



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Enfermería

**DUDAS Y TEMORES DE LAS MADRES PRIMIGESTAS EN SU
PROCESO DE EMBARAZO**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Presentan:

García Ferruzca Silvia

Mendoza Gómez Ana Laura

Román López Erika Elizabeth

Santiago de Querétaro, Qro. Enero de 2013.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Licenciatura en Enfermería

**DUDAS Y TEMORES DE LAS MADRES PRIMIGESTAS EN SU
PROCESO DE EMBARAZO**

TESIS

**Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Licenciado en
Enfermería**

Presenta:

**García Ferruzca Silvia
Mendoza Gómez Ana Laura
Román López Erika Elizabeth**

Dirigido por:

Lic. Enf. Oiris Yasmín Ramírez Fortanell.

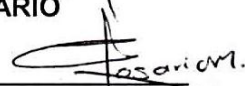
SINODALES:



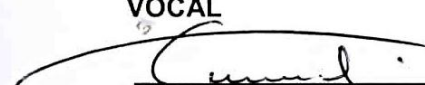
Lic. Enf. Oiris Yasmín Ramírez Fortanell.
PRESIDENTE



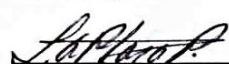
Dra. Ruth Magdalena Gallegos Torres
SECRETARIO




Dra. Luz del Rosario Muñoz Alonso
VOCAL



MCE. Ma. Guadalupe Perea Ortiz
SUPLENTE



Lic. Enf. Lizbeth Araceli Plaza Pedraza
SUPLENTE



M. en C. Gabriela Palomé Vega.
Directora de la Facultad de Enfermería.

**Centro Universitario.
Querétaro, Qro.
Enero 2013.
México.**

Resumen

El embarazo es una “secuencia de fenómenos que se inicia con la fecundación y continua con la implantación y el desarrollo embrionario y fetal, hasta terminar normalmente con el nacimiento” (Tortora, et al. 2004). El primer embarazo marca la vida de una mujer porque vive situaciones desconocidas y nuevas, y es una etapa donde se mezclan una serie cambios físicos, fisiológicos y psicológicos (Pinilla, 2010). El objetivo del estudio fue determinar las dudas y temores que presentan las madres primigestas durante su proceso de embarazo, derivadas de estos cambios y experiencias que van presentando en esta etapa. El diseño de la investigación fue cuantitativo, transversal, descriptivo. El instrumento utilizado lleva por nombre: “Dudas y Temores en el Embarazo”, fue validado con la Técnica Delphi participando Especialistas en Enfermería Materno Infantil y sometido a la confiabilidad del programa SPSS, obteniéndose un Alpha de Cronbach de 0.774. La población de estudio fue de 124 mujeres primigestas que acudían a su control prenatal en el Centro de Salud de La Cañada, El Marques, Querétaro. Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia de 100 primigestas, que asistieron a su plática prenatal en enero de 2012 para la aplicación del instrumento, de los cuales se eliminaron 10 por respuestas no contestadas o contestadas de manera incorrecta, quedando una muestra final de 90 mujeres. Los resultados son presentados con base a los aspectos sociodemograficos, psicológicos, fisiológicos, socioeconómicos y de atención prenatal. En base a los estadísticos descriptivos las dudas más frecuentes que presentan estas mujeres son los cuidados del bebé y todo lo relacionado con el embarazo, y los temores los más mencionados son el parto, las malformaciones y las discapacidades en el bebé. Los resultados permiten aceptar que la falta de preparación y madurez biológica aumenta las dudas y temores durante el proceso de embarazo, además de coincidir con Chamarrita (2008), quien en su estudio igualmente identifica temores y preocupaciones de este tipo.

Palabras clave: proceso, embarazo, primigestas, dudas, temores.

Dedicatorias

A NUESTRAS FAMILIAS a las que amamos
con todo nuestro corazón.

Agradecimientos

A NUESTRO PADRES quienes nos
bridaron su apoyo incondicional en cada paso
de nuestras vidas.

ÍNDICE

Resumen	1
Dedicatorias	2
Agradecimientos.....	3
ÍNDICE DE TABLAS	6
ÍNDICE DE GRAFICAS.....	7
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Planteamiento del problema	9
1.2. Importancia del estudio	10
1.3. Objetivos	11
1.3.1. General.....	11
1.3.2. Específicos	12
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	12
2.1. Embarazo.....	12
2.1.1. Cambios psicológicos	20
2.1.2. Cambios socioeconómicos	22
2.1.3. Atención prenatal	23
2.1.4. Supuestos de la investigación	26
2.2. Dudas y temores durante el embarazo.....	26
2.3. Estudios relacionados	28
III. METODOLOGÍA	34
3.1. Diseño del estudio	34
3.2. Universo y muestra	34
3.2.1. Criterios de inclusión.....	34
3.2.2. Criterios de exclusión.....	34
3.2.3. Criterios de eliminación.....	35
3.2.4 Operacionalización de variables ((Ver apéndice I)).....	35
3.3. Métodos e instrumentos de recolección de datos	35
3.7. Análisis estadístico	36
3.8. Ética de estudio.....	36
IV. RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN	51
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
VI. BIBLIOGRAFIA.....	57

VIII. APÉNDICE.....	61
8.1. Apéndice 1 Operacionalización de Variables	61
8.2. Apéndice 2 instrumento.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Distribución de frecuencia de temores y preocupaciones detectados...	27
TABLA 2. Edad.....	37
TABLA 3. Semanas de gestación.....	39
TABLA 4. ¿Cuál es su concepto del embarazo?	40
TABLA 5. ¿Qué sentimientos experimenta ante esta primera experiencia?	40
TABLA 6. ¿Cuáles son las principales dudas que ha tenido en su embarazo? ...	42
TABLA 7. ¿Qué es lo que le causa temor durante su embarazo?	44
TABLA 8. ¿Le disgustan o molestan los cambios que tiene en su aspecto físico? ¿Por qué?.....	45
TABLA 9. ¿El embarazo le ha impedido realizar actividades laborales, en el hogar u otras? ¿Por qué?.....	46

ÍNDICE DE GRAFICAS

GRÁFICA 1. Estado civil	38
GRÁFICA 2. Escolaridad.....	38
GRÁFICA 3. Ocupación	39
GRÁFICA 4. ¿Su embarazo fue planeado?	41
GRÁFICA 5. ¿Se considera capaz para afrontar el rol de la maternidad?	42
GRÁFICA 6. ¿Sabe cuáles son los cambios que se presentan durante el embarazo?	45
GRÁFICA 7. ¿Ha modificado su alimentación por el embarazo?.....	47
GRÁFICA 8. ¿Considera su alimentación actual adecuada para el embarazo? ...	47
GRÁFICA 9. ¿Considera que cuenta con los ingresos económicos necesarios para solventar esta etapa de su vida?.....	48
GRÁFICA 10. ¿Cuenta con el apoyo económico de su familia?	48
GRÁFICA 11. ¿Usted sabe que es el control prenatal?	49
GRÁFICA 12. ¿Considera que es adecuada la atención prenatal que recibe?.....	49
GRÁFICA 13. ¿Considera que las platicas prenatales, resuelven sus dudas y temores durante su proceso y/o estado actual?.....	50

I. INTRODUCCIÓN

“El embarazo (o gestación) es una secuencia de fenómenos que se inicia con la fecundación y continúa con la implantación y el desarrollo embrionario y fetal, hasta terminar normalmente con el nacimiento” (Tortora, *et al.* 2004) y es un proceso que la mayoría de las mujeres experimentan a lo largo de su vida, y que asegura la existencia humana y la evolución de la misma.

El primer embarazo, como cualquier primer experiencia, es importante e inolvidable y marca la vida de una mujer porque vive situaciones desconocidas y nuevas, ya que “es una etapa en la cual se mezclan una serie de cambios físicos, fisiológicos y psicológicos, que constituye una experiencia desconcertante por la gran cantidad de sentimientos y emociones que empiezan a experimentar” (Pinilla, 2010).

Sevon (2005) señaló que “el embarazo es un proceso dinámico, de gran permeabilidad y vulnerabilidad, de mayor sensibilidad a las interacciones, acompañado de inestabilidad emocional y sentimientos ambivalentes”, por lo que es normal que presenten dudas y temores, sin embargo no significa que no pueda disfrutarse; es por ello que las primigestas deben contar con información necesaria para manejar mejor la situación y hacerla placentera.

El personal de Enfermería es el más cercano y constante en la atención a la salud y también durante la atención prenatal, por ello debe contar, no sólo con la habilidad práctica en las intervenciones, sino con la sensibilidad humana (Waldow, 2008; Meza, 2009) para identificar estas dudas y temores para brindar una atención adecuada y de calidad, acorde a las necesidades de cada mujer (Colmenares *et al.*, 2010).

Es por ello que esta investigación tiene la finalidad de identificar las dudas y temores que presentan las madres primigestas sobre su proceso de embarazo, para proporcionar información a los profesionistas de la salud, y de forma especial al personal de Enfermería, de manera que pueda apoyar más y mejor a este sector de la población.

1.1. Planteamiento del problema

El embarazo es un cambio que se enfrenta frecuentemente con dificultades y ansiedades generadas, en su mayoría por la presencia de expectativas idealizadas que proceden del mito de la madre. Al iniciar el control prenatal, es muy frecuente que por esto en las madres primigestas surjan un sinnúmero de dudas y temores, sobre todo las asociadas a la etapa del embarazo y las asociadas a la etapa de la maternidad temprana como lo muestra en su estudio Chamarrita (2008), ya que el ser humano tiene temor al enfrentarse ante lo desconocido, y esto ocurre con frecuencia en esta población en específico (Colmenares et al, 2010).

El embarazo, el parto y la maternidad son una parte intrínseca de la experiencia de las mujeres, y estas experiencias necesitan ser vistas desde el contexto de la vida total y de las creencias dominantes que rodean al cuerpo femenino (Alarcón, 2005).

Las mujeres primigestas siempre han sido un grupo muy vulnerable y poco comprendido, ya que son “personas que presentan alguna alteración de una situación de "normalidad" biológica, referida a su ciclo de vida o a su condición social” (Nichita et al. 2008) por lo que su atención debe ser adecuada e individualizada.

Además, es imprescindible que se identifiquen sus necesidades, no olvidando que son seres bio-psico-sociales y que tienen la inquietud de conocer sobre los cambios que experimentan durante su embarazo, lo que podría ocurrirles durante y después de este periodo, no olvidando que el personal de Enfermería es el que mejor se ajusta para estos objetivos, ya que se ha demostrado que sus intervenciones son útiles para el control del temor. (Baily et al, 2004),

Por eso es importante que el personal de Enfermería tenga los conocimientos, capacidades y actitudes necesarias para brindar una atención de calidad y calidez a estas pacientes, ya que como refiere la Norma Oficial Mexicana sobre Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién

Nacido, la unidad de salud debe promover que la embarazada reciba como mínimo cinco consultas prenatales (INEGI, 2009).

También el INEGI (2009) refiere en sus estadísticas que el orden de alumbramiento de cada 100 nacimientos, 42 fue de mujeres que experimentaron su primer parto (42%). Aunque el índice de estas es menor, no se puede omitir que es una cifra considerable y sobresaliente, por lo que es importante que el personal de salud cuente con las herramientas necesarias para brindarles una atención integral, sobre todo cuando pasan por el proceso de gestación.

Por lo tanto el personal de Enfermería, en las consultas prenatales, podrá contribuir a que las dudas se vayan disipando y a la superación de los temores, basándose siempre con el Proceso de Atención de Enfermería (Pinilla, 2010).

Entonces, ¿Cuáles son las dudas y temores que presentan las madres primigestas en su proceso de embarazo?

1.2. Importancia del estudio

Mediante la investigación y elaboración del trabajo, se pretendió obtener y adquirir información que ayude tanto a los estudiantes como al personal de Enfermería en la atención de mujeres primigestas durante el desarrollo del proceso pre-natal.

Valdés y Morlasns (2005) refieren que esta etapa constituye un “periodo sensible” y que determina de manera considerable la relación afectiva en cuanto la autoestima y bienestar tanto de la madre como del producto.

Por ello es importante que el personal de Enfermería deba considerar y tener siempre presente que durante la atención a mujeres primigestas se englobaran un sinnúmero de cambios bio-psico-sociales y espirituales, que deberán de tomarse en consideración al momento de atender a estas mujeres.

Lo que más sobresale, de acuerdo a lo estudiado por Valdés y Morlasns, (2005) es que el personal de Enfermería tendrá que desarrollar y aplicar los conocimientos que ya se tienen en cuanto a la atención a este grupo de la población en específico, con ello se conseguirá ofrecer y brindar cuidados de Enfermería en forma integral al binomio, y a partir de ellos se mantendrá un

seguimiento y se podrán prevenir complicaciones y/o alteraciones en la salud de ambos.

La investigación surge, porque actualmente el trato se enfoca solamente en la esfera biológica y deja de lado las esferas psicológicas, sociales y espirituales. (Bonica, 1967).

En la actualidad las dudas y temores se han elevado en las madres primigestas, sobre todo debido a que las madres, en su mayoría, son demasiado jóvenes y por ende no tienen la madurez para desempeñar el rol de la maternidad, y mucho menos, tienen el conocimiento de los cambios que lleva consigo el embarazo. Se considera que este es un proceso de múltiples cambios a nivel mental, y más en mujeres adolescentes, ya que este genera miedos y fobias en el transcurso del mismo (Currid, 2004).

Por lo tanto, el trato del personal de salud hacia este grupo debe estar enfocado para logre brindar atención de calidad y calidez, y sobre todo incorpore lo teórico con la práctica, ya que de esta forma se podrán reforzar dichos concomimientos.

De los resultados que se obtuvieron en esta investigación, se espera sean de utilidad tanto para estudiantes y profesionales del área de Enfermería en la atención prenatal, especialmente a madres primigestas, logrando intervenir en su bienestar emocional, y con ello se despierte el interés sobre el tema abordado, ya que este no es considerado como parte sobresaliente durante el proceso prenatal.

1.3. Objetivos

1.3.1. General

- Determinar cuáles son las dudas y temores que manifiestan las madres primigestas sobre su proceso de embarazo.

1.3.2. Específicos

- Conocer si las madres primigestas están informadas u orientadas sobre su proceso de embarazo.
- Conocer si la atención u orientación prenatal que reciben disipa las dudas y temores de las madres primigestas.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Para llegar a comprender las dudas y temores de las madres primigestas, que puedan surgir durante su período de gestación, es importante conocer tanto la propia definición de la palabra, así como todo lo relacionado a ello. Es por eso que aquí se abordan los conceptos más importantes del tema.

