Vaginal con piquete <input type="checkbox"/>	3. Vaginal con desgarro <input type="checkbox"/>	4. Vaginal con fórceps <input type="checkbox"/>	5. Cesárea <input type="checkbox"/>





A continuación le haré algunas preguntas sobre su estado de salud.

Se ha realizado alguno de los siguientes exámenes de laboratorio			C.11 Fecha de realizado	C.12 Conoce el resultado del examen
C.10 Tipo de examen				
1. Hemoglobina	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>		
2. Hematocrito	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>		
3. Orina	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>		
4. Glicemia	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>		
5. VIH	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>		

C.13 Ha sido hospitalizada durante este embarazo en alguna ocasión		1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	Pasar a C.17
C.14 Hospital de internamiento	C.15 Ingreso		C.16 Egreso	
	A. Día	B. Mes	A. Día	B. Mes
1. Calderón Guardia <input type="checkbox"/>				
2. San Juan de Dios <input type="checkbox"/>				
3. México <input type="checkbox"/>				
4. Golfito <input type="checkbox"/>				
5. Ciudad Neilly <input type="checkbox"/>				
6. Pérez Zeledón <input type="checkbox"/>				
Otro: <input type="checkbox"/>				

Ahora quisiera preguntarle acerca de los suplementos vitamínicos y medicamentos que ha tomado o toma durante este embarazo. **Por favor incluya los medicamentos que fueron recetados por el médico (a) y los que compró por su cuenta.**

C.17 Durante el embarazo			C.18 ¿Cuándo empezó a tomarlo o usarlo?		C.19 ¿Durante cuánto tiempo (días) ha estado tomando el medicamento	
Acido fólico	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	8. NS <input type="checkbox"/>	___ sem de emb	8. NS <input type="checkbox"/>	
Hierro	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	8. NS <input type="checkbox"/>	___ sem de emb	8. NS <input type="checkbox"/>	
Otros: (Ej: Materna®, Natele®)	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	8. NS <input type="checkbox"/>	___ sem de emb	8. NS <input type="checkbox"/>	
C.20 Durante este embarazo ha tomado algún medicamento por más de dos días seguidos. Ejemplo: contra el dolor de cabeza, molestia urinaria.					1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/> Pasar a D.1

Podría indicar para qué ha usado el medicamento, cómo se llama y por cuánto tiempo lo ha tomado:

C.20 ¿Cómo se llama el medicamento?	C.21 ¿Para qué lo ha usado?	C.22. ¿Por cuánto tiempo lo ha tomado? (Dosis)	C.23 ¿Quién se lo indicó?
1		___ Días	
2		___ Días	
3		___ Días	



### SECCIÓN D. CONDICIONES ECONÓMICAS DEL HOGAR

A continuación le voy a realizar algunas preguntas sobre sus ingresos y situación económica.

D.1 Cuántas personas trabajan actualmente en su familia			
D.2 ¿Cuántas personas, incluyéndose a usted misma, viven de estos ingresos? Esto incluye no solamente a las personas que viven en su casa, sino a cualquier otra persona que recibe parte de este dinero.			
D.3 Recibe usted alguna ayuda social o comunitaria (beca) aparte de los ingresos descritos anteriormente?		1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/> (Pasar a D.5)
D.4 Mencione el tipo de ayuda social o beca que recibe			
D.5 ¿Cómo describiría su situación económica actual?	1.Muy difícil <input type="checkbox"/>	2.Difícil <input type="checkbox"/>	3.Regular <input type="checkbox"/>
	4.Buena <input type="checkbox"/>	5.Muy buena <input type="checkbox"/>	

### SECCIÓN E. VIVIENDA Y SERVICIOS

Seguidamente le haré algunas preguntas sobre la vivienda en la que habita.

E.1 Tipo de vivienda donde habita	1.Casa independiente <input type="checkbox"/>	5.Cuartería <input type="checkbox"/>
	2.Casa independiente en condominio <input type="checkbox"/>	6.Tugurio <input type="checkbox"/>
	3.Edificio de apartamentos <input type="checkbox"/>	7.Casa indígena <input type="checkbox"/>
	4.Edificio de apartamentos en condominio <input type="checkbox"/>	8.Otro (albergue) <input type="checkbox"/>
E.2 Situación de la vivienda que habita la adolescente	1.Es propia totalmente pagada <input type="checkbox"/>	4.Está en precario <input type="checkbox"/>
	2.Es propia pagando a plazos <input type="checkbox"/>	5.Prestada <input type="checkbox"/>
	3.Es alquilada <input type="checkbox"/>	6.Otra <input type="checkbox"/>

