



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE
AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA
(Administración del cuidado)

P R E S E N T A
MARTÍNEZ MARTÍNEZ MARÍA LUISA

DIRECTOR(A) DE TESIS: Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez

MÉXICO, D. F.

Mayo de 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a:

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado por la beca concedida, la oportunidad y el apoyo brindado para realizar estudios de Maestría en Enfermería; hecho que me ha permitido alcanzar mayor desarrollo humano y personal.

A la Srita. Yolanda Batalla por su apoyo y comprensión.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por su aceptación en el Programa de Maestría en Enfermería y a todo el personal docente que me compartió de sus conocimientos.

A los profesores integrantes del comité tutorial:

Dr. Juan Pineda Olvera.

Mtra. Guadalupe Rosete Mohedano.

Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez.

Quienes con sus conocimientos y experiencia fueron piedra angular para el desarrollo del presente trabajo.

Al H. General de México, en especial al Dr. Alfonso Contreras Porres por el apoyo y confianza brindada para la aplicación del instrumento de recolección de datos, así como a las adolescentes que participaron en el estudio.

A mis compañeras Gandhi, Martha Lilia y Ángeles por su apoyo y confianza.

DEDICATORIAS.

A Dios Padre por darme la vida, ser mi guía, mi refugio, por caminar siempre a mi lado y poner a mi alcance los medios para vivir esta experiencia.

A mi Mamá Sofía Martínez por darme el ser, confiar en mí y apoyarme incondicionalmente.

A Javier Avalos por enseñarme a amar todo lo que hago y a salir adelante aún en las situaciones más difíciles de la vida, porque se que dondequiera que se encuentren Mami Sofi y Tú me ayudan a seguir día a día.

A mis Padres, Francisco Martínez, Francisco Avalos e Irene Cervantes por impulsarme a seguir adelante con sus constantes demostraciones de amor y confianza.

A Mi hermana Bibys por su cariño comprensión y apoyo.

A Héctor Sánchez, Elia Romero y a Laura Rojas por estar a mi lado durante todo este tiempo.

A mis pacientes, el principal impulso para lograr la realización de este sueño.

ÍNDICE

Introducción

CAPITULO I

1.1. Justificación.....	3
1.2. Planteamiento del problema.....	6
1.3. Objetivos.....	9
1.4. Revisión de la literatura.....	10

CAPITULO II. Marco teórico

2.1. Adolescencia.....	17
2.1.1. Concepto.....	17
2.1.2. Características psicosociales.....	18
2.1.3. Etapas de la adolescencia.....	19
2.2. Adolescencia y embarazo.....	22
2.2.1. Factores asociados al embarazo en la adolescencia.....	23
2.3. Repercusiones para el binomio.....	26
2.4. Morbi-mortalidad materno-infantil en adolescentes.....	28
2.5. Cuidados generales en el embarazo.....	31
2.6. Teoría general del Déficit de Autocuidado.....	37
2.6.1. Teoría del Déficit de Autocuidado.....	39
2.6.2. Teoría del Sistema de Enfermería.....	40
2.6.3. Teoría del autocuidado.....	40
a) Requisitos de Autocuidado.....	42
b) Requisitos universales de autocuidado.....	43

CAPITULO III. Diseño de la Investigación y Metodología

3.1. Diseño.....	45
3.2. Universo.....	45
3.3. Población.....	45
3.4. Sujetos de estudio	45
3.5. Muestra y muestreo.....	45
3.6. Material y métodos.....	45
3.7. Procedimiento de recolección de datos.....	46
3.8. Estrategias de análisis.....	46
3.9. Aspectos éticos y legales.....	46
CAPITULO IV. Resultados	
4.1. Características sociodemográficas.....	48
4.2. Requisitos Universales.....	51
4.3. Confiabilidad de la escala	51
CAPITULO V. Discusión	
5.1. Conclusiones.....	68
5.2. Sugerencias.....	71
Bibliografía.....	73
ANEXOS.	
1. Mapa operativo	
2. Cuadro de operacionalización de variables.	
3. Instrumento “Autocuidado de la adolescente embarazada” (Martínez; M.L. 2004).	

INTRODUCCIÓN.