2.1. Embarazo

Para abordar esta temática es considerable conocer qué se entiende por embarazo, por lo que Tortora (2006) lo define como “una secuencia de fenómenos que se inicia con la fecundación y continúa con la implantación y el desarrollo embrionario y fetal, hasta terminar normalmente con el nacimiento”.

Con respecto a la fecundación, Tresguerras *et al.* (2005) señalan que durante el coito se eyaculan 3.5 ml de semen, que contienen alrededor de 120 millones de espermatozoides. El proceso de fecundación inicia con el transporte de estos gametos masculinos que van desde la vagina hasta la porción distal de la trompa de Falopio, donde eventualmente tendrá lugar su unión al gameto femenino. La actividad muscular y ciliar del tracto femenino favorece el transporte. Ambas actividades están bajo control hormonal; las contracciones del útero y de las trompas de Falopio son estimuladas por las prostaglandinas del líquido seminal y por oxitocina liberada durante el orgasmo femenino. Los estrógenos favorecen una secreción vaginal alcalina y de baja densidad que favorece el tránsito de los espermatozoides a medida que sus niveles en plasma se elevan al aproximarse la ovulación. Los espermatozoides de los mamíferos madurados en el epidídimo y

eyaculados carecen de capacidad para fertilizar al óvulo. Estos sufren algunos cambios funcionales en el tracto femenino, lo cual se denomina “capacitación”.

El proceso de capacitación espermática implica la activación de la motilidad flagelar y de las enzimas acrosómicas necesarias para penetrar el ovocito. Por mecanismos, aún no bien definidos, los espermatozoides comienzan a agitar su flagelo en forma hiperactiva y constante y sufren cambios en la membrana y que permiten la fusión con el ovocito en el momento de la fertilización. Gracias a los movimientos flagelares activos, los espermatozoides pueden atravesar las dos capas que rodean al óvulo. Poco después de esta unión de las membranas del óvulo y el espermatozoide, las microvellosidades del óvulo envuelven la cabeza del espermatozoide. (Tresguerras *et al.* 2005).

El mismo autor menciona que tras la penetración de un solo espermatozoide en el óvulo la cabeza se agranda con rapidez y se forma el pronúcleo masculino y comienza la división celular que dará lugar al embrión.

Por su parte Dvorkinet *et al.* (2005) refieren que una semana después de la fecundación se produce la implantación del embrión en el endometrio, que sufrió una transformación decidual por acción de la progesterona. El embrión, en división celular activa, recorre la trompa de Falopio como consecuencia de los movimientos ciliares y de contracción muscular. Después de 3 o 4 días el embrión penetra en la cavidad uterina y un día después se transforma en un blastocito, con un antro lleno de líquido (blastocelo) y está listo para la implantación. Ésta comienza con la adhesión del blastocito al tejido uterino. Por lo general, el embrión se adhiere al revestimiento del fondo del útero. Tras la implantación se establece con rapidez la división entre componentes placentarios y estructuras fetales.

Referente a esto, Berek (2004) menciona que el organismo formado tras la fecundación atraviesa posteriormente por varias etapas. El cigoto, que es la primera célula del nuevo individuo, contiene la información genética específica resultante de la historia evolutiva de la especie humana y característica de cada individuo concreto. El desarrollo embrionario en la especie humana comprende tres fases: segmentación, gastrulación y organogénesis. La segmentación comienza al terminar la fecundación. En este período el cigoto pasa por rápidas

divisiones mitóticas comenzando a formar un organismo multicelular. Esta etapa de segmentación ocurre en el interior de las trompas uterinas y dura de 4 a 5 días, terminando con la formación de una esfera sólida de células llamada mórula. Entre el 6º y 7º día, la mórula sufre una remodelación, quedando un espacio interior rodeado por células, y a esta formación se le llama blastocito e inicia su implantación en el endometrio. Durante la 2ª semana comienzan a desarrollarse los anexos embrionarios (placenta, saco vitelino, etc.), dando lugar al período de gastrulación.

Es a finales de la 3ª semana en que los primeros órganos comienzan a formarse: el Sistema Nervioso Central y el aparato cardiovascular. Durante la 3ª y 8ª semanas ocurre el período de organogénesis, durante el cual el embrión va experimentando múltiples cambios en su apariencia externa e internamente va formando sus diferentes órganos (Arteaga *et al.* 2007).

Estos múltiples cambios que va ir desarrollando el embrión entran en la etapa que es llamada desarrollo fetal, la cual es el comienzo del tercer mes hasta el final de la vida intrauterina. Según Vargas (2006), es un fenómeno complejo de vital importancia para el desarrollo del ser humano. Durante el período de crecimiento, se producen cambios en el desarrollo fetal. Con base a esto a continuación se abordarán los principales cambios durante el desarrollo fetal.

Durante las semanas 11 a 14 del embarazo, de acuerdo a Cingolini *et al.* (2005) entre los principales cambios que se encuentran son:

- Los párpados se cierran y no se vuelven a abrir casi hasta la semana 28.
- La cara está bien formada.
- Las extremidades son largas y delgadas. Los genitales aparecen bien diferenciados.
- Los glóbulos rojos se producen en el hígado.
- El tamaño de la cabeza corresponde casi a la mitad del tamaño del bebé.
- El bebé puede empuñar los dedos.
- Aparecen los brotes dentarios para los dientes del bebé.

Este mismo autor nos refiere que de las semanas 15 a 18 del embarazo:

- La piel es casi transparente.

- Se desarrolla un bello fino en la cabeza, al cual se le denomina lanugo.
- El meconio se produce en el tracto intestinal.
- Se ha desarrollado más tejido muscular y óseo, y los huesos se vuelven más duros.
- El bebé comienza a hacer movimientos activos.
- El hígado y el páncreas producen secreciones líquidas.
- El bebé hace movimientos de succión con la boca.

En cuanto a las semanas 19 a 21 del embarazo Cingolini et al. (2005) nos menciona que los cambios son:

- El bebé puede oír.
- El bebé efectúa más movimientos.
- La madre puede sentir una agitación en la parte baja del abdomen.

Respecto a la semana 22 del embarazo, el autor antes citado nos dice que se pueden identificar los siguientes cambios:

- El lanugo cubre todo el cuerpo.
- Aparecen las cejas y las pestañas.
- Aparecen las uñas en pies y manos.
- El bebé está más activo y tiene mayor desarrollo muscular.
- La madre puede sentir al bebé moviéndose.
- Los latidos cardíacos fetales se pueden escuchar con un estetoscopio.

De las semanas 23 a 25 del embarazo, y basándonos aún en Cingolini et al. (2005) se menciona los siguientes cambios:

- La médula ósea comienza a producir células sanguíneas.
- Se desarrollan las vías respiratorias bajas de los pulmones del bebé, pero aún no producen agente tensioactivo (una sustancia que permite que los alvéolos se abran para el intercambio gaseoso).
- El bebé empieza a almacenar grasa.

Para la semana 26 del embarazo Cingolini et al. (2005) refiere que:

- Las cejas y las pestañas están bien formadas.
- Todas las partes del ojo están desarrolladas.

- El feto presenta el reflejo prensil y de sobresalto.
- Se comienzan a formar las huellas de la piel plantar y de la piel palmar.
- Se forman los alvéolos pulmonares.

En cuanto a las semanas 27 a 30 del embarazo, Cingolini et al. (2005) afirma que los cambios son:

- Se presenta desarrollo rápido del cerebro.
- El sistema nervioso está lo suficientemente desarrollado para controlar algunas funciones corporales.
- Los párpados se abren y se cierran.
- El sistema respiratorio, aunque inmaduro, se ha desarrollado al punto de permitir el intercambio gaseoso.

Durante las semanas 31 a 34 del embarazo, el autor antes señalado resalta que los cambios que se encuentran son:

- Presenta un aumento rápido en la cantidad de grasa corporal.
- Se presentan movimientos respiratorios rítmicos, pero los pulmones no están totalmente maduros.
- Los huesos están completamente desarrollados, pero aún son blandos y flexibles.
- El cuerpo del bebé comienza a almacenar hierro, calcio y fósforo.

Cingolini et al. (2005) siguen refiriendo que en cuanto a la semana 38 del embarazo los cambios presentes son los siguientes:

- El lanugo comienza a desaparecer.
- Se presenta un aumento en la grasa corporal.
 - Las uñas de las manos alcanzan las puntas de los dedos.

Y para concluir con la explicación del autor, se encuentra que los cambios durante las semanas 39 a 42 del embarazo:

- El lanugo desaparece excepto en la parte superior de los brazos y en los hombros.
- Las uñas de las manos se extienden más allá de las puntas de los dedos.
- Se presentan pequeñas yemas o brotes mamarios en ambos sexos.
- El cabello de la cabeza ahora es más grueso y áspero.

Así como el embrión pasa por diversos cambios, la madre también experimenta una serie de modificaciones. A esto refiere Lehto (2010), que el periodo que transcurre desde el momento de la concepción hasta el parto abarca aproximadamente 40 semanas. Durante este tiempo, el cuerpo de la madre experimenta una serie de cambios fisiológicos cuya magnitud y complejidad han impedido su comprensión plena. Muchos de estos caminos son regidos por hormonas femeninas, lo mismo que por otras se activan durante el embarazo. Los cambios fisiológicos son tan impresionantes que se considerarían patologías en la mujer embarazada; constituyen la reacción adaptativa del cuerpo a las necesidades crecientes del feto en cuanto a nutrición, eliminación de desechos, protección contra lesiones y espacios para crecer.

Es importante, en este seguimiento del embarazo, abordar cuáles son estos cambios que la mujer presenta durante este período, por lo que continuación se abordaran de acuerdo a sistemas.

Con respecto a los cambios cardiovasculares Letho (2010) menciona que el volumen de sangre aumenta en un 40% en los dos primeros trimestres. Esto se debe a un aumento en el volumen plasmático mediante el aumento de la aldosterona. La progesterona también puede interactuar con el receptor de aldosterona, lo que conduce a un aumento de los niveles. El número de células rojas de la sangre aumentan debido al aumento de los niveles de eritropoyetina. La elevación del diafragma por la presión del útero desplaza el corazón hacia la izquierda y hacia arriba. Disminuye la viscosidad de la sangre y se produce la torsión de los grandes vasos a causa del mayor volumen del útero. El volumen plasmático se incrementa en un 50% (600 a 1250ml), y alcanza su máximo entre las semanas 30 y 40. Disminuye la albumina plasmática total desde el valor no gestacional de 4,0 a 4,5 g/dl hasta el valor de la gestación de 3,0 a 3,5 g/dl.

También Letho (2010), refiere que en cuanto a los cambios del gasto cardiaco se encuentran el aumento del ritmo cardíaco y el corazón impulsa 5,0 a 5,5 litros/min en la no embarazada. Este volumen se incrementa de un 30 a un 50% hacia el final del primer trimestre. Se eleva el 10% más durante los dos últimos trimestres, cuando la mujer se encuentra de cubito lateral. Disminuye la

resistencia periférica total, la circulación útero placentaria es un sistema de baja resistencia que funciona como derivación arterio venosa y disminuye la resistencia vascular corporal total al salvar la circulación general. El útero comprime las venas pélvicas y la vena cava inferior. Se incrementa el flujo de sangre hacia la piel.

Por otra parte hay también cambios respiratorios de los cuales Letho (2010) comenta que al producirse estos cambios se mejora el intercambio de gases. Mucho antes de que venga la presión mecánica, las costillas más bajas se ensanchan para incrementar el espacio. El diafragma se eleva 4cm, y el diámetro transversal del tórax aumenta 2 cm. La disminución de la capacidad residual funcional se considera, por lo general, pasando de 1.7 a 1.35 litros, debido a la compresión del diafragma por el útero. Aumenta el volumen de 0.45 a 0.65 litros, con un aumento de la ventilación pulmonar. Esto es necesario para satisfacer las crecientes necesidades de oxígeno del cuerpo, que llega a 50ml/min- 20ml/min. Las cuerdas vocales se congestionan a causa del incremento de la circulación generado por la progesterona. La progesterona puede actuar en el centro con quimiorreceptores para restablecer el punto de ajuste a una menor presión parcial de dióxido de carbono. Esto mantiene una tasa de aumento de la respiración, incluso a un menor nivel de dióxido de carbono.

En lo que respecta a los cambios que se tienen en el sistema urinario Letho (2010); refiere que al crecer el útero comprime la vejiga contra la pelvis. El útero agrandado y en dextrorrotación comprime los uréteres a su paso por el estrecho pélvico, sobre todo en el lado derecho. Puede darse reflujo versículo-uretral. El flujo sanguíneo renal se incrementa hasta llegar el tercer trimestre.

Moore *et al.* (2007) comenta sobre los cambios que existen en el aparato digestivo; estos al aumentar el tamaño del útero, aplica una presión mayor al estómago e intestino. Se desplaza el estómago e intestino; el apéndice se desplaza hacia arriba ala derecha. La presión venosa se incrementa por debajo del útero agrandado. Disminuye el tono y la movilidad del tubo digestivo, Se incrementa la absorción del agua por el colon, por lo que puede presentarse esofagitis, reflujo, estreñimiento y nauseas

En cuanto a los cambios metabólicos, Moore *et al.* (2007) refiere que hay un aumento de las necesidades de nutrientes se da por el crecimiento fetal y el depósito de grasa. Los cambios son causados por hormonas esteroides, lactogen y cortisol. El embarazo tiene un profundo efecto sobre el metabolismo de los carbohidratos. La principal fuente de energética para el cerebro y la unidad feto - placentaria es la glucosa. Además el metabolismo de los lípidos hace que se acumulen reservas de grasa durante los periodos de crecimiento fetal y lactación. Es importante tomar en cuenta que el feto consume proteínas para crecer.

En lo que respecta a los cambios musculoesqueléticos Cabero *et al.* (2009) refiere, que la postura del cuerpo conforme avanza el embarazo se inclina la pelvis y la espalda para ayudar a mantener arcos de equilibrio. La mala postura se produce naturalmente en el estiramiento de los músculos abdominales de la mujer como el feto crece. Estos músculos son menos capaces de mantener el contrato y la parte inferior de la espalda en la alineación adecuada. La mujer embarazada tiene un patrón diferente de andar. El paso se alarga conforme avanza el embarazo, debido al aumento de peso y cambios en la postura. En promedio, una mujer de pie puede crecer a la mitad o más de tamaño durante el embarazo. La influencia del aumento de las hormonas como el estrógeno y la relaxina inician la remodelación de tejidos blandos, cartílagos y ligamentos. Determinadas articulaciones del esqueleto, como la sínfisis pubis sacroilíacas. Además, el aumento de peso del embarazo, la retención de líquidos, aumento de peso y se reducen los arcos del pie, además de añadir a los pies la longitud y anchura.