E.3 ¿Cuál es el material predominante en las paredes exteriores?	1. Block o ladrillo <input type="checkbox"/>	6. Fibrocemento (Fibrolit) <input type="checkbox"/>		
	2.Zócalo (con madera, zinc o fibrocemento) <input type="checkbox"/>	7. Fibras naturales (bambú, caña, chonta) <input type="checkbox"/>		
	3. Madera <input type="checkbox"/>	8.Material de desecho <input type="checkbox"/>		
	4. Prefabricado <input type="checkbox"/>	9. Zinc <input type="checkbox"/>		
E.4 ¿Cuál es el material predominante en el techo?	1. Zinc <input type="checkbox"/>	3.Material de desecho <input type="checkbox"/>		
	2. Fibras naturales (bambú, caña, chonta) <input type="checkbox"/>	4.Otro <input type="checkbox"/> (Indique)		
E.5 ¿La vivienda tiene cielo raso?	1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/>		
E.6 La vivienda se encuentra sobre pilotes	1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/>		
E.7 ¿Cuál es el material predominante en el piso?	1.Mosaico, cerámica, terrazo <input type="checkbox"/>	4. Piso de tierra <input type="checkbox"/>		
	2.Cemento (lujado o no) <input type="checkbox"/>	5. Material natural (bambú, caña, chonta) <input type="checkbox"/>		
	3.Madera <input type="checkbox"/>			
E.8 Cuál es el estado de las siguientes partes de la casa	Las paredes exteriores	1.Malo <input type="checkbox"/>	2.Regular <input type="checkbox"/>	3.Bueno <input type="checkbox"/>
	El piso	1.Malo <input type="checkbox"/>	2.Regular <input type="checkbox"/>	3.Bueno <input type="checkbox"/>
	El techo	1.Malo <input type="checkbox"/>	2.Regular <input type="checkbox"/>	3.Bueno <input type="checkbox"/>
E.9 ¿Cuántos cuartos (habitaciones) exclusivos para dormir tiene esta vivienda?	Nº			



E.10 Tiene una habitación sólo para usted		1. SÍ <input type="checkbox"/>	Pasar a E.12	2. NO <input type="checkbox"/>
E.11 ¿Con cuántas personas comparte usted la habitación?				
E.12 Cuenta con una cama para usted sola		1. SÍ <input type="checkbox"/>		2. NO <input type="checkbox"/>
E.13 Sin contar baños, cuarto de pilas, pasillos, garaje, ¿cuántos aposentos, en total (incluso N° de cuartos) tiene esta vivienda?				N°
E.14 ¿El agua que llega a su hogar es por tubería dentro de la vivienda?		1. SÍ <input type="checkbox"/>		2. NO <input type="checkbox"/>
E.15 ¿El agua que consumen en su casa proviene de	1. Acueducto rural o comunal <input type="checkbox"/>		5. Pozo <input type="checkbox"/>	
	2. Acueducto municipal <input type="checkbox"/>		6. Río o naciente <input type="checkbox"/>	
	3. Acueducto del A y A <input type="checkbox"/>		7. Otro <input type="checkbox"/>	
	4. Acueducto de empresa o cooperativa <input type="checkbox"/>		8. No sabe <input type="checkbox"/>	
E.16 ¿El servicio sanitario está conectado a...	1. Alcantarillado sanitario <input type="checkbox"/>		4. Es de hueco o letrina <input type="checkbox"/>	
	2. Tanque séptico <input type="checkbox"/>		5. Con otro sistema <input type="checkbox"/>	
	3. Salida directa a acequia, zanja, río o estero <input type="checkbox"/>		6. No tiene <input type="checkbox"/>	
E.17 ¿La luz eléctrica de la vivienda proviene...	1. del ICE o CNFL <input type="checkbox"/>		4. de panel solar <input type="checkbox"/>	
	2. de la ESPH/ JASEC <input type="checkbox"/>		5. de otra fuente de energía <input type="checkbox"/>	
	3. de una cooperativa <input type="checkbox"/>		6. No hay luz eléctrica <input type="checkbox"/>	
E.18 ¿Cuál es la principal fuente de energía usada para cocinar?	1. Electricidad <input type="checkbox"/>		3. Leña o carbón <input type="checkbox"/>	
	2. Gas <input type="checkbox"/>		4. Otra <input type="checkbox"/>	
E.19 La basura la elimina principalmente...	1. Por camión recolector <input type="checkbox"/>		4. la botan en lote baldío <input type="checkbox"/>	
	2. La botan en hueco o entierran <input type="checkbox"/>		5. la botan en río, quebrada <input type="checkbox"/>	
	3. La queman <input type="checkbox"/>		6. Otro <input type="checkbox"/>	
E.20 La vivienda ha adquirido alguno de estos artículos:				
Artículo		Artículo		
1. Teléfono celular	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	8. Tanque para almacenar agua	1. SÍ <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>
2. Línea telefónica fija	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	9. Computadora de escritorio	1. SÍ <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>
3. Pantalla de TV (plasma, LDC o LED)	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	10. Computadora portátil	1. SÍ <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>
4. Televisor convencional	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	11. Internet	1. SÍ <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>
5. Televisión por cable o satelital	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	12. Carro (no de trabajo)	1. SÍ <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>
6. Sistema de agua caliente	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	13. Moto (no de trabajo)	1. SÍ <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>
7. Radio o equipo de sonido	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>		



### SECCIÓN F. RECORDATORIO DE DIETA DE 24 HORAS Y ACTIVIDAD FISICA

F.1 A continuación se le solicita que responda de manera detallada cuales fueron los alimentos que consumió durante todo el día de ayer. Por ser un indicador que influye en la adolescente madre