El embarazo en la adolescencia ha sido descrito como un problema complejo por la etapa del ciclo vital en el que se encuentra la joven; ya que su salud puede verse comprometida por problemas propios del desarrollo o por su capacidad reproductiva.

La sociedad enfrenta el hecho de que un número cada vez más grande de ellas se embarazan en esta etapa con las consecuentes repercusiones en su vida; el enfrentar la atención de un niño no deseado que no sabe como cuidar y atender, las modificaciones o cambios en su vida, deserción escolar, enfrentarse a un trabajo para mantenerlo y el abandono del hogar paterno, por la afrenta social y estigma tradicional que representa el hecho de concebir un hijo fuera del matrimonio.

La población adolescente en México representa el 10.43 por ciento del total (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2002) de las cuales se estima que la cifra de embarazos es de 430 mil al año (Centro de Orientación al adolescente, 2004). La problemática del alto índice de embarazos en la adolescencia es considerado de gran interés, sin embargo es contradictoriamente uno de los menos estudiados en el aspecto cultural y de salud, motivo por el cual se considera de gran relevancia para la disciplina de Enfermería, la realización de un estudio que dé cuenta de ello y establezca bases que le permitan en un futuro, proponer programas de atención específicas para este grupo poblacional con un enfoque preventivo y educativo.

Por su condición bio-psico-social el adolescente tiene un riesgo mayor durante el embarazo no parece ser debido a las condiciones fisiológicas específicas, sino más bien, a variables socioculturales, condiciones de cuidado y la atención médica que se les proporciona. De esta manera el personal de Enfermería se encuentra en una posición dentro del equipo de salud para incidir de manera significativa en el cuidado de la adolescente embarazada proponiendo programas educativos que favorezcan el autocuidado y la prevención de embarazos no deseados.

Lo anterior representa la posibilidad, de que si la adolescente tiene una concepción acerca de las prácticas de autocuidado que debe llevar durante su embarazo, las complicaciones disminuirán.

El personal de Enfermería puede explorar este evento en el marco del cuidado a la salud a través de la Teoría General de Déficit de Autocuidado de Orem y particularmente de la subteoría de autocuidado. De esta forma el presente estudio fue enfocado a valorar los Requisitos Universales de Autocuidado en adolescentes embarazadas, una plataforma de ayuda o asistencia, donde los profesionales podrán diseñar estrategias de intervención para proveer cuidados a la salud.

El presente trabajo contempla diversos capítulos: el primero incluye un marco teórico, donde se retoma la adolescencia, el embarazo en esta etapa de la vida y la forma en la que este grupo poblacional cubre sus necesidades fisiológicas básicas a través de la valoración de los Requisitos Universales de Autocuidado y la Subteoría de autocuidado; el capítulo dos describe la metodología llevada a cabo para la realización del estudio para finalmente presentar los resultados y concluir.

RESUMEN.

El alto índice de embarazos en la adolescencia es considerado de gran interés a nivel mundial por su alto impacto social, económico y biológico. En México cada año se embarazan 430 mil jóvenes y las instituciones de salud por ende tienen una amplia participación. El **Propósito** fue identificar los requisitos universales de autocuidado a la salud que satisfacen las adolescentes embarazadas.

Se realizó un **diseño** transversal, descriptivo y no experimental; el **universo fue** 920 adolescentes embarazadas que asistían a control prenatal a un hospital público de segundo nivel, con una **muestra** de 44 adolescentes primigestas, que no vivían con su pareja y que sabían leer y escribir. El **procedimiento** consistió en aplicar el instrumento "Autocuidado de la adolescente embarazada". **Analizados** con frecuencias y porcentajes.

Resultados. De las 44 adolescentes el 34.09% tenía 17 años y el 76.46% cursaba el 3er.trimestre, cubriendo de manera conveniente solo tres de 8 requisitos universales de autocuidado y en donde los no cubiertos fueron los relacionados con el mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentación, equilibrio entre la actividad y el reposo y promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Conclusiones y discusión: las adolescentes embarazadas mexicanas solo cubren de manera adecuada 3 de 8 requisitos universales, traducido esto en un importante déficit en el cuidado a la salud y donde Enfermería a partir de los hallazgos puede establecer otras formas de intervención.