Y en los cambios cutáneos, Villalba (2008) refiere que línea negra (o línea oscura en el abdomen) se da por la pigmentación excesiva en la piel, a muchas mujeres les aparece una línea negra que va del ombligo a la zona púbica. Esta línea se desvanece después del parto. En lo que respecta a las uñas, pueden crecer más rápidamente o que se tornen quebradizas o blandas. En el tercer trimestre es posible que los párpados y la cara se hinchen, eso se debe al aumento de circulación de la sangre. A medida que crecen los senos y el abdomen, en la mayoría de las mujeres pueden aparecer estrías en la piel. Estas marcas pequeñas y deprimidas de piel con distinta textura pueden ser de color

rosa, rojizo parduzco o parduzco oscuro, dependiendo del color de la piel de la mujer. Las estrías se producen por pequeños desgarros del tejido que yace justo debajo de la piel y que ayuda a la piel a estirarse.

2.1.1. Cambios psicológicos

En los cambios psicológicos Bjelica (2004) refiere que el embarazo es un fenómeno complejo que incluye cambios psicológicos y sociales, la primera gestación en particular, es un poderoso evento psicológico que se asocia con cambios fundamentales en el funcionamiento mental.

También informó que cada uno de los pensamientos de la mujer sobre su embarazo, le genera miedos en el curso del mismo y su posible solución, lo que puede alcanzar el grado de fobias en la paciente. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho bio-psico-social muy importante, y la mujer reacciona de la misma forma en que lo hace en otras situaciones de la vida, adaptándose y desarrollando cierto grado de felicidad y aceptación o de rechazo o desagrado de acuerdo a factores como: personalidad, constitución, etcétera.

Si el embarazo fue planeado será fuente de agrado al enterarse de su condición y soportara las incomodidades, restricciones y cambios inherentes a él; a pesar de que la madre experimenta reacciones de ansiedad, temor o conflictos, estos son equilibrados con admiración de parte del marido, padres, parientes y amigos, por la confianza en el personal de salud y por el conocimiento del buen estado de salud.

Al respecto Hernández (2009) señala que la: “Enfermería tiene obligaciones elementales de atención con sus pacientes; de estas obligaciones no se espera que se trate al usuario como un familiar, lo que se espera es un fuerte apoyo emocional, aplicación de sus conocimientos para participar en el restablecimiento de la enfermedad y el apoyo en el mejoramiento de estilo de vida”.

Aunque se han abordado los cambios más importantes en cuanto a lo anatómico, fisiológico y psicológico; se deben de tomar en cuenta otros cambios

que surgen en la mujer durante el embarazo. De acuerdo con Collins (1968) entre estos encontramos:

- Resentimiento y rechazo: estas son las dos reacciones emocionales al embarazo que se presenta inicialmente, en forma habitual se desarrollan en cuanto la paciente se entera que está embarazada, sobre todo si el embarazo no fue planeado. Algunas justificaciones para rechazar el embarazo son: inseguridad, economía, condiciones habitacionales inadecuadas, interferencias con su vida social y profesional.
- Ambivalencia y sentimientos de culpa: estas son reacciones negativas están en conflicto con el instinto básico de reproducción de la mujer, provocando reacciones ambivalentes, cuando estos sentimientos suprimidos o reprimidos se acumulan, pueden ser la base de algunas formas depresivas.
- Aprensión, ansiedad y miedo: estas son experimentadas por una gran mayoría de pacientes durante el embarazo: existen dos temores que a menudo son unidos, el temor por sí misma y el temor por su hijo, el primero está relacionado con el estado de salud de la madre y a la posibilidad de complicaciones durante el parto; el segundo esta en relación con la salud del producto, temor del aborto, muerte intrauterina, deformidades y factor Rh negativo.
- Labilidad emocional: hay variaciones en el genio y hay mayor irritabilidad. Es determinante la personalidad previa de la embarazada. Es bien tolerado en una mujer equilibrada, independiente, madura.
- Desequilibrio entre el yo y el ello: entre la voluntad y lo intuitivo, este desequilibrio se manifiesta por fantasías. Lo más frecuente es que aflore el miedo.
- Cambios de la imagen del cuerpo: es necesario que la mujer embarazada acepte los cambios que ocurren en su cuerpo, que sepa que el aumento de peso y el cambio estructural son pasajeros. Lo común es que esto sea sobrellevado con naturalidad. Una mujer equilibrada nota los cambios, ve cómo éstos afectan su imagen, sin embargo, los acepta, aunque a veces

cueste un poco. Se pueden presentar problemas de no aceptación, cuando la mujer valora demasiado la figura y/o cuando basa su seguridad en ella.

2.1.2. Cambios socioeconómicos

La gestación es un proceso complejo, en el que se llevan a cabo cambios importantes en la mujer. En el entorno social cumple roles trascendentales en la paciente (Olivar, 2002).

Con respecto a las nuevas situaciones sociales que se producen en la embarazada, la familia, la pareja y en el círculo social, esta nueva etapa implica mayores exigencias económicas (Quesada *et al.* 2010).

- El 82.69% refiere verse privadas de las actividades personales.
- El 55.76% tuvo que formalizar su relación de pareja en ocasiones sin estar preparadas para ello.
- La deserción escolar que representó un 32.70%.

Sin embargo, la pobreza se identifica como una importante condición que contribuye directamente con el riesgo de enfermar y morir por causas bien identificadas. Así pues, se podría hablar de la pobreza, como algo multidimensional que se define en tres ejes (Novick, 2009):

- a) La pobreza material, aquella que hace referencia a la ausencia de bienes y servicios básicos.
- b) La pobreza intelectual, aquella que condiciona el desarrollo cultural, ideológico, de pensamiento y político de las personas.
- c) La pobreza social, es aquella que afecta la integración de un colectivo referencial con plenos derechos, la participación dentro de la sociedad, la identidad diferenciada y respetada dentro del colectivo de reinserción.

El analfabetismo, la mala salud, la desnutrición, los riesgos medioambientales y la falta de opciones contribuyen a perpetuar el ciclo de pobreza y mala salud; sin la salud, las posibilidades de que una persona escape de la pobreza quedan debilitadas por el tiempo, el trabajo y los riesgos perdidos y por la carga de los costos en la atención de salud (Novick, 2009).

Mata (2002) refiere que el personal de enfermería como miembro del equipo de salud tiene gran responsabilidad en la lucha contra la pobreza. La potencialización del papel económico de la mujer es un factor de importancia crítica para liberar a millones de personas que están atrapadas en el círculo de la pobreza y hambre. Proporcionando a la mujer acceso a las oportunidades económicas y educacionales, así como la autonomía necesaria para aprovechar esas oportunidades, se superaría un importante obstáculo que entorpece la erradicación de la pobreza.

2.1.3. Atención prenatal

El cuidado y/o atención prenatal es el cuidado que recibe la mujer mientras está embarazada. El periodo prenatal es un tiempo de preparación física y psicológica para el nacimiento y la maternidad. Convertirse en un progenitor representa una de las crisis de madurez de la vida adulta, y como tal es un tiempo de intenso aprendizaje para ambos padres y para sus allegados.

El periodo prenatal ofrece una oportunidad única a las enfermeras y a otros miembros del equipo de salud para que influyan sobre la salud familiar. “El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos, con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno vive experiencias de salud” Colliere (2003) citado por Juárez (2009).

El embarazo se divide en tres períodos de tres meses, o trimestres. El primer trimestre se extiende desde la primera semana hasta la 13, el segundo trimestre comprende desde la 14 hasta las 26 semanas y el tercer trimestre desde la 27 hasta el término, 38 a 40 semanas. Los cuidados prenatales se presentan durante cada trimestre incluyen diferentes aspectos de la atención (Romero *et al.* 2010). Dichos aspectos se explicaran como sigue:

➤ **Primer trimestre:**

Se brindará apoyo emocional y psicológico ya que muchas mujeres experimentan sentimientos ambivalentes sobre el embarazo, aun aquellas que hayan planificado su embarazo; esto no quiere decir que una mujer no tenga sensaciones positivas sobre su embarazo (alegría y regocijo) (Romero et. al. 2010).

En base a Puebla *et al.* (2009) refiere que la educación sanitaria sobre la dieta, en las visitas al terreno, se comprobará la ingestión de la misma como los requerimientos vitamínicos. Es importante que la paciente, asista a todos los complementarios así como el VIH y serología a su pareja. Los antianémicos orales, se administran alejados de las comidas para una mejor absorción, si la gestante presenta alteraciones gastrointestinales no se le suspenderá los antianémicos se le orientara ingerirlos unidos a las comidas.

Se deben erradicar los hábitos tóxicos. Se debe contemplar la Educación para la Salud, sobre alerta de signos de abortos (dolor, hemorragia, etc.), así como orientación del Programa de Maternidad y Paternidad Consciente.

En cuanto la sexualidad en el embarazo, que puede mantener su vida sexual habitual (siempre que no exista infección genital), sin temor a que se produzca algún daño fetal, debe evitarse cuando exista amenaza de aborto (Puebla *et al.* 2009).

➤ **Segundo trimestre:**

Referente al segundo trimestre del embarazo, Puebla et al. (2009) menciona que lo ideal es que para este momento se haya establecido una relación entre la mujer embarazada y la Enfermera, “esta es quien se encuentra en mayor contacto con el paciente a través de una comunicación efectiva y con las bases teóricas con las que cuenta para su práctica”, este autor, refiere que la atención prenatal es un elemento importante y esta debe de ser con calidad y calidez, y debe constar de:

- Entrevista (Examen físico).

- Signos de problemas potenciales (situaciones hemorrágicas, hipertensivas, infecciones, signos de dilatación prematura).
- Pruebas de laboratorio.
- Valoración fetal (Maniobras de Leopold, Frecuencia cardiaca fetal).
- Valoración de la altura uterina.
- Valoración de la edad gestacional.
- Postura y mecánica corporal.
- Actividad física.
- Descanso y relajación.
- Trabajo.
- Clases de educación para el parto.
- Plan para el nacimiento.

➤ **Tercer trimestre:**

Durante el tercer trimestre, se valoran las situaciones actuales de la familia y sus efectos sobre la madre, por ejemplo (Lowdermilk et al. 2005):

- ¿Qué ansiedades están experimentando ella o su familia con respecto al parto o al niño que esta por nacer?
- ¿Qué desea saber la madre sobre el control de las molestias durante el trabajo de parto?
- ¿Tiene la madre preguntas sobre el desarrollo fetal y los métodos para la valoración del bienestar fetal?
- Valoración materna (Examen físico).
- Pruebas de laboratorio.
- Valoración fetal (Maniobras de Leopold, Frecuencia cardiaca fetal).
- Brindar apoyo social.
- Brindar apoyo del sistema inmunológico.
- Enseñanza del autocuidado.
- Preparación para alimentar al recién nacido.

- Revisión de signos de alarma (situaciones hemorrágicas, hipertensivas, infecciones, signos de dilatación prematura).

2.1.4. Supuestos de la investigación

- La falta de preparación de las madres primigestas aumenta las dudas y temores durante su proceso de embarazo.
- La falta de madurez biológica aumenta las dudas y temores durante el proceso de embarazo.
- El contexto de cada mujer define las dudas y temores que presenten durante su proceso de embarazo.

2.2. Dudas y temores durante el embarazo

Son diversos y variados los sentimientos a los cuales se enfrentan los seres humanos en cada una de las etapas de su vida; sin embargo es importante poner atención a los sentimientos de forma específica que manifiestan las mujeres primigestas durante su proceso de embarazo.

De lo anterior, surge la necesidad de aclarar lo que es una duda y un temor para este grupo de mujeres:

- Una duda; se entiende como una interrogante que tiene una persona sobre una situación específica que le genera inseguridad.
- Mientras tanto un temor; es un intenso sentimiento desagradable ante la percepción de peligro, real o supuesto.

Por eso es importante que como parte de la atención integral de la mujer gestante, se tome en cuenta su condición por los cambios anatómicos, físicos, económicos, etcétera, que pudiesen presentarse en esta etapa de su vida, sin embargo también es necesario e importante tener en cuenta su estado emocional.

Es primordial, sobre todo porque es en este aspecto donde la mujer comienza a experimentar y sentir algunas dudas o temores en el embarazo. Aunque el embarazo generalmente es un periodo de expectativas positivas y felicidad, hay retos emocionales importantes (Maldonado, 2008).

Chamarrita (2008) realizó un estudio el cual se centro en la identificación de las preocupaciones y temores que surgen en el periodo del primer embarazo. Algunos de los temores que se identificaron fueron los siguientes (ver tabla 1):

TABLA 1: Distribución de frecuencia de temores y preocupaciones detectados.

CATEGORIA.	SUBCATEGORIA.	FRECUENCIA RESPECTO AL TOTAL.	FRECUENCIA INTRACATEGORIA.
Temores y preocupaciones asociadas a la etapa del embarazo.	Preocupación de perder al bebe.	9%	33%
	Preocupación frente a problemas del bebe por problemas en el embarazo.	6%	22%
	Preocupación frente a lo desconocido.	6%	22%
	Preocupación frente a problemas del bebe relacionadas a características de la madre.	3%	11%
	Preocupación de dañar la bebe.	3%	11%
	<i>FRECUENCIA CATEGORIA.</i>	27%	100%
Temores y preocupaciones asociadas al parto.	Preocupación frente al dolor de parto.	6%	35%
	Preocupación de no poder identificar el inicio del trabajo de parto.	3%	17%
	Preocupación por la reacción propia de otras personas.	3%	17%
	Preocupación por perder el control de la situación.	3%	17%

	Preocupación frente a lo desconocido del parto.	2%	12%
	<i>FRECUENCIA CATEGORIA.</i>	17%	100%
Temores y preocupaciones asociadas a la etapa de maternidad temprana.	Preocupación frente al rol de la maternidad.	29%	52%
	Preocupación frente a aspectos del bebe.	11%	20%
	Preocupación asociada a aspectos personales.	9%	16%
	Preocupación frente a aspectos relacionales.	4%	7%
	Preocupación frente a aspectos contextuales.	3%	5%
	<i>FRECUENCIA CATEGORIA.</i>	56%	100%

CHAMARRITA, F. Y MARÍA PÍA SANTELICES. 2008. STUDY OF CONCERNS RELATED TO PREGNANCY IN A GROUP OF FIRST TIME CHILEAN PREGNANT WOMEN. MAG. SUMMA PSYCHOLOGICA UST.5:13-20.