Tiempo de comida y hora	Tipo de alimento	Cantidad
1. Desayuno Hora		
2. Merienda Hora		
3. Almuerzo Hora		
4. Merienda Hora		
5. Cena Hora		
8. Otros Hora		



F.2. ¿Normalmente esta es su alimentación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
F.3 ¿Regularmente realiza algún tipo de actividad física?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No (Terminar)
F.4 ¿Tipo de actividad física?	1. Correr <input type="checkbox"/>	4. Cardio <input type="checkbox"/>
	2. Nadar <input type="checkbox"/>	5. Yoga <input type="checkbox"/>
	3. Caminar <input type="checkbox"/>	6. Otro <input type="checkbox"/>
F.5 ¿Tiempo que dura realizando la actividad física (minutos)?		

Hora de finalización de la encuesta:

**Muchas gracias por su colaboración**

## **Anexo 5. Entrevista**





UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

EE Escuela de  
Enfermería

28 de octubre de 2015  
EE-1986-2015

Gabriel Elizondo Torres  
Escuela de Enfermería  
Universidad de Costa Rica

Estimada Señora:

Reciban un cordial saludo, según oficio enviado a esta dirección con fecha del día 24 de Octubre del presente año, le comunico que se aprueba la solicitud del cambio de la temática de Investigación.

Sin otro particular,

Atentamente,

M.Sc Ligia Murillo Castro  
Directora  
Escuela de Enfermería



LMC/KCA

C. Archivo



Escuela de  
Enfermería



Recepción: 2511-2111 Fax 2253-5660, Servicios Administrativos: 2511-2093 Asuntos Estudiantiles: 2511-2107  
Secretaría Módulos: 2511-5210, Secretaría Dirección: 2511-2105, Sitio Web: [www.enfermeria.ucr.ac.cr](http://www.enfermeria.ucr.ac.cr)  
E-mail: [enfermeria@ucr.ac.cr](mailto:enfermeria@ucr.ac.cr)

## Anexo 2. Carta Filología.

Guadalupe, 20 de febrero de 2016

Señores  
Escuela de Enfermería  
Universidad de Costa Rica  
Recinto de Golfito

Estimados señores:

Por este medio hago constar que he realizado una corrección filológica al trabajo final de graduación titulado "Conocimiento y prácticas de autocuidado en las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta de atención en salud en el EBAIS de Golfito, en el 2015". Con este documento el estudiante Gabriel Elizondo Torres opta por el grado de licenciatura en Enfermería en esa Universidad.

No omito manifestar que las correcciones fueron incorporadas directamente al documento.

Atentamente,



Sandra Quesada Corda  
Cédula 1-397-243  
Filóloga Española, UCR

Miembro de ACFIL  
Recertificada como correctora filológica por la Asociación Costarricense de  
Filólogos (ACFIL)  
Miembro de COLYPRO

sqc.-

### Anexo 3. Consentimiento informado



## UNIVERSIDAD DE COSTA RICA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201    Telefax: (506) 2224-9367

### Fórmula de consentimiento informado

(Para ser sujeto de investigación)

**“Conocimiento de las madres adolescentes sobre prácticas de autocuidado durante el embarazo, parto, postparto y cuidado neonatal que asisten a la consulta de atención en salud en el EBAIS de Golfito, en el 2015”**

Nombre del Investigador: Gabriel Elizondo Torres

Nombre \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ participante:

A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** analizar el conocimiento de las madres adolescentes sobre prácticas de autocuidado, para lo cual se realiza la investigación sobre el tema de salud de la madre adolescente y su hijo o hija durante el primer año de vida, pues el embarazo en esta etapa de la vida constituye un factor de riesgo, tanto para la madre como para su hijo o la hija. El propósito de la investigación es analizar la situación de salud de la madre adolescente y de su hijo o hija para detectar condiciones de riesgo socio-demográficos y biológicos que pueden incidir en la salud de la madre y de su hijo o hija. La recolección de la información es de 4 meses y es este el lapso de participación en la investigación, es decir, Marzo-Junio del 2015.

### B. **¿QUÉ SE HARÁ?:**

La adolescente que participe en este estudio debe realizar las siguientes actividades:

- Durante el embarazo:
  - Responder a unas preguntas que le realice la investigadora sobre información de la situación económica y familiar.
  - Facilitar el carné perinatal para que la investigadora complete un cuestionario con información de su control prenatal y de salud en la semana de embarazo número 12, 25 y 36 cuando aplique.
  - Participar en una entrevista que realizará el investigador, en la que se conversará sobre prácticas de autocuidado durante el embarazo, parto y postparto así como cuidado del neonato. La entrevista se llevará a cabo en el lugar que convengan tanto la adolescente embarazada con el

investigador, el día y la hora a convenir por el investigador. La conversación será grabada y luego transcrita; la grabación será borrada una vez concluido el proyecto.