2.3. Estudios relacionados

- Bjelica (2004) realizó un estudio donde encontró que el embarazo, especialmente el primero de ellos, representa un evento psicológico poderoso. Este documento se ocupa del embarazo como un evento psicológico, teniendo en cuenta los cambios psicológicos en el curso del embarazo como un evento estresante. Los cambios psicológicos durante el embarazo siempre se asocian con cambios en el funcionamiento psicológico generalmente con ambivalencia, cambios de humor frecuentes, variando de ansiedad, fatiga, agotamiento, somnolencia, reacciones depresivas a emoción. Concluyó que el embarazo es un evento que involucra numerosos cambios somáticos y psicológicos. Sin embargo, el embarazo puede ser también un potente factor de estresante. Existencia de estrés materno prenatal puede llevar a complicaciones perinatales

diferentes que pueden tener consecuencias a largo plazo en el recién nacido.

- Bonica (1967) dijo que desafortunadamente aun hay médicos que consideran el embarazo y el parto como una función fisiológica, y no le dan la importancia a los aspectos psicológicos.
- Collíns (1968) mencionó que la mujer normal reacciona al embarazo en la misma forma en que lo hace en otras situaciones de la vida, adaptándose y desarrollando cierto grado de felicidad y aceptación o de rechazo y desagrado de acuerdo a factores como son: personalidad, constitución etc. Así mismo describe cada uno de estos factores.
- Colmenares y colaboradores (2010) investigaron las intervenciones de enfermería durante la clínica prenatal y tuvieron como objetivo determinar la relación que existe entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal y el conocimiento de la embarazada sobre los riesgos fisiológicos. Entre las conclusiones relevantes está que no existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal y el conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos; además, se plantea que no existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal en su función asistencial y el conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos; pero existe relación estadísticamente significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal en sus función docente y el conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos.
- En el año 2004, Currid describió el embarazo y el puerperio como una condición fisiológica que se acompaña de cambios emocionales, físicos y sociales en la madre, su pareja y el resto de la familia. Para muchas mujeres esta condición puede llevar a un estado de grave estrés psicosocial, mismo que puede incrementar el riesgo de la madre y su familia de padecer alguna crisis psicológica o enfermedad mental. Sugiere que además de los cambios fisiológicos y somáticos, el embarazo es un

fenómeno complejo que incluye cambios psicológicos y sociales. Consideran al embarazo en general y a la primera gestación en particular, como un poderoso evento psicológico que se asocia con cambios fundamentales en el funcionamiento mental.

- Pinilla, G. E., M. Cásares y C. Orozco (2010) señalan que en su investigación tuvo como objetivo determinar el gradiente dosis- respuesta de las intervenciones de enfermería para el control del temor en gestantes. Además definió la gestación es una etapa en la cual se mezclan una serie de cambios físicos, fisiológicos y psicológicos; que constituye en algunas mujeres una experiencia desconcertante por la gran cantidad de sentimientos y emociones que empiezan a experimentar. El hecho de enfrentar dichos cambios puede llegar a generar diversos niveles de estrés, temor y ansiedad debido a la necesidad inminente de adaptación a los mismos. Y obtuvo como conclusión que las intervenciones de enfermería son eficaces para el control del temor en gestantes y a mayor número de sesiones de intervención son mejores los resultados.
- Sevón, E. (2005) En su estudio presenta la historia de cuatro mujeres y explora las deseos y ambivalencias en las emociones, definió la gestación como una etapa en la cual se mezclan una serie de cambios físicos, fisiológicos y psicológicos; que constituye en algunas mujeres una experiencia desconcertante por la gran cantidad de sentimientos y emociones que empiezan a experimentar. El hecho de enfrentar dichos cambios puede llegar a generar diversos niveles de estrés, temor y ansiedad debido a la necesidad inminente de adaptación a los mismos. Menciona que es crucial para la elección de ser madre, el rol de la maternidad y con esta vienen implicadas narrativas sociales, culturales etc.
- Waldow, V. R. (2008) trata con el proceso de cuidados en la perspectiva de la vulnerabilidad, cuya condición conduce a la necesidad de atención. Además analiza este proceso, que se caracteriza por el encuentro entre el cuidador y el receptor de atención. El paciente hospitalizado es un ser extremadamente vulnerables, experimentando algo único. El cuidador juega

un papel muy importante en la reducción de esta situación y preservar su autonomía y dignidad.

- Maldonado, M., J.M. Saucedo y T. Lartigue (2008) Revisa los diversos fenómenos fisiológicos y emocionales que ocurren durante la etapa inicial, media y tardía del embarazo normal; haciendo énfasis en las necesidades nutricionales de la futura madre, así como en los cambios conductuales observables y su necesidad de contar con mayor apoyo emocional. Se analizan las reacciones comunes en la transición a la maternidad, incluyendo los conceptos de transparencia psicológica, mayor sensibilidad de los padres, temores y su interés en el resultado positivo de la gestación.
- Meza, M. A., V. F. Rodríguez y O. Gómez (2009) hablan del humanismo en enfermería y nos dice que en términos generales el humanismo se define como la actitud centrada en el interés de lo humano, en el pleno desarrollo y bienestar de lo que el hombre es, desde las perspectivas biológica, psicológica, social, cultural y espiritual. Y como conclusión tiene que la enfermera (o), debe de brindar un cuidado integral que debe permitir una visión global y transversal de las necesidades del ser humano, así como velar y responder a ellas.
- Juárez, P.A. (2009) refiere la importancia del cuidado de enfermería y nos dice que enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. El cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida.
- Olivar, B. A. (2002) estudio los Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo, así mismo dijo que “La gestación es un proceso complejo, en el que se llevan a cabo cambios importantes en la mujer, tanto

a nivel fisiológico como psicológico, en el cual el medio ambiente familiar y el entorno social cumplen roles trascendentales para la salud del binomio madre-hijo. Los eventos biológicos, que van desde cambios en el aspecto físico de la mujer, como son el progresivo aumento de peso y de volumen, alteración en la coloración de la piel y en las mucosas genitales, hiperflexibilidad de las articulaciones, hasta cambios fisiológicos mayores como son los ocurridos en el sistema cardiovascular, urinario, digestivo, respiratorio, de coagulación y órganos reproductivos. Las hormonas sexuales aumentan su producción y la mujer está en desbalance inmunológico, lo que la hace susceptible a agresiones a la salud, respecto de la mujer no grávida.”

- Mata, M .M. (2002) el artículo aborda una reflexión sobre las principales tendencias de la humanidad en el mundo globalizado. Se define y caracteriza la globalización y sus consecuencias sociales y ambientales, entre las cuales se destaca la inequidad y el descuido como importantes impactos en la sociedad planetaria. Se indican los principales efectos en la salud y las oportunidades que abre para ella la globalización. Se analiza el papel del cuidado en la existencia humana y su condición de objeto de estudio e intervención de la enfermería. Las tendencias del desarrollo de la enfermería en los últimos años son caracterizadas en un doble proceso de cambio. Se puntualizan las implicancias de la globalización para la transformación del cuidado de enfermería y se mencionan los nuevos desafíos para el futuro, proponiéndose a la enfermería como el arte, la ciencia, la filosofía, la ética y la política del cuidado humano.
- Quesada, M. M., M. Romero, M. Prieto, M. E. Y C. Rodríguez (2010) fundamentaron que el embarazo en la adolescencia es un problema a nivel mundial, se ha convertido en una seria preocupación por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las complicaciones que puede tener para la madre y el feto. Conclusiones: las embarazadas en su mayoría no tienen cubiertas sus necesidades básicas y asumen las relaciones sexuales precoces. Entre las situaciones sociales tuvieron mayor

influencia las nuevas exigencias económicas y la privación de las actividades profesionales y diarias.

- Hernández, E., A. M. Gutiérrez y T. Ramírez (2009) investigaron a cerca de la calidad en la el cuidado de la salud, y mencionan que la calidad es un valor, que no se percibe directamente por los sentidos, pero se estima a través del acto cotidiano que cada uno realiza; el valorar es una condición inevitable de la existencia humana. En este sentido, la Enfermería tiene obligaciones elementales de atención con sus pacientes. De estas obligaciones no se espera que se trate al usuario como un familiar, pero tampoco un mero trato correcto. Lo que se espera es un fuerte apoyo emocional, aplicación de sus conocimientos para coparticipar en el restablecimiento de la enfermedad y del apoyo en el mejoramiento de estilo de vida para el autocuidado de su salud.
- Novick G. Women's experience of prenatal care: an integrative review (2009) su estudio fue identificar, sintetizar y analizar críticamente la investigación publicada sobre experiencias de las mujeres del cuidado prenatal. Se realizó una búsqueda de bases de datos en línea y las citas pertinentes para la investigación publicados desde 1996 hasta 2007. Se revisaron los artículos de treinta y seis. Algunos bajos ingresos y las mujeres de minoría experimentan discriminación o las barreras de los estereotipos y externas a la atención médica. Investigación adicional se recomienda conocer experiencias de las mujeres y a desarrollar y aplicar enfoques basados en la evidencia, centrada en las mujeres. Los médicos deben investigar las necesidades de la mujer con respecto a y modificarlas atención y también promover cambios institucionales que reducen las barreras a la atención médica.
- Romero-Gutiérrez G, Dueñas-de la Rosa EM, Regalado-Cedillo CA, de León AL. Prevalence of maternal sadness and its associated factors (2010) estudiaron la frecuencia con que se producen cambios emocionales durante el embarazo y después del parto. Estos cambios pueden producir sentimientos de tristeza, ansiedad o temor. En la mayoría de las mujeres,

estos sentimientos llamados "maternidad blues" o "baby blues" desaparecerán rápidamente, si no desaparecen o empeoran, que son catalogados como depresión posparto.

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio

Este es un estudio cuantitativo ya que los datos se analizaron de forma numérica, exponiendo así en frecuencia y porcentaje las respuestas de los participantes. Es un estudio transversal porque mide la prevalencia de ciertas situaciones ante la exposición, y del efecto, en una muestra poblacional en un solo momento temporal es decir. Y es un estudio descriptivo ya que, como la palabra lo dice, describe y muestra cómo es el fenómeno estudiado.

3.2. Universo y muestra

El estudio se realizó en el Centro de Salud de La Cañada, El Marqués, Querétaro. El universo estuvo conformado por 124 madres primigestas que acudieron a su atención prenatal en esta institución constituido. La muestra fue no probabilística por conveniencia, quedando un tamaño de 90 sujetos de estudio, considerando a las primigestas que se registraron durante el mes de enero del 2012.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Las mujeres primigestas que acudieron a su atención prenatal en el Centro de Salud de La Cañada, El Marqués, Querétaro.
- Las madres primigestas que aceptaron participar en la investigación bajo consentimiento informado.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Aquellas madres primigestas que no se encuentren en el momento de la aplicación del cuestionario.

3.2.3 Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos o que no fueron llenados incorrectamente.

3.2.4 Operacionalización de variables (Ver apéndice I)

3.3 Métodos e instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado en el estudio lleva como nombre: “Dudas y Temores en el Embarazo”; el cual fue elaborado con preguntas que ayudaron a identificar las dudas y temores que presentan las madres primigestas durante su gestación. El instrumento fue validado por la Técnica Delphi, en la cual este se entregó a Especialistas en Enfermería Materno Infantil, analizaran su contenido y opinaran sobre las modificaciones que deberían hacerse para que fuera útil y adecuado para el fin del estudio.

Además este instrumento fue sometido a la confiabilidad del programa SPSS, versión 17.0, en donde se hizo un análisis de correlación bivariada (relación de dos variables) para identificar las preguntas con una mejor relación y que dan fiabilidad al instrumento, obteniéndose así un Alpha de Cronbach de 0.774..

En dicha validación no se tomaron en cuenta las preguntas abiertas, fueron excluidas, pues por su naturaleza ofrecen una gran diversidad de respuestas. Posteriormente se estudiaron y categorizaron las respuestas para un mejor análisis de las mismas.

Para el estudio se aplicó primeramente una prueba piloto en donde, donde después de analizar los resultados, y tomando en cuenta también la opinión de los expertos, se modificó la redacción de algunas preguntas para que fueran más fáciles de comprender, y algunas otras se eliminaron ya que no servían para la investigación

El instrumento fue auto aplicado, sin embargo participó de manera directa el investigador cuando a las madres primigestas se les dificultó responder por sí mismas el instrumento, debido a que no comprendían del todo la pregunta o no sabían cómo contestar. La recolección de datos se cubrió en un lapso de una

semana. Los datos fueron recolectados en un Centro de Salud de primer nivel de atención. El instrumento se contestó en un periodo de tiempo variado entre 20 a 30 minutos.

Se obtuvo autorización de la institución receptora para recolectar los datos y el consentimiento informado por parte de los sujetos de estudio.

3.4 Análisis estadístico

Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 17.0, posterior a la captura se realizó un análisis descriptivo de las entrevistas, y con ello se obtuvieron gráficas y tablas de la información obtenida de las encuestas obtenidas.

3.5 Ética de estudio

Para la presente investigación se consultó el Reglamento de la Ley General de Salud (1984) en su Título V, Capítulo único, en materia de Investigación para la Salud. En su Título Segundo, Capítulo I, Artículos 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22; Capítulo V, Artículo 57.

De acuerdo con el Título 2, Capítulo I, Artículo 13 que refiere que para el ser humano que sea sujeto de una investigación deben prevalecer criterios de respeto que aseguren su dignidad y amparen su bienestar.

Artículo 14 y Artículo 20 referentes a la autonomía en la colaboración que dice que se debe contar con el consentimiento informado por escrito para participar en una investigación y de consentimiento para la observación.

Artículo 16 mantenimiento de la privacidad del individuo. De ahí que la confidencialidad y el anonimato serán mantenidos durante todo el estudio, usando códigos numéricos o pseudónimos.

Artículo 17 menciona los riesgos o beneficios individuales o colectivos, obligando al investigador a garantizar la prevención de daños. La presente investigación fue planeada sin causar daños, puesto que las técnicas a emplear

(cuestionario factores culturales) no provocan cambios o modificaciones físicas, psicológicas y sociales en los estudiantes participantes.

Artículo 18 menciona que el sujeto tiene la libertad de retirarse del estudio en cualquier etapa de la investigación, por lo que se les mencionará a los participantes dicha libertad.

Artículos 21 y 22 determinan que para el consentimiento informado, los sujetos del estudio deben recibir una explicación clara y completa sobre los objetivos y propósitos de la investigación, y también de los procedimientos, técnicas que serán utilizadas, así como los riesgos y beneficios esperados, garantizando la aclaración de dudas durante el proceso de investigación.

IV. RESULTADOS

Se encuestaron a un total de 90 madres primigestas, y como se observa en la tabla 2 predominaron en edad de 15 a 17 años con un porcentaje del 31.08%, mientras la minoría fue de 30 a 36 años con un 4.44%.

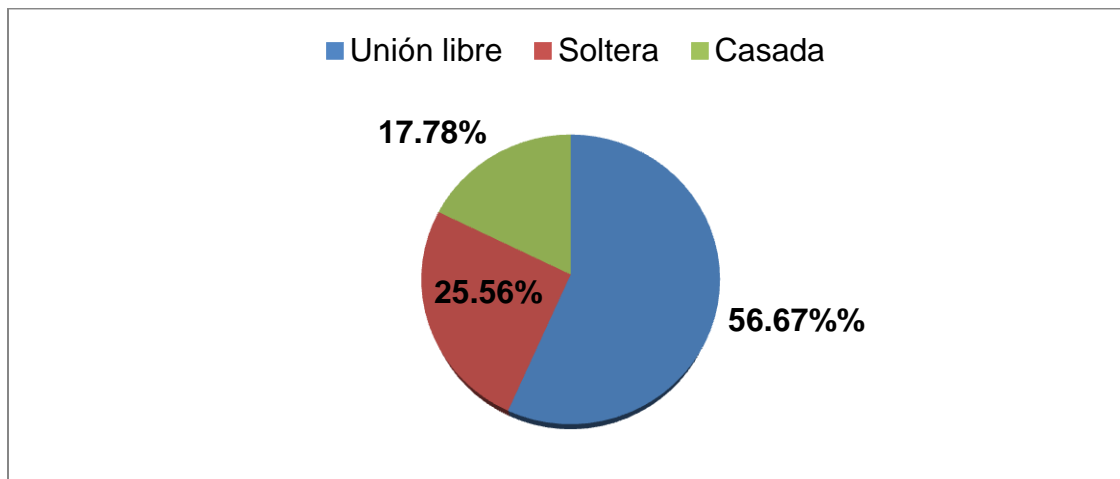
TABLA 2. Edad de las primigestas encuestadas

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 a 17	28	31.08
18 a 20	30	33.3
21 a 23	14	15.54
24 a 26	10	11.1
27 a 29	4	4.44
30 a 36	4	4.44
TOTAL	90	100

FUENTE: CUESTIONARIO "DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO" (2011)

GRÁFICA 1. Estado civil de las primigestas

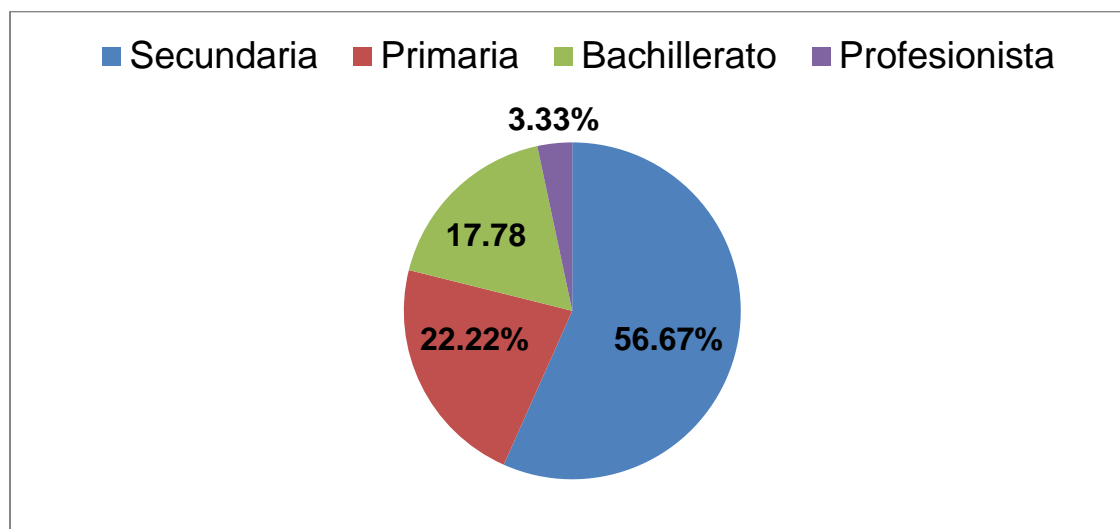
De las 90 madres primigestas el 56.67% viven en unión libre, mientras que sólo el 17.78% están casadas.



FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

GRÁFICA 2. Escolaridad de las primigestas

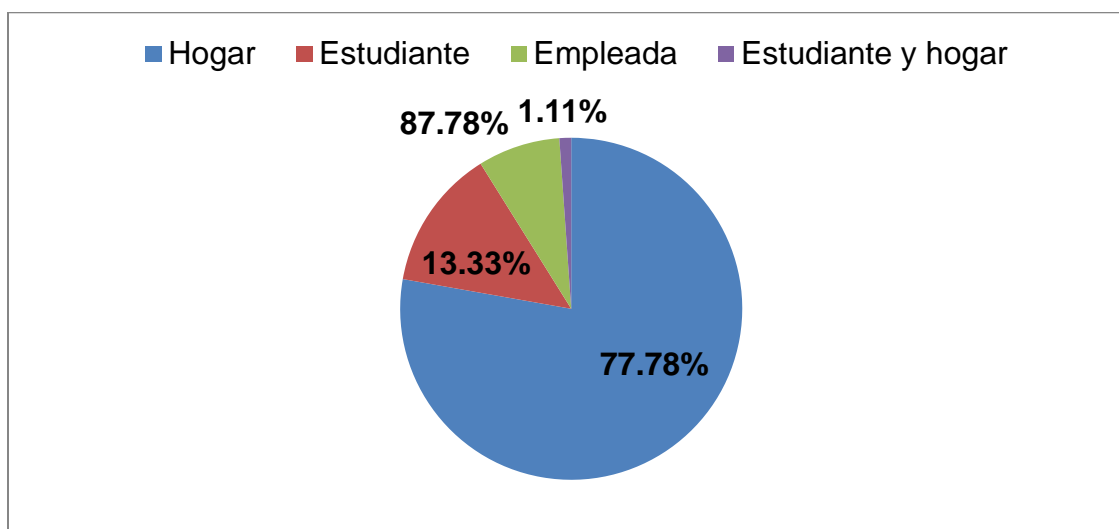
El 56.67% de las madres primigestas únicamente estudiaron hasta la secundaria, mientras que sólo el 3.33% terminaron la escuela superior.



FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

GRÁFICA 3. Ocupación de las primigestas

El 77.78% de las primigesta encuestadas mencionó que se dedican al hogar, mientras tanto sólo el 1.11% tiene la oportunidad de estudiar y atender el hogar.



FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

TABLA 3. Semanas de gestación en la que se encuentran las primigestas

El 33.33% de las madres primigestas está entre la semana 17 a la 24, mientras el 2.22% está en la semana 40 y pronto terminaran con este proceso del embarazo.

SEMANAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17 a 24	30	33.33
25 a 32	20	22.22
9 a 16	15	16.67
1 a 8	12	13.33
33 a 40	11	12.22
Más de 40	2	2.22
TOTAL	90	100

FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

TABLA 4. ¿Cuál es su concepto del embarazo?

El 28.88% de las madres primigestas dijeron que su concepto de embarazo era un proceso normal y natural en la mujer, mientras el 1.1% obtuvo respuestas como: dolor, etapa con temores y muchas dudas, responsabilidad y cambio total en la vida, preocupación por su corta edad, etapa bonita pero dolorosa, formar y alimentar a mi bebé mientras se va desarrollando, peligroso y difícil, proceso natural y una experiencia bonita, proceso importante para la mujer ya que no todas podemos ser madres, etapa de cuidados.

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Proceso normal y natural en la mujer	26	28.88
Algo bonito	21	23.32
Bendición de Dios	10	11.11
Etapa de cuidados y responsabilidad	10	11.11
Etapa bonita pero de muchos cuidados	5	5.55
No supo contestar	3	3.33
Riesgo y complicaciones	2	2.22
Etapa de cambios físicos y emocionales	2	2.22
Dolor	1	1.11
Etapa con temores y muchas dudas	1	1.11
Responsabilidad y cambio total en la vida	2	2.22
Preocupación por mi corta edad	1	1.11
Etapa bonita pero dolorosa	1	1.11
Formar y alimentar a mi bebé mientras se va desarrollando	1	1.11
Peligroso y difícil	1	1.11
Proceso natural y una experiencia bonita	1	1.11
Proceso importante para la mujer ya que no todas podemos ser madres	1	1.11
Etapa de cuidados	1	1.11
TOTAL	90	100

FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

TABLA 5. ¿Qué sentimientos experimenta ante esta primera experiencia?

El 31.9% de las personas encuestadas respondieron que era una experiencia de felicidad por el nuevo ser, y con un 1.1% hubo varias respuestas, entre ellas: Experiencia

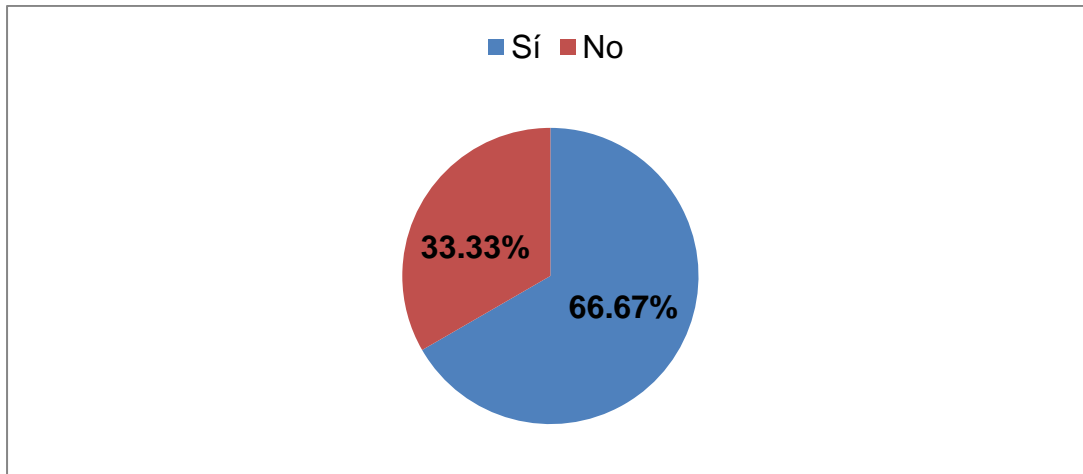
nueva, Felicidad y confusión, Raro por el aumento de peso, Felicidad y ganas de conocerlo, entre otras.

SENTIMIENTO	FRECUENCIA	POCENTAJE
Felicidad por este nuevo ser	29	31.9
Bonito y Bendición de Dios	14	15.0
Felicidad y miedo	10	11.11
Sentimientos encontrados	6	6.66
Experiencia inexplicable	4	4.44
Felicidad y preocupación	4	4.44
Miedo y preocupación porque soy muy chica	3	3.33
Felicidad y emoción	3	3.33
Felicidad y nervios	2	2.22
Bonito pero difícil	2	2.22
Felicidad y responsabilidad	2	2.22
Miedo / temor	2	2.22
Experiencia nueva	2	2.22
Felicidad y confusión	1	1.11
Raro por el aumento de peso	1	1.11
Felicidad y ganas de conocerlo	1	1.11
Felicidad y llanto	1	1.11
Maravilloso ya que por fin estoy embarazada	1	1.11
Miedo y angustia	1	1.11
Preocupación	1	1.11
TOTAL	90	100

FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

GRÁFICA 4. ¿Su embarazo fue planeado?

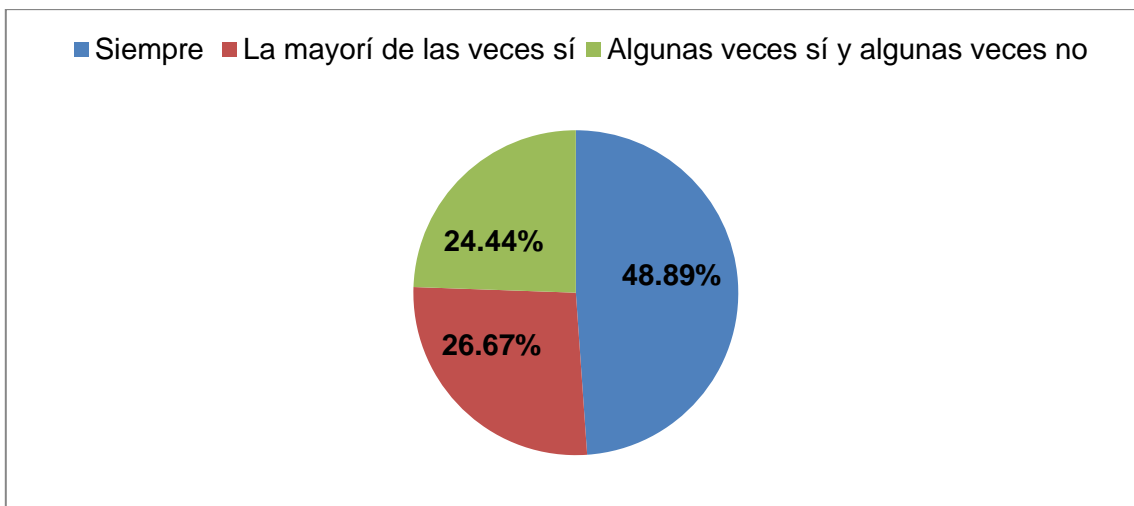
El 66.67 % de las encuestas respondió que su embarazo sí fue planeado, mientras que el restante 33.33% no planeó este embarazo.



FUENTE: DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

GRÁFICA 5. ¿Se considera capaz para afrontar el rol de la maternidad?

El 48.9% de las primigestas considera ser capaz para afrontar el rol de la maternidad, y el 24.44% considera algunas veces sí y algunas veces no estar preparada para este rol.



FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

TABLA 6. ¿Cuáles son las principales dudas que ha tenido en su embarazo?