- Participar en un grupo focal que realizará el investigador junto con otras adolescentes embarazadas con la intención de recolectar información sobre prácticas de autocuidado durante el embarazo, parto y postparto así como del cuidado neonatal. El grupo focal se llevará a cabo en el lugar que convengan tanto las adolescentes embarazadas con el investigador, el día y la hora a convenir por el investigador. La conversación será grabada por la investigadora y luego transcrita. La grabación será borrada una vez concluido el proyecto.
- Después del nacimiento del bebé:
  - Responder a unas preguntas que le realice la investigadora sobre su situación de salud en el postparto.

**C. RIESGOS:**

1. La participación en esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física o mental, sin embargo, puede presentarse alguna molestia o incomodidad por las visitas de seguimiento que realice el investigador a usted y a su hijo o hija.

**D. BENEFICIOS:**

Como resultado de su participación en esta investigación, no recibirá ningún beneficio directo y tampoco recibirá ninguna compensación económica por participar. Sin embargo, al participar usted, su hijo o hija en la investigación permite al investigador aprender más acerca de la salud de la madre y su hijo y este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro pues la información brindada ayudará a la actualización de políticas y normas en el tema de embarazo en mujer adolescente y la importancia de la salud y crecimiento de su hijo en el primer año de vida.

- E.** Antes de dar su autorización para esta investigación usted debe haber hablado con Gabriel Elizondo Torres o Yamileth Gutierrez Obregón personas responsables de la investigación y quienes deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al teléfono 8368 03 78 en el horario 11 a.m. a 1 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

- F.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para uso personal.

- G.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiera.

- H.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una

manera anónima. Sin embargo, en caso de encontrarse alguna situación de salud que requiera atención se recurrirá al Área de Salud que le corresponda a cada madre para que abordados por ellos.

- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, cédula y firma del sujeto  
fecha

---

Nombre, cédula y firma del testigo  
fecha

---

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento  
fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149  
REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.  
CELM-Form.Consent-Inform 06-08







**SECCIÓN A. DATOS GENERALES DE LA MADRE ADOLESCENTE:**

A.1 ¿Cuántos años tiene usted?		A.2 ¿Cuál es su fecha de nacimiento?		
A.3 ¿En qué país nació?		1. Costa Rica <input type="checkbox"/>	Pase a A.5	3. Panamá <input type="checkbox"/>
		2. Nicaragua <input type="checkbox"/>		4. Otro (Especifique) <input type="checkbox"/>
A.4 ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en Costa Rica? Si no ha vivido en Costa Rica de manera continua, por favor indique el tiempo total que ha vivido acá.				__ AÑOS __ MESES
A.5 ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en el cantón de Alajuelita /Golfito?				__ AÑOS __ MESES
A.6 En este momento, es usted:		1. Soltera <input type="checkbox"/>	3. Divorciada <input type="checkbox"/>	5. Unión Libre <input type="checkbox"/>
		2. Casada <input type="checkbox"/>	4. Viuda <input type="checkbox"/>	6. Separada <input type="checkbox"/>
A.7 ¿Cuál es su último año de estudios aprobado?		1. Primaria incompleta <input type="checkbox"/>	2. Primaria completa <input type="checkbox"/>	
		3. Secundaria incompleta <input type="checkbox"/>	4. Secundaria completa <input type="checkbox"/>	
		5. Universitaria incompleta <input type="checkbox"/>	6. Universitaria completa <input type="checkbox"/>	
		7. Otro		
A.8 ¿Cuál es su ocupación actual?	1. Estudiante <input type="checkbox"/> Pasa a A.10	2. Actividades domésticas <input type="checkbox"/> Pasa a A.10	3. Trabaja fuera de la casa <input type="checkbox"/>	
A.9 ¿Cuántas horas al día trabaja fuera de la casa?				
A.10 La semana pasada usted realizó alguna de las siguientes actividades por algún tipo de pago		1. Labores agrícolas, crío animales o pesco <input type="checkbox"/>	2. Vendió productos <input type="checkbox"/>	3. Cuido personas, limpió, planchó para otro hogar <input type="checkbox"/>
		4. Hizo trabajos variados ("camarones", "chambas") <input type="checkbox"/>		5. No realizó ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/>
A.11 En qué EBAIS le corresponde realizar su control prenatal:				
A.12 ¿Cómo se traslada a la consulta del EBAIS?	1. A pie <input type="checkbox"/>	2. Autobús <input type="checkbox"/>	3. Carro <input type="checkbox"/>	4. Otro <input type="checkbox"/>
A.13 ¿Qué tipo de Seguro Social tiene usted en este momento?	1. Voluntario <input type="checkbox"/>	2. Directo <input type="checkbox"/>	3. Familiar de asegurado <input type="checkbox"/>	4. Estado <input type="checkbox"/>
				5. Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____

**SECCIÓN B. HISTORIA MÉDICA FAMILIAR Y PERSONAL DE LA MADRE ADOLESCENTE**

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Algún miembro de su familia (padres, abuelos, hermanos, tíos) ha presentado alguna de las siguientes situaciones en su salud:

Condición de salud	Quién lo ha presentado	
B.1 Diabetes o azúcar alta en la sangre	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
B.2 Tuberculosis pulmonar	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
B.3 Embarazos gemelares	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
B.4 Hipertensión arterial o presión alta crónica	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
B.5 Otras enfermedades	1. SÍ <input type="checkbox"/> Indique _____	2. NO <input type="checkbox"/>



## ANTECEDENTES PERSONALES

Usted ha presentado en su vida alguna de las siguientes situaciones en su salud:

Condición de salud:			Observaciones
B.6 Tuberculosis pulmonar	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	
B.7 Diabetes o azúcar alta en la sangre	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	
B.8 Hipertensión arterial o presión alta crónica	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	
B.9 Cirugía pélvica uterina	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	
B.10 Infertilidad	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	
Otros	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	

## SECCIÓN C. HISTORIA CLÍNICA DEL EMBARAZO ACTUAL DE LA ADOLESCENTE

### Antecedentes Obstétricos

C.1 Aparte de este embarazo, ¿Ha estado embarazada anteriormente?		1.SÍ <input type="checkbox"/>		2.NO (pase a C.8) <input type="checkbox"/>				
C.2 ¿Cuántos años (edad) tenía la primera vez que quedó embarazada?			Años _____					
C.3 ¿Cuántas veces en total ha estado embarazada?		2 veces <input type="checkbox"/>		3 veces <input type="checkbox"/>				
		(Responda solo C.4 y C.5)		(Responda C.4 a C.7)				
C.4 Por favor considere su primer embarazo ¿Resultó en un bebé nacido vivo, nacido muerto, aborto espontáneo o aborto inducido, o embarazo ectópico?		C.5 ¿Cómo fue que nació su bebé ? (vaginal o por cesárea)						
1. Nacido vivo <input type="checkbox"/> (pasa a E5.)	2. Nacido muerto <input type="checkbox"/> (pasa a E5.)	3. Aborto espontáneo o inducido <input type="checkbox"/>	4. Embarazo ectópico <input type="checkbox"/>	1. Vaginal sin piquete <input type="checkbox"/>	2. Vaginal con piquete <input type="checkbox"/>	3. Vaginal con desgarro <input type="checkbox"/>	4. Vaginal con fórceps <input type="checkbox"/>	5. Cesárea <input type="checkbox"/>
C.6 Por favor considere su segundo embarazo ¿Resultó en un bebé nacido vivo, nacido muerto, aborto espontáneo o aborto inducido, o embarazo ectópico?			C.7 ¿Fue el parto normal (vaginal), vaginal con fórceps o por cesárea?					
1. Nacido vivo <input type="checkbox"/> (pasa a E7)	2. Nacido muerto <input type="checkbox"/> (pasa a E7)	3. Aborto espontáneo o inducido <input type="checkbox"/>	4. Embarazo ectópico <input type="checkbox"/>	1. Vaginal sin piquete <input type="checkbox"/>	2. Vaginal con piquete <input type="checkbox"/>	3. Vaginal con desgarro <input type="checkbox"/>	4. Vaginal con fórceps <input type="checkbox"/>	5. Cesárea <input type="checkbox"/>



C8. A continuación le voy a solicitar el carné perinatal que le entregaron en el EBAIS para poder completar la siguiente información del **embarazo actual**

<b>EMBARAZO ACTUAL</b>		Di	Me	Año	DUDAS	ANTITETANICA PREVIA	ACTUAL 1°	ACTUAL 2°/R	GRUPO	HOSPITALIZACION EMBARAZO	TRASLADO	Di	Me	Año
Peso anterior	Talla (cm)	FUM			NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rh + <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Kg	1	FPP			SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	MES GESTA		Sensibil. - <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Lugar		
Ex CLINICO NORMAL	Ex MAMAS NORMAL	Ex ODONTOL NORMAL	PELVIS NORMAL	PAP NORMAL	COLPOSCOPIA NORMAL	CERVIX NORMAL	VDRL	Di	Me	Di	Me	Hb	Di	Me
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>													

Consulta No.	C.9-1	C.9-2	C.9-3	C.9-4	C.9-5	C.9-6	C.9-7	C.9-8	C.9-9	C.9-10
Fecha										
Semanas de Amenorrea										
Peso										
Tensión Arterial Max/Min (mm Hg)										
ALT UTER/ PRESENT Pub fondo/Cel Pelv.Tr										
F.C.F. (fat/min)/MOV FETAL										
Medicamentos										
Personal Med. (M) Enf (E)										

**Observaciones**

Edad gestacional a la fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_



A continuación le haré algunas preguntas sobre su estado de salud.

Se ha realizado alguno de los siguientes exámenes de laboratorio				
C.10 Tipo de examen		C.11 Fecha de realizado		C.12 Conoce el resultado del examen
1.Hemoglobina	1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/>		
2.Hematocrito	1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/>		
3.Orina	1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/>		
4.Glicemia	1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/>		
5. VIH	1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/>		

C.13 Ha sido hospitalizada durante este embarazo en alguna ocasión		1.SÍ <input type="checkbox"/>		2.NO <input type="checkbox"/> Pasar a C.17	
C.14 Hospital de internamiento	C.15 Ingreso		C.16 Egreso		
	A. Día	B. Mes	A. Día	B. Mes	
1.Calderón Guardia <input type="checkbox"/>					
2.San Juan de Dios <input type="checkbox"/>					
3.México <input type="checkbox"/>					
4. Golfito <input type="checkbox"/>					
5. Ciudad Neilly <input type="checkbox"/>					
6. Pérez Zeledón <input type="checkbox"/>					
Otro : <input type="checkbox"/>					