La principal duda que tienen las primigestas con un 17.05% es respecto a los cuidados del bebe, mientras que el 1.14% tienen diferentes dudas como lo son: Qué hacer si se adelanta el parto o hay sangrado, Si seré una buena madre, Complicaciones

durante el parto, Cuidados del bebé si no nace sano, Sexo del bebé, Que pueda abortar, Relaciones durante el embarazo, Sentimientos durante el embarazo, Como será el bebé, Molestias, ascos y dolores de cabeza, Los cambios de ánimo entre otros.

DUDAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cuidados del bebé	15	17.05
Todo el proceso del embarazo	10	11.36
Desarrollo del bebé	8	9.09
Si el bebé está bien	8	9.09
Cómo es el parto	5	5.68
Cuidados en el embarazo	4	4.55
Deformaciones o discapacidades del bebé	4	4.55
Alimentación durante el embarazo	3	3.41
Cómo es el dolor	3	3.41
Enfermedades en el embarazo y cómo atenderlas	3	3.41
Si será parto normal o cesárea	3	3.41
Si seré una buena madre	3	3.41
Todas	3	3.41
Cómo voy a mantener a mi bebé	2	2.27
Complicaciones en el parto	2	2.27
Qué hacer si se adelanta el parto o hay sangrado	1	1.14
Cuidados del bebé si no nace sano	1	1.14
Sexo del bebé	1	1.14
Que pueda abortar	1	1.14
Relaciones durante el embarazo	1	1.14
Sentimientos durante el embarazo	1	1.14
Como será el bebé	1	1.14
Molestias, ascos y dolores de cabeza	1	1.14
Los cambios de animo	1	1.14
La reacción de mi pareja y familia al saber la noticia	1	1.14
Cómo educar a mi bebé	1	1.14
Si seguiré estudiando	1	1.14
TOTAL	88	100

FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

TABLA 7. ¿Qué es lo que le causa temor durante su embarazo?

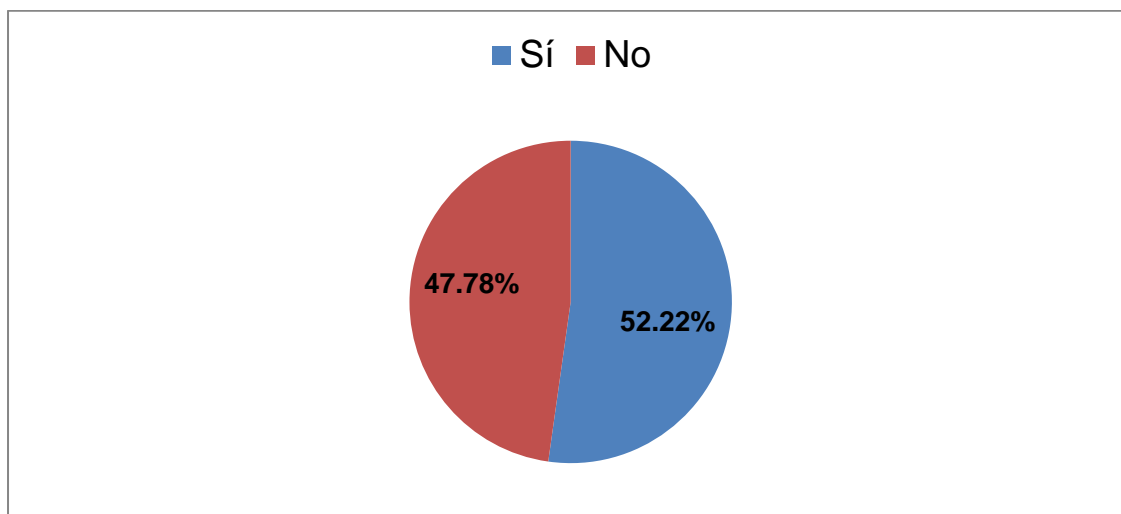
El 24.11% de las madres primigestas le teme al parto, mientras que el 0.89% tiene en sus temores varias respuestas como son: le teme a darse un golpe, que no sean atendidas pronto en el hospital, qué se enrede el cordón umbilical del bebe, maltrato del personal, entrar a quirófano, no tener los cuidados adecuados, dolor de cabeza y ascos, si van a poder mantener a su bebe. En esta tabla el total de temores es de 112 ya que algunas personas encuestadas mencionaron más de un temor durante su embarazo.

TEMORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
El parto	27	24.11
Malformaciones/discapacidades del bebé	17	15.18
Perder a mi bebé	13	11.61
Que nazca enfermo el bebé	12	10.71
Complicaciones en el parto	8	7.14
El dolor	5	4.46
Enfermedades en el embarazo y cómo atenderlas	4	3.57
Que sea cesárea	4	3.57
No saber cuidar al bebé	3	2.68
Que sea embarazo de alto riesgo	2	1.79
Que mi familia no me apoye	2	1.79
Complicaciones en el embarazo	2	1.79
Que se adelante el parto / bebé prematuro	2	1.79
Que le pase algo a mi bebé	2	1.79
Mal trato del personal	2	1.79
Que me dé un golpe	1	0.89
Que no me atiendan pronto en el hospital	1	0.89
Que se enrede el cordón en el bebé	1	0.89
Entrar al quirófano	1	0.89
No tener los cuidados adecuados	1	0.89
Dolor de cabeza y ascos	1	0.89
Si voy a poder mantener al bebé	1	0.89
TOTAL	112	100

FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

GRÁFICA 6. ¿Sabe cuáles son los cambios que se presentan durante el embarazo?

El 52.22% de las encuestadas menciono saber cuáles son los cambios durante el embarazo, mientras que el 47.78 no sabe cuáles son.



FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

TABLA 8. ¿Le disgustan o molestan los cambios que tiene en su aspecto físico? ¿Por qué?

El 82.22% de las primigestas no les molestan los cambios que tiene su aspecto físico, ya que consideran es algo normal, mientras que el 1.11% menciona que si le molesta y tiene diversos motivos como son: no puedo moverme como antes, por todos los cambios físicos, no puedo usar mi ropa de siempre, estoy más sensible, por los comentarios de la gente, me veo mal.

MOTIVO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	Porque es algo normal	74	82.22
Sí	Aumento de peso	6	6.67
	Me veo gorda	2	2.22
	Estoy hinchada	2	2.22
	No puedo moverme como antes	1	1.11
	Por todos los cambios físicos	1	1.11
	No puedo usar mi ropa de siempre	1	1.11
	Estoy más sensible	1	1.11

Por los comentarios de la gente	1	1.11
Me veo mal	1	1.11
TOTAL	90	100

FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

TABLA 9. ¿El embarazo le ha impedido realizar actividades laborales, en el hogar u otras? ¿Por qué?

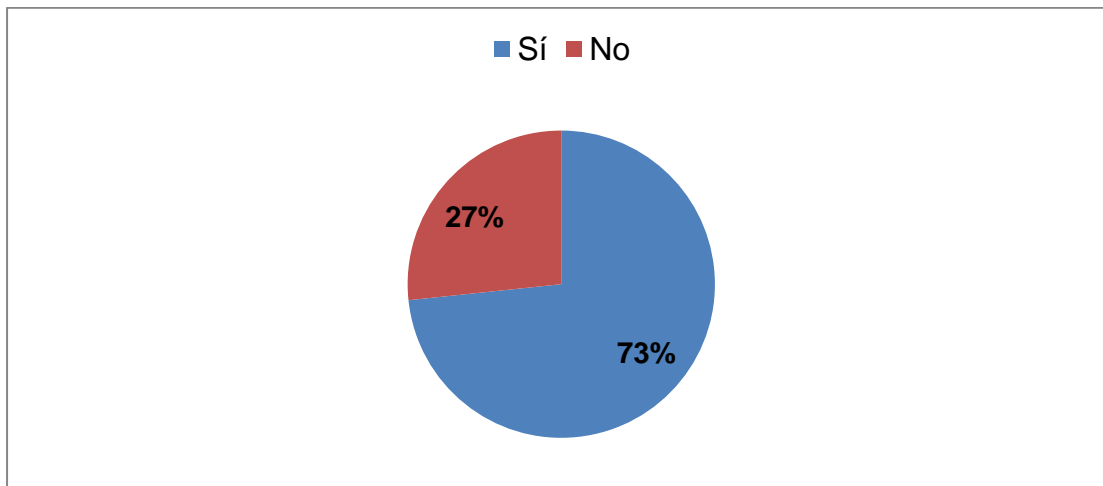
El 43.33% de las encuestadas menciono que el embarazo no les ha impedido realizar sus actividades de laborales u otras ya que no tienen ninguna complicación para realizarlas, el 1.11% si ha tenido complicaciones y los motivos son: No puedo hacer deportes, Tuve amenaza de aborto, No puedo hacer el aseo en mi casa, Por el aumento de peso, Por los síntomas, Por las varices, Porque no puedo tener relaciones, No puedo convivir con mis amigos.

MOTIVO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	Hago mis actividades diarias y no tengo complicaciones	39	43.33
Sí	No puedo hacer esfuerzos	23	25.56
	Embarazo de alto riesgo	7	7.78
	No puedo ir a la escuela	5	5.56
	No puedo hacer muchas actividades	3	3.33
	No puedo seguir trabajando	3	3.33
	Porque me canso muy rápido	2	2.22
	No puedo hacer deportes	1	1.11
	Tuve amenaza de aborto	1	1.11
	No puedo hacer el aseo en mi casa	1	1.11
	Por el aumento de peso	1	1.11
	Por los síntomas	1	1.11
	Por las varices	1	1.11
	Porque no puedo tener relaciones	1	1.11
	No puedo convivir con mis amigos	1	1.11
TOTAL	90	100	

FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

GRÁFICA 7. ¿Ha modificado su alimentación por el embarazo?

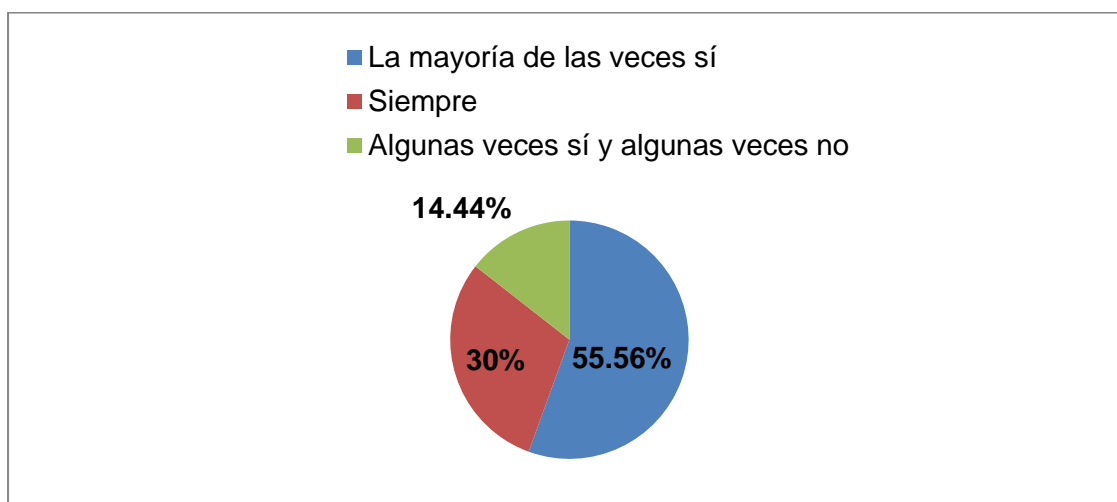
El 73% de las madres primigestas mencionaron cambiar su alimentación debido al embarazo, mientras que el restante 27% no cambio su alimentación.



FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

GRÁFICA 8. ¿Considera su alimentación actual adecuada para el embarazo?

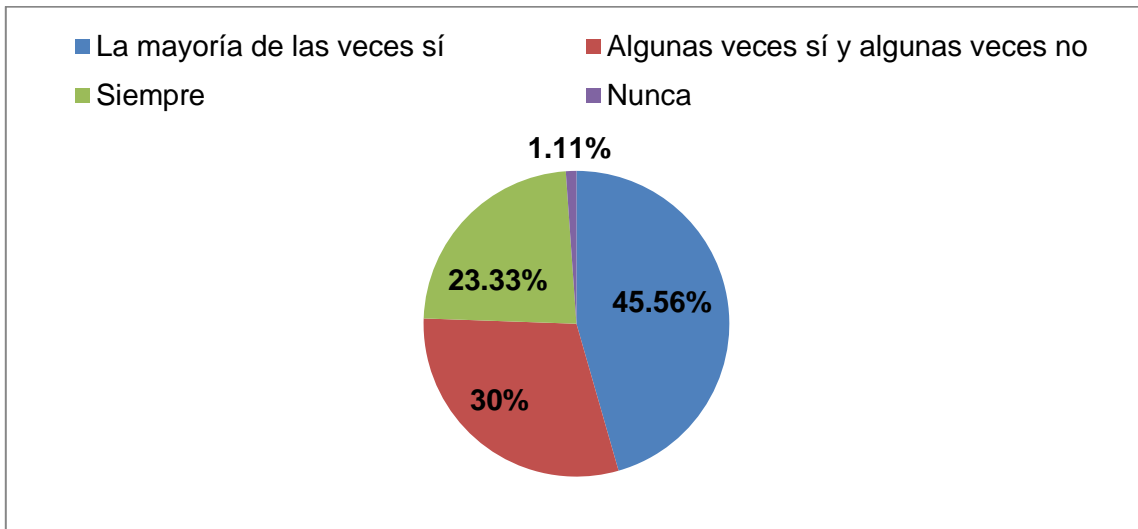
El 55.56 % de las madres primigestas considera que la alimentación que lleva, la mayoría de veces si es adecuada para el embarazo, mientras que el 14.44% considera ser algunas veces sí y algunas veces no ser la adecuada.



FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

GRÁFICA 9. ¿Considera que cuenta con los ingresos económicos necesarios para solventar esta etapa de su vida?