Ahora quisiera preguntarle acerca de los suplementos vitamínicos y medicamentos que ha tomado o toma durante este embarazo. **Por favor incluya los medicamentos que fueron recetados por el médico (a) y los que compró por su cuenta.**

C.17 Durante el embarazo			C.18 ¿Cuándo empezó a tomarlo o usarlo?		C.19 ¿Durante cuánto tiempo (días) ha estado tomando el medicamento	
Acido fólico	1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/>	8.NS <input type="checkbox"/>	___ sem de emb	8.NS <input type="checkbox"/>	
Hierro	1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/>	8.NS <input type="checkbox"/>	___ sem de emb	8.NS <input type="checkbox"/>	
Otros: (Ej: Materna®, Natele®)	1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/>	8.NS <input type="checkbox"/>	___ sem de emb	8.NS <input type="checkbox"/>	
C.20 <b>Durante</b> este embarazo ha tomado algún medicamento por más de dos días seguidos. Ejemplo: contra el dolor de cabeza, molestia urinaria.					1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/> Pasar a D.1

Podría indicar para qué ha usado el medicamento, cómo se llama y por cuánto tiempo lo ha tomado:

C.20 ¿Cómo se llama el medicamento?	C.21 ¿Para qué lo ha usado?	C.22. ¿Por cuánto tiempo lo ha tomado? (Dosis)	C.23 ¿Quién se lo indicó?
1		___ Días	
2		___ Días	
3		___ Días	



### SECCIÓN D. CONDICIONES ECONÓMICAS DEL HOGAR

A continuación le voy a realizar algunas preguntas sobre sus ingresos y situación económica.

D.1 Cuántas personas trabajan actualmente en su familia			
D.2 ¿Cuántas personas, incluyéndose a usted misma, viven de estos ingresos? Esto incluye no solamente a las personas que viven en su casa, sino a cualquier otra persona que recibe parte de este dinero.			
D.3 Recibe usted alguna ayuda social o comunitaria (beca) aparte de los ingresos descritos anteriormente?		1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/> (Pasar a D.5)
D.4 Mencione el tipo de ayuda social o beca que recibe			
D.5 ¿Cómo describiría su situación económica actual?	1.Muy difícil <input type="checkbox"/>	2.Difícil <input type="checkbox"/>	3.Regular <input type="checkbox"/>
	4.Buena <input type="checkbox"/>	5.Muy buena <input type="checkbox"/>	

### SECCIÓN E. VIVIENDA Y SERVICIOS

Seguidamente le haré algunas preguntas sobre la vivienda en la que habita.

E.1 Tipo de vivienda donde habita	1.Casa independiente <input type="checkbox"/>	5.Cuartería <input type="checkbox"/>
	2.Casa independiente en condominio <input type="checkbox"/>	6.Tugurio <input type="checkbox"/>
	3. Edificio de apartamentos <input type="checkbox"/>	7. Casa indígena <input type="checkbox"/>
	4.Edificio de apartamentos en condominio <input type="checkbox"/>	8.Otro (albergue) <input type="checkbox"/>
E.2 Situación de la vivienda que habita la adolescente	1.Es propia totalmente pagada <input type="checkbox"/>	4.Está en precario <input type="checkbox"/>
	2.Es propia pagando a plazos <input type="checkbox"/>	5. Prestada <input type="checkbox"/>
	3.Es alquilada <input type="checkbox"/>	6. Otra <input type="checkbox"/>

E.3 ¿Cuál es el material predominante en las paredes exteriores?	1. Block o ladrillo <input type="checkbox"/>	6. Fibrocemento (Fibrolit) <input type="checkbox"/>
	2.Zócalo (con madera, zinc o fibrocemento) <input type="checkbox"/>	7. Fibras naturales (bambú, caña, chonta) <input type="checkbox"/>
	3. Madera <input type="checkbox"/>	8.Material de desecho <input type="checkbox"/>
	4. Prefabricado <input type="checkbox"/>	9. Zinc <input type="checkbox"/>

E.4 ¿Cuál es el material predominante en el techo?	1. Zinc <input type="checkbox"/>	3.Material de desecho <input type="checkbox"/>
	2. Fibras naturales (bambú, caña, chonta) <input type="checkbox"/>	4.Otro <input type="checkbox"/> (Indique)

E.5 ¿La vivienda tiene cielo raso?	1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

E.6 La vivienda se encuentra sobre pilotes	1.SÍ <input type="checkbox"/>	2.NO <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------

E.7 ¿Cuál es el material predominante en el piso?	1.Mosaico, cerámica, terrazo <input type="checkbox"/>	4. Piso de tierra <input type="checkbox"/>
	2.Cemento (lujado o no) <input type="checkbox"/>	5. Material natural (bambú, caña, chonta) <input type="checkbox"/>
	3.Madera <input type="checkbox"/>	