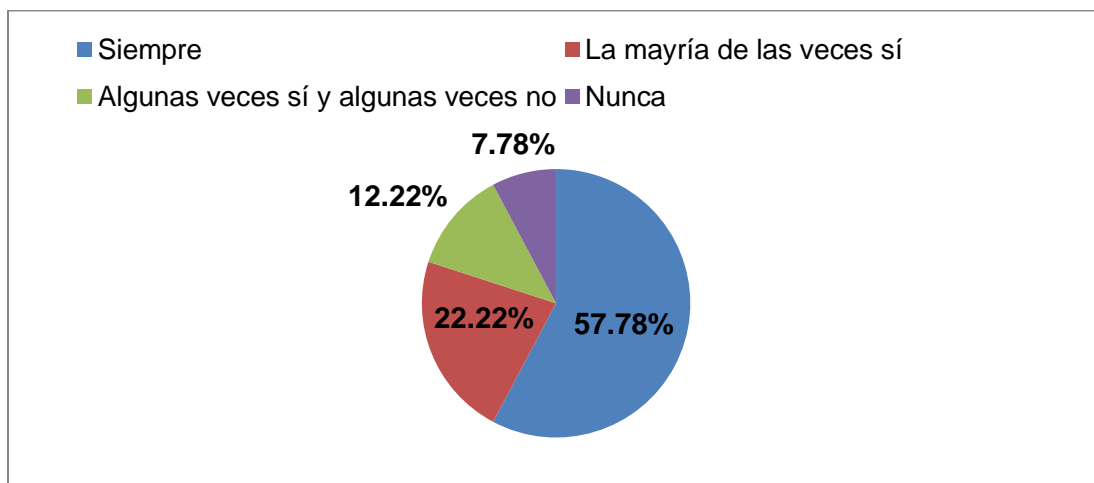
El 45.56% de las encuestadas considera que la mayoría de las veces si cuenta con los ingresos económicos para solventar esta etapa de su vida, mientras que el 1.11% considera nunca tener estos ingresos.



FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

GRÁFICA 10. ¿Cuenta con el apoyo económico de su familia?

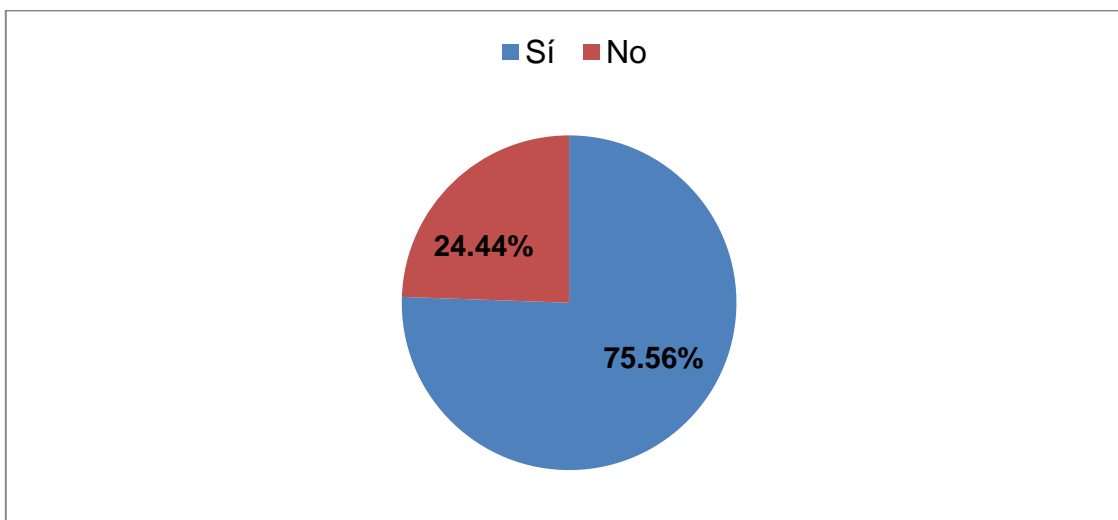
El 57.78% de las madres primigestas siempre cuentan con el apoyo económico de su familia, mientras el 7.78% no.



FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

GRÁFICA 11. ¿Usted sabe que es el control prenatal?

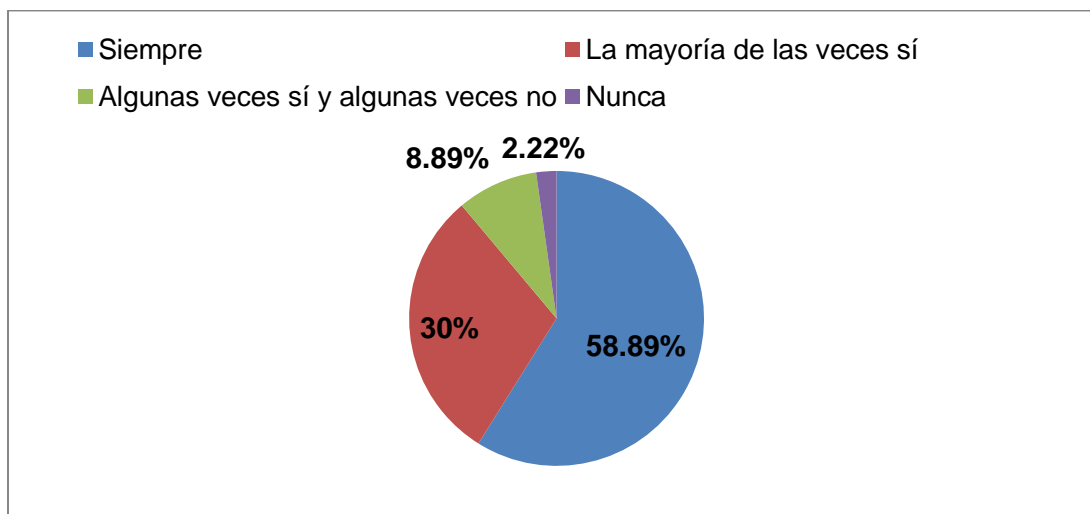
El 75.56% de las madres primigestas si saben que es el control prenatal, mientras que el 24.44% no sabe.



FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

GRÁFICA 12. ¿Considera que es adecuada la atención prenatal que recibe?

El 58.89% de las madres primigestas consideran que siempre es adecuada la atención prenatal que reciben, mientras que el 2.22% consideran que nunca es adecuada su atención prenatal.



FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

GRÁFICA 13. ¿Considera que las platicas prenatales, resuelven sus dudas y temores durante su proceso y/o estado actual?

El 52.22% de las madres primigestas consideran que las platicas prenatales siempre resuelven sus dudas y temores, mientras que el 3.33% considera que nunca responden sus dudas y temores durante su proceso de embarazo.



FUENTE: CUESTIONARIO DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO (2011)

DISCUSIÓN

El embarazo es importante en la vida de la mayoría de las mujeres porque es un periodo dinámico, de gran permeabilidad y vulnerabilidad, de mayor sensibilidad a las interacciones, acompañado de inestabilidad emocional y sentimientos ambivalentes (Sevon, 2005). Además estos sentimientos y emociones se definen además por la situación personal de cada mujer.

En canto a la escolaridad de las primigestas encuestadas predominó el nivel secundaria, y es que hoy en día aumenta el embarazo en las mujeres adolescentes (como pudo observarse en la tabla 2) y por lo tanto éstas dejan a un lado las actividades propias de la edad abandonando sus estudios e impidiendo su crecimiento profesional, dedicándose ahora sólo al hogar. Y en relación a esto podemos destacar que la mayoría de las encuestadas se vieron en la necesidad de mantener una relación en unión libre para así tener el apoyo del futuro padre.

Se observa también cómo su manera de pensar y de ver la vida es distinta y que además refleja su bajo nivel cultural, ya que al preguntar sobre el concepto que tienen del embarazo están basados sólo en sentimientos y experiencias empíricas de la vida, pues los asocian a sentimientos propios y se alejan demasiado de un concepto sólido o científico, como nos señala Tortora, et al (2004).

Al igual que este concepto, en la mayoría de las encuestas afirman estar preparadas para asumir el rol de la maternidad, sin embargo al revisar la lista de las dudas y temores que tienen sobre el embarazo se plasma que en definitiva no es así, y mucho menos seguras para asumir y sobre todo enfrentarse a nuevo rol en su vida.

También se debe de pensar en el contexto sociocultural de la población encuestada, porque tal vez el rol de maternidad para ellas está ligado (como anteriormente el concepto del embarazo) a situaciones emocionales o propias de la sociedad que las rodea y también a la influencia que tienen estas en su contexto y sobre todo a nivel familiar.

En la investigación se identifican las dudas y temores de las madres primigestas durante el proceso de embarazo y con ello se obtiene dar y/o proporcionar una mejor atención y cuidado enfermero a las primigestas y despejar y/o aclarar los puntos importantes que se trabajaron durante toda la investigación.

Por lo anterior, el personal de Enfermería en su hacer diario, y sobre todo en la realización de cada una de sus intervenciones y actividades, debe tener siempre un fundamento que las avale y que muestren la asertividad como buenos profesionales.

Para llevar a cabo lo anterior, el profesional de Enfermería cuenta con el Proceso de Atención de Enfermería (PCE), este debe de ser flexible y se adapte a las necesidades de cada uno de las pacientes a los cuales se les este proporcionando los cuidados Enfermería, en este observa al individuo como un ser bio-psico-social. Así pues en tema de la atención prenatal las y los Enfermeros debemos tener mayor percepción con las necesidades de las mujeres, ya que como mencionan Valdés y Morlans (2005), y Sevón (2005), ya el embarazo es un período “sensible”, por lo que la esfera emocional juega un papel importante en esta experiencia de las mujeres; y de ello que se vea a la paciente como un ser holístico, y siempre teniendo en cuenta que la atención se que proporcione será al binomio, y siempre tomando en cuenta la calidad y calidez al momento de la atención; y para que de esta forma se pueda tener la confianza y sobre todo fomentar el respeto de ambas partes y obtener como resultado el desempeño óptimo y profesional al momento de la atención prenatal.

Además no se debe de olvidar que durante esta etapa de gestación, tal como menciona Pinilla Gómez (2010), está llena de múltiples cambios y un sinfín de experiencias nuevas y desconocidas que estará viviendo día a día la mujer; por lo que debemos sensibilizarnos en la atención a las embarazadas, y de forma primordial a las primigestas, ya tener siempre presente que el personal de Enfermería, es siempre el que tiene mayor contacto y sin mencionar que es el más cercano y el que siempre estará durante la atención prenatal; por ello que surge la necesidad de que desde el primer contacto con la paciente, se desarrollen estrategias que le den confianza y seguridad, y con ello y sobre todo con el paso

del tiempo, tenga la oportunidad de ir aclarando y disipando sus principales dudas, y a la par terminando con los temores que pudiese tener, lo anterior se lograra en base a información que se le proporcione por parte de los profesionales de la salud, pero más que nada de Enfermería.

Sin embargo Bjelica (2004) refiere la importancia que se debe de tomar en la esfera emocional de la paciente; ya que el embarazo por muestra un gran cambio psicológico, sin embargo como profesionales de la salud, más que poder darle importancia o reconocer estos cambios debemos esforzarnos por comprenderlos, de esta forma se podrá mostrar una mejor empatía y brindar una mejor atención. Y se debe de tomar en cuenta que el personal de Enfermería debe dejar de ver el embarazo como una función psicológica como decía Bonica (1967) y verlo como un todo.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta investigación es de vital importancia, no sólo para Enfermería, sino para todo el personal de salud, ya que de esta forma se pueden identificar de manera más fácil y clara las principales dudas y temores a las cuales se enfrentan las madres primigestas, con el fin de comprender su percepción de este proceso que están viviendo y con ello se ayudara a mejorar la atención prenatal y siempre tratando de dar un servicio de calidad.

Así mismo se puede sugerir y concluir que se deben de mejorar los programas de atención prenatal, pero a la vez se debe de concientizar a las futuras madres sobre los principales cuidados antes, durante y después de dicho proceso, pero siempre abarcando el cuidado a nivel binomio ya que al darles a conocer la importancia de las consultas prenatales, y sobre todo su utilidad, se les despertará el interés por investigar y/o indagar mayor información y con ello se logrará que se disuelvan y/o manifiesten sus dudas y temores, por ello que se debe de contar con personal de salud en constante capacitación para que con ello se pueda atender a este sector de la población, y por supuesto estén mejor

capacitadas para realizar un cuidado de forma optima y acertada para el autocuidado y sobre todo para el cuidado del bebé.

Sin embargo es importante que se tenga una mayor atención en la población de riesgo, que es el caso de los adolescentes, y se debe de considerar que los programas no deben de enfocarse solamente a mujeres adultas y multíparas, si no que se debe de tener especial atención a que los programas deben de ser flexibles y ajustables a las necesidades de las pacientes, en este caso a mujeres adolescentes, y sobre todo a las cuales estén viviendo su primera experiencia en lo que respecta al embarazo, y a partir de ello encaminarlas a la difusión de la educación sexual. De esta manera se puede hacer partícipes a los padres de familia para que ayuden a romper los “tabús” que existen en la sociedad a la cual pertenece la paciente y sobre todo crear la conciencia de la planificación familiar, debido a la que edad de las mujeres primigestas cada día es menos, lo que nos indica y sobre todo preocupa, que las diversas acciones de los programas de salud no están teniendo el impacto necesario dentro de la sociedad, y es por ello que se necesita tener una mayor difusión de la información, y sobre todo el crear la conciencia entre los adolescentes de cuidarse en cuanto a su sexualidad, ya que no están preparados para enfrentarse a un nuevo rol en su vida y menos en la adolescencia.

Un objetivo que deben de abordar los programas de salud de manera prioritaria es la prevención de embarazos en adolescentes, y así se evitaría que estos jóvenes abandonen sus estudios y con esto renuncien a una vida profesional, y a la par el de vivir una adolescencia plena y sin preocupaciones que no les corresponden a su edad, por ello la importancia de los programas de planificación familiar.

El profesional de Enfermería es y será una pieza clave para el desarrollo y aplicación de un programa exitoso, pero sobre todo que impacte dentro de la población y siempre mediante la prevención y promoción de dicha información, y a partir de ello fomentar la cultura del autocuidado y con ello aportar un poco de nuestro conocimiento a la sociedad y así contribuir a la prevención de embarazos no deseados y no planificados dentro de los adolescentes.

De lo anterior se puede concluir y afirmar que los supuestos propuestos en esta investigación determinan las principales dudas y temores de este grupo y que estos estarán determinados por el contexto en el cual se desenvuelven, así como también la edad y la falta de preparación educativa, son otros de los factores que aumenta las dudas y temores de las madres primigestas durante su proceso de embarazo.

Durante el desarrollo de la investigación también se logró identificar las dudas y temores de las madres primigestas durante el proceso de embarazo, con ello se obtendrá dar y/o proporcionar una mejor atención y cuidado enfermero a las primigestas, y con ello despejar y aclarar los puntos importantes que se trabajaron durante toda la investigación.

Sin embargo la principal duda que surge durante el proceso de embarazo de las madres primigestas son los cuidados que deben de tener con el bebé, lo cual es congruente, ya que al ser su primer hijo no cuentan con la experiencia necesaria para cuidar este nuevo ser.