E.8 Cuál es el estado de las siguientes partes de la casa	Las paredes exteriores	1.Malo <input type="checkbox"/>	2.Regular <input type="checkbox"/>	3.Bueno <input type="checkbox"/>
	El piso	1.Malo <input type="checkbox"/>	2.Regular <input type="checkbox"/>	3.Bueno <input type="checkbox"/>
	El techo	1.Malo <input type="checkbox"/>	2.Regular <input type="checkbox"/>	3.Bueno <input type="checkbox"/>

E.9 ¿Cuántos cuartos (habitaciones) exclusivos para dormir tiene esta vivienda?	N°
---	----



E.10 Tiene una habitación sólo para usted		1. SÍ <input type="checkbox"/>	Pasar a E.12	2. NO <input type="checkbox"/>	
E.11 ¿Con cuántas personas comparte usted la habitación?					
E.12 Cuenta con una cama para usted sola		1. SÍ <input type="checkbox"/>		2. NO <input type="checkbox"/>	
E.13 Sin contar baños, cuarto de pilas, pasillos, garaje, ¿cuántos aposentos, en total (incluso N° de cuartos) tiene esta vivienda?		N°			
E.14 ¿El agua que llega a su hogar es por tubería dentro de la vivienda?		1. SÍ <input type="checkbox"/>		2. NO <input type="checkbox"/>	
E.15 ¿El agua que consumen en su casa proviene de	1. Acueducto rural o comunal <input type="checkbox"/>		5. Pozo <input type="checkbox"/>		
	2. Acueducto municipal <input type="checkbox"/>		6. Río o naciente <input type="checkbox"/>		
	3. Acueducto del A y A <input type="checkbox"/>		7. Otro <input type="checkbox"/>		
	4. Acueducto de empresa o cooperativa <input type="checkbox"/>		8. No sabe <input type="checkbox"/>		
E.16 ¿El servicio sanitario está conectado a...	1. Alcantarillado sanitario <input type="checkbox"/>		4. Es de hueco o letrina <input type="checkbox"/>		
	2. Tanque séptico <input type="checkbox"/>		5. Con otro sistema <input type="checkbox"/>		
	3. Salida directa a acequia, zanja, río o estero <input type="checkbox"/>		6. No tiene <input type="checkbox"/>		
E.17 ¿La luz eléctrica de la vivienda proviene...	1. del ICE o CNFL <input type="checkbox"/>		4. de panel solar <input type="checkbox"/>		
	2. de la ESPH/ JASEC <input type="checkbox"/>		5. de otra fuente de energía <input type="checkbox"/>		
	3. de una cooperativa <input type="checkbox"/>		6. No hay luz eléctrica <input type="checkbox"/>		
E.18 ¿Cuál es la principal fuente de energía usada para cocinar?	1. Electricidad <input type="checkbox"/>		3. Leña o carbón <input type="checkbox"/>		
	2. Gas <input type="checkbox"/>		4. Otra <input type="checkbox"/>		
E.19 La basura la elimina principalmente...	1. Por camión recolector <input type="checkbox"/>		4. la botan en lote baldío <input type="checkbox"/>		
	2. La botan en hueco o entierran <input type="checkbox"/>		5. la botan en río, quebrada <input type="checkbox"/>		
	3. La queman <input type="checkbox"/>		6. Otro <input type="checkbox"/>		
E.20 La vivienda ha adquirido alguno de estos artículos:					
Artículo		Artículo			
1. Teléfono celular	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	8. Tanque para almacenar agua	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
2. Línea telefónica fija	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	9. Computadora de escritorio	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
3. Pantalla de TV (plasma, LDC o LED)	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	10. Computadora portátil	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
4. Televisor convencional	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	11. Internet	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
5. Televisión por cable o satelital	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	12. Carro (no de trabajo)	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
6. Sistema de agua caliente	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>	13. Moto (no de trabajo)	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>
7. Radio o equipo de sonido	1. SÍ <input type="checkbox"/>	2. NO <input type="checkbox"/>			



### SECCIÓN F. RECORDATORIO DE DIETA DE 24 HORAS Y ACTIVIDAD FISICA

F.1 A continuación se le solicita que responda de manera detallada cuales fueron los alimentos que consumió durante todo el día de ayer. Por ser un indicador que influye en la adolescente madre

Tiempo de comida y hora	Tipo de alimento	Cantidad
1. Desayuno Hora		
2. Merienda Hora		
3. Almuerzo Hora		
4. Merienda Hora		
5. Cena Hora		
8. Otros Hora		



F.2. ¿Normalmente esta es su alimentación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
F.3 ¿Regularmente realiza algún tipo de actividad física?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No (Terminar)
F.4 ¿Tipo de actividad física?	1. Correr <input type="checkbox"/>	4. Cardio <input type="checkbox"/>
	2. Nadar <input type="checkbox"/>	5. Yoga <input type="checkbox"/>
	3. Caminar <input type="checkbox"/>	6. Otro <input type="checkbox"/>
F.5 ¿Tiempo que dura realizando la actividad física (minutos)?		

Hora de finalización de la encuesta:

**Muchas gracias por su colaboración**

Versión 08092015





**I. Parte. Estado general de la adolescente y su embarazo**

1. Actualmente cómo te sientes con tu embarazo?
2. Qué cosas han cambiado en sus actividades cotidianas desde que estas embarazada?
3. Qué cambios personales has experimentado en esta etapa de embarazo?
4. Qué cambios familiares has experimentado en esta etapa de embarazo?
5. Qué opina su familia respecto a su embarazo?
6. Has contado con apoyo familiar?
7. Qué tipo de apoyo familiar te brindan?
8. Durante el embarazo te han surgido dudas o preocupaciones? Respecto: alimentación, tipo vestimenta, preparación para el parto, cuidados en el post-parto, condición de salud y cuidados del bebé por ejemplo.

**II. Parte. Conocimientos de autocuidado en el embarazo.**

9. En este momento asistes a control prenatal?
10. Cada cuanto tiempo te toca asistir al control prenatal?
11. Te realizas en la fecha que te corresponde los exámenes de laboratorio indicados durante el control de su embarazo?
12. Qué tipo de ropa consideras debe usar la mujer durante el embarazo?
13. Qué tipo de calzado se debe usar cuando se está embarazada?
14. Conoces como examinar los pies y tobillos en busca de signos de inflamación durante el día? Realizas este cuidado actualmente? Cuantas veces lo haces por día?
15. Ahora me gustaría me digas, cuanto tiempo durante el día dedicas al descanso?
16. ¿Cuántas horas duerme usted diariamente?
17. Una mujer embarazada puede realizar ejercicio físico?
18. Cuáles ejercicios consideras se deben realizar durante su embarazo?
19. Durante el embarazo la mujer puede fumar?
20. Durante el embarazo la mujer puede tomar bebidas alcohólicas?
21. Durante el embarazo la mujer puede consumir medicamentos?
22. Qué tipo de alimentos conoces debe comer una mujer, durante el embarazo?
23. La mujer debe evitar algún alimento durante el embarazo?
24. Qué tipo de alimentos conoces debe comer una mujer después de tener a su bebé?



25. Conoces algún alimento que no se recomiende consumir en esta etapa?
26. Qué tipo de alimentos conoces debe comer una mujer mientras le da lactancia materna a su bebé?
27. La madre durante el periodo de lactancia materna debe evitar consumir algún alimento?
28. Cuál es la alimentación que se recomienda durante los primeros seis meses de vida del bebé?
29. Qué significa brindar leche materna exclusiva?
30. Cada cuánto tiempo es necesario brindar alimentación al bebé?
31. Me puedes mencionar algunas ventajas de la lactancia materna?
32. Qué opinas del cuidado que te brindan durante la consulta de prenatal?
33. Qué cuidado de la salud consideras debe tener en la casa una mujer embarazada al momento de iniciar contracciones uterinas?
34. Qué cuidado de la salud consideras debe tener una mujer en la casa después de tener al bebé y durante la lactancia materna?
35. Cuales son posibles signos de alerta emocionales a los que debes estar atenta y vigilar durante el post-parto?
36. Qué cuidado debe tener una mamá con su recién nacido?
37. Cómo se debe realizar el baño diario del bebé, la limpieza del muñón umbilical?
38. Qué cuidado debe tener una mamá con su hija/hija durante el primer año de vida??
39. Por qué es importante llevar al día el control de vacunas para el bebé?
40. Por qué es importante realizar la prueba del talón al bebé?
41. A los cuantos días del nacimiento se debe acudir con el bebé al centro de salud más cercano para la realización de la prueba del talón?

### **III. Parte: prácticas de autocuidado en el embarazo**

42. Qué acciones o actividades realizas actualmente (durante el embarazo) para mantener la higiene y el cuidado personal?
43. Me puedes decir cómo te cuidas? Cuantas veces al día realizas el baño diario? Te cepillas los dientes después de cada comida? y asistes a la consulta odontológica? Con regularidad realizas el lavado de manos?
44. Qué cuidado realizas en general con tu cuerpo?
45. Utilizas cremas o aceites especiales para proteger la piel y prevenir estrías?



46. Realizas algún cuidado especial con tus pechos y el pezón?
47. Utilizas remedios caseros para cuidar su piel y sus pechos durante su embarazo?
48. Con que tipo de zapatos te sientes más cómoda para caminar?
49. En este momento realizas algún tipo de ejercicio físico?
50. Cuanto tiempo dedicas al día o a la semana para ejercitarte?
51. Porqué te gusta realizar ejercicio? y qué te gusta realizar para ejercitarte?
52. Qué suele realizar usted en su tiempo libre? Cuantas veces a la semana realizas actividades recreativas? Qué tipo de actividad realizas y con qué objetivo?
53. En este momento qué tipo de actividades o prácticas realizas para estimular al bebé?
54. Después del nacimiento qué tipo de actividades de estimulación realizarías al bebé?

#### **IV. Parte: Percepciones de la atención en el control prenatal**

55. Qué te parecen las recomendaciones que se brindan a las mujeres en la consulta prenatal?
56. Cumples con estas recomendaciones que le da el personal de salud?
57. Por qué crees que es necesario tomar el ácido fólico y sulfato ferroso que te indican en el EBAIS?