En segundo lugar encontramos que surgen muchas dudas de acuerdo al proceso de embarazo, donde podemos pensar que la atención prenatal que reciben es deficiente o poco informativa y por ello se debe de considerar que el personal de salud, y de forma específica el personal de Enfermería, debe de estar en mayor comunicación y sobre todo fomentar información necesaria y certera para que las mujeres vayan más preparadas al momento del parto y con ello despejen dichas dudas.

Dentro de la lista de temores que encabezaron la lista fue el parto, seguido de deformaciones y/o discapacidades del bebé y en tercer lugar la pérdida del bebé, lo cual es natural cuando se va afrontar una experiencia totalmente desconocida y que podría causarles daño, tanto físico como psicológico. Y ahora que en la madre ha surgido una conexión y un lazo sentimental con el nuevo ser podemos entender su temor a que este pueda tener algún problema, pero sobre todo se puede justificar el temor a perder al ser deseado y amado.

Así, tomando en cuenta las dudas y los temores pudimos identificar dónde deben ser más énfasis los programas y pláticas de atención prenatal, para que así

estas dudas vayan disipándose, pero sobre todo para que las futuras madres sean capaces de brindar cuidados de calidad a sus bebés.

Además, es importante que se mantengan informadas sobre el proceso de embarazo y que puedan disiparse las dudas que tienen en este aspecto, ya que al no conocer del todo los cambios y situaciones que van experimentando puede generar un mal cuidado en ellas mismas y del producto, pero sobre todo esta falta de conocimiento puede ser también la que genere los temores que pueden experimentar.

Pero aunque juega un papel muy importante la atención prenatal no se puede afirmar que de ella depende o no toda esta carencia de información, ya que otro punto que se debe tomar en cuenta es el interés que no existe, o que es mínimo, por parte de las gestantes durante dicha atención, ya que si se preocuparan al 100% por su estado actual preguntarían o buscarían la manera de conocer el por qué experimenta tantas cosas en este fenómeno que es el embarazo o la manera de estar preparadas para poder enfrentar el rol de madre.

En esta investigación se consiguió alcanzar el objetivo, ya que al poder enlistar las dudas y temores específicas de las madres primigestas podemos constatar que los estudios relacionados confirman y apoyan que los cambios psicológicos y emocionales intervienen de forma estrecha en el proceso, y sobre todo interfieren de forma directa en la salud de la paciente, por ello la necesidad que el personal de enfermería y en general el equipo de salud este en constante capacitación en la atención de las primigestas, y sobre todo poder contestar a las dudas y minimizar los temores en estas mujeres.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Alarcón, D. I. L. 2005. Maternidad y familia. Investigación, perfil y aportaciones. Rev. Digital Universitaria (online) No.10.
2. Arteaga M., I. García-Peláez y S. Gallegos. 2007. Estatus del embrión humano. Archivo mexicano de anatomía Nueva Época (online). México.
3. Baily, E., M. Lloyd, L. Claire y J Neeson. 2004. Manual de la Enfermería. 2ª edición. Editorial Océano/Centrum. México.
4. Berek, J. S. Ginecología de Novak. 2004. 13ª edición. Editorial Mc Graw Hill. México.
5. Bjelica, A. N. 2004. Pregnancy as a psychological event. Mag. Medicinski Pregled. 57:144-148.
6. Bonica, J. J. 1967. Psychologic aspects of pregnancy, parturition and anesthesia; Principals and practice of Obstetric Analgesia and Anesthesia. Vol. I. F. A .Davis. EE. UU.
7. Cabero, L., Saldivar, D.2009.Operatoria Obstétrica: Una visión actual.1ª edición. Editorial medica panamericana. México.
8. Chamarrita, F. y María Pía Santelices.2008. Study of concerns related to pregnancy in a group of first time Chilean pregnant women. Mag. SUMMA Psychologica UST.5:13-20.
9. Cingoloni, E. H. y Houssay B. A. 2005. Fisiología Humana. 7ª edición. Editorial El Ateneo.
10. Collins, J. V. Consideraciones psicológicas, anestesiología interamericana. 1968. Rev. Mexicana de Anestesia y Ter. 1:3-10.

11. Colmenares, Z., L. Montero, R. Reina y Z. González. 2010. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. Rev. Enfermería Global (online). No. 18.
12. Currid, T. J. 2004. Improving perinatal mental health care. Mag. Nursing Standard. 19:40-43.
13. Dvorkin, M. y D. Cardinali 2005. Bases Fisiológicas de la Práctica Médica. 13ª edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
14. Hernández, E., A. M. Gutiérrez y T. Ramírez. 2009. Cuidar de la salud con calidad. Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 17:121-122.
15. INEGI. 2009. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México.
16. Juárez, P.A. 2009. Importancia del cuidado de enfermería. Rev. Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 17:113-115.
17. Lehto, P. 2010. Cardiovascular problems during pregnancy. Mag. PubMed. 126: 1560-7.
18. Ley General de Salud. 2010. México.
19. Lowdermilk, L.D., E. Perry y M. Bobak. 2005. Enfermería Materno-Infantil. 6ª edición. Editorial Harcourt/Océano. España.
20. Maldonado, M., J.M. Saucedo, Lartigue, T. 2008. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Rev. Perinatol Reprod Hum. 22:5-14.
21. Mata, M. M. 2002. Pobreza y salud. La enfermería ante este reto. Rev. Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 10:61-66.

22. Meza, M. A., V. F. Rodríguez y O. Gómez. 2009. Humanismo en enfermería. Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 17:109-111.
23. Ministerio de Salud. Presidencia de la nación. Programa: Cuidarse en salud, 2009. (online).
24. Moore, K. L., A. F. Dalley. Anatomía con orientación clínica II. 6^a edición. Editorial medica panamericana. España.
25. Nichita, L. Y. I., M. R. Bertolozzi, R. F. Takahashi and L. P. Fraccolli. 2008. The use of the "Vulnerability" concept in the nursing area. Mag. Latin American Journal of Nursing. 16:923-928.
26. Novick, G. 2009. Women`s experience of prenatal care: an integrative review. Mag. J. Midwifery Womens Health. 54: 226–37.
27. Olivar, B. A. 2002. Biological, psychological and social changes during pregnancy. Mag. Fed. Odontol. Columb. 201:37-51.
28. Pinilla, G. E., M. Cásares y C. Orozco. 2010. Gradiente dosis respuesta de las intervenciones de enfermería para el control del temor en gestantes. Rev. Cubana de Enfermería. Vol. 26 No. 2.
29. Puebla, D. C., A. Gutiérrez, P. Ramos y M. Moreno. 2009. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 17:97-102.
30. Quesada, M. M., M. Romero, M. Prieto, M. E. Y C. Rodríguez. 2010. Social characterization of pregnancy in adolescence. Mag. AMC [online].

31. Romero, G., E. Dueñas, C. Regalado y A. L. De León. 2010. Prevalence of maternal sadness and its associated factors. *Mag. Ginecol Obstet Mex.* 78: 53-7.
32. Sevon, E. 2005. Timing motherhood: Experiencing and narrating the choice to become a mother. *Mag. Feminism and Psychology.* 15:4-461.
33. Tórtora, G. J. y B. Derrickson. 2006. *Principios de anatomía y Fisiología.* 11ª edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
34. Tresguerres, J. A. F., C. Ariznavarreta, V. Cachofeiro, D. Cardinali, E. Escrich, P. Gil-Lozaga, V. Lahera, F. Mora, P. Romano y J. Tamargo. 2005. *Fisiología Humana.* 3ª edición. Editorial Mc Graw Hill. México.
35. Valdés, V., X. Morlans. 2005. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Rev. Chilena de obstetricia y ginecología.* 70:108-112.
36. Vallejo, R.J. 2006. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría.* 6ª edición. Editorial Masson. Barcelona.
37. Villalba, M. 2008. *Nuevo manual de la enfermería.* 6ª edición. Editorial Océano/Centrum. España.
38. Vox *et. al.* 2010. *Diccionario Vox Ilustrado.* 2ª edición. Editorial Iberoamericana. Argentina. (online).
39. Waldow, V. R. 2008. The caregiving process in the vulnerability perspective. *Mag. Latin American Journal of Nursing.* 16:765-771.

VIII. APÉNDICE

8.1. Apéndice 1 Operacionalización de Variables

VARIABLE:	DEFINICIÓN CONCEPTUAL:	DIMENSIÓN VARIABLES CONTENIDAS EN LA DEFINICIÓN CONCEPTUAL:	DEFINICIÓN OPERACIONAL:	INDICADORES:	ESCALA:
MUJERES PRIMIGESTAS.	Son Aquellas mujeres que están embarazadas por primera vez (<i>Vox et al.</i> 2010).	EDAD.	Tiempo de vida de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Años. • Meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal.
		TIEMPO DE GESTACION.	Tiempo transcurrido desde la concepción hasta la aplicación del instrumento.	<ul style="list-style-type: none"> • Semanas. • Meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo.
SOCIO-DEMOGRAFICOS.	Constituyen determinantes importantes de la incidencia y evolución de las entidades y entornos (<i>Cuidarse en salud</i> , 2009).	INGRESOS.	Sueldo que recibe una persona por una actividad o trabajo realizado.	<ul style="list-style-type: none"> • Pesos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervalo
		AÑOS DE ESCOLARIDAD.	Tiempo de estudios de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Escolaridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal.
		ESTADO CIVIL.	Situación de las personas determinadas por las relaciones con los demás.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera. • Casada. • Unión libre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal.

SENTIMIENTOS.	Estados anímicos difusos, experimentados de forma paulatina o progresiva y que son más duraderos sin acompañarse de síntomas somáticos (Vallejo <i>et al.</i> 2006).	DUDA.	Interrogantes que tiene una persona sobre una situación específica que le genera inseguridad.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son tus dudas sobre tu proceso de embarazo? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal.
		TEMOR (MIEDO).	Intenso sentimiento desagradable ante la percepción de peligro, real o supuesto.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son tus temores (miedos), sobre tu proceso de embarazo? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal
CULTURA.	Se considera como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos	ESTILO DE VIDA.	Acciones que realiza un individuo para llevar una vida saludable.	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación. • Ejercicio. • Higiene. • Trabajo. • Actividades cotidianas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal

	fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias (UNESCO, 2006)				
		TRADICIONES.	Costumbres que adopta un individuo del contexto en el que se desarrolla.	<ul style="list-style-type: none"> • Religión. • Rituales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinal.
		CREENCIAS.	Son aquellas percepciones o ideas propias de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Mitos. • Medios de comunicación (información). 	<ul style="list-style-type: none"> • De razón

8.2. Apéndice 2 instrumento



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO.
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.**



Nuestros nombres son: García Ferruzca Silvia, Mendoza Gómez Ana Laura y Román López Erika Elizabeth; y somos estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro; y estamos realizando un Proyecto de Investigación el cual lleva por nombre “Dudas y temores de madres Primigestas en su proceso de embarazo” en el Centro de Salud La Cañada, El Marques; Querétaro.

El Objetivo de la Investigación es: Determinar las dudas y temores que manifiestan las madres primigestas sobre su proceso de embarazo.

La participación que solicitamos a ustedes será para contestar un cuestionario de diecinueve preguntas y necesitan de 20 a 30 minutos para terminarlo.

Cabe mencionar que a lo largo de toda la Investigación; respetaremos sus derechos y así como todos los datos que se obtengan se manejaran de forma confidencial y solamente por las investigadoras.

En caso de que se desee retirar, lo podrá hacer. Y sobre todo usted decide si quiere o no participar para contestar el cuestionario; de forma libre y voluntaria.

De antemano agradezco todo el apoyo y la información que proporcione en el cuestionario.

Firma de la Investigadora.

Firma de la Participante.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO.
FACULTAD DE ENFERMERÍA.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.**



“DUDAS Y TEMORES EN EL EMBARAZO”.

OBJETIVO: Lo que se pretende con el cuestionario es saber cuáles son las dudas y temores que tienen las madres primigestas en su proceso de embarazo.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las preguntas y marque dentro del paréntesis con una “X” la respuesta que considere más adecuada; o en su caso desarrolle la respuesta de forma concreta y clara.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad: _____

Estado civil: () Soltera. () Unión Libre. () Casada. () Divorciada. () Viuda.

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Semanas y/o meses de Gestación: _____

ASPECTO PSICOLÓGICO:

1. ¿Para usted que es el embarazo?

2. ¿Qué sentimientos experimenta ante esta primera experiencia?

3. ¿Usted esperaba este embarazo?

- () Si.
- () No.

4. **¿Se considera usted capaz y responsable para enfrentarse al rol de la maternidad?**

- () Siempre.
- () La mayoría de las veces sí.
- () La mayoría de las veces no.
- () Nunca.

5. **¿Cuáles son las principales dudas que ha tenido en su embarazo?**

6. **¿Qué es lo que le causa temor durante su embarazo?**

CAMBIOS FISIOLÓGICOS:

7. **¿Sabe cuáles son los cambios que se presentan durante el embarazo?**

- () Si.
- () No.

8. **¿Le disgustan o molestan los cambios que tiene en su aspecto físico?**

- () Si.
- () No.

¿Por qué?

9. **¿El embarazo le ha impedido realizar actividades laborales, en el hogar u otras?**

- () Si.
- () No.

¿Por qué?

10. ¿Ha modificado su alimentación por el embarazo?

- Si.
- No.

11. ¿Considera su alimentación actual adecuada para el embarazo?

- Siempre.
- La mayoría de las veces sí.
- La mayoría de veces no.
- Nunca.

CAMBIOS SOCIOECONÓMICOS:

12. ¿Considera que cuenta con los ingresos económicos necesarios para solventar esta etapa de su vida?

- Siempre.
- La mayoría de las veces sí.
- La mayoría de veces no.
- Nunca.

13. ¿Cuenta con el apoyo económico de su familia?

- Siempre.
- La mayoría de las veces sí.
- La mayoría de veces no.
- Nunca.

ATENCIÓN PRENATAL:

14. ¿Usted sabe que es el control prenatal?

- Si.
- No.

15. ¿Considera que es adecuada la atención prenatal que recibe?

- Siempre.
- La mayoría de las veces sí.
- La mayoría de veces no.
- Nunca.

16. ¿Considera que las platicas prenatales, resuelven sus dudas y temores durante su proceso y/o estado actual?

- Siempre.
- La mayoría de las veces sí.
- La mayoría de veces no.
- Nunca.

!!!GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!!!

***** La información que se obtenga del presente cuestionario es de carácter confidencial y será manejada única y exclusivamente por las investigadoras. *****