Palabras clave: embarazo, adolescencia, autocuidado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El embarazo y la maternidad en adolescentes, son hechos más frecuentes de lo que la sociedad quisiera aceptar, son experiencias difíciles que afectan tanto a la salud integral de la familia, como a la población en general. Las cifras de embarazos en este grupo etáreo (14-19 años) no son exactas, ya que se establecen de registros de hospitales y centros de salud que excluyen a quienes no solicitan sus servicios. Las cifras más recientemente reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que a nivel mundial en el año de 1997 nacieron 17 millones de niños, hijos de jóvenes entre 15 y 19 años, de los cuales 16 millones de ellos ocurrieron en países en vías de desarrollo (The World Health Report, 1998).

Hoy por hoy la frecuencia de embarazos muestra una tendencia a aumentar en todo el mundo. Considerando la situación en América Latina, se observa una tasa de fecundidad anual alrededor de 100 partos por 1000 mujeres en edades entre los 14 y los 19 años de edad; cifra que duplica la observada en Estados Unidos, en el año 2000 (Consejo Nacional de Población, 2000).

En México la fecundidad adolescente representa el 10.43 por ciento del total; solo de febrero de 1999 a enero de 2000 se registraron 420 mil nacimientos, cuyas madres tenían menos de 19 años (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática; 2001). Para el año 2001, según cifras de la Secretaría de Salud en México se registraron más de 500,000 partos en menores de 19 años, es decir el 17 por ciento del total de los nacimientos en el país (INEGI, 2002).

Muchos factores psicodinámicos contribuyen al creciente índice de embarazos en adolescentes, por ejemplo: la afirmación sexual, la representación de una fantasía de la familia ideal o la utilización del embarazo como vínculo de ingreso en el mundo adulto y como solución de los problemas de la escuela o del hogar, en especial en el caso de las adolescentes solitarias, pues para ellas el quedar embarazadas puede colocarlas en el centro de atención de la familia y de los amigos; por otro lado, muchas de ellas poseen un bajo nivel de autoestima, lo cual las hace más susceptibles de embarazarse (Marlow, 2000).

El embarazo durante esta etapa de la vida presenta una crisis tanto para la gestante como para la familia, circunstancia que ocasiona en la mayoría de las veces que la adolescente embarazada se prive de asistencia médica durante el desarrollo del mismo.

De este modo, el grupo de adolescentes embarazadas requiere de servicios de atención para la salud, diseñados para atender a gente joven, servicios que son difíciles de encontrar, por lo cual, pocas veces llegan a las unidades médicas a demandar atención durante el periodo de gestación, teniendo como consecuencias finales una mayor morbilidad del binomio madre-hijo (Laurell, 2003).

En este marco la disciplina enfermera adquiere sentido y relevancia al explorar el fenómeno desde el concepto de Autocuidado y Requisitos Universales en pro de diseñar acciones específicas de cuidado a la salud. Sin embargo explorar el concepto de Autocuidado y de Requisitos Universales en países sajones es factible ya que es una práctica constante, pero en otros como México el autocuidado aún

debe consolidarse, ya que el cuidado al embarazo en este grupo es muy irregular y generalmente obligado por un adulto. Así el autocuidado y en particular los requisitos universales resultan trascendentes para las embarazadas en comunidades latinas donde no existen estudios al respecto.

En este intento de clarificar la situación de los Requisitos Universales de Autocuidado que se cubren en la población de embarazadas adolescentes es que se busca responder a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los Requisitos Universales de Autocuidado que cubren las adolescentes embarazadas?

MARCO TEÓRICO.

El abordaje del tema referente a los requisitos universales y las prácticas de autocuidado que realizan las adolescentes embarazadas requiere de una minuciosa revisión de la literatura relacionada con el tema, motivo por el cual se retomaron aspectos teóricos tales como: características, etapas, factores asociados con el embarazo en esta etapa de la vida, principales causas de morbi-mortalidad materno infantil en México y la Teoría del Autocuidado.

2.1. Adolescencia.

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la adultez, su definición no es fácil, puesto que su “caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y periodo de la adolescencia entre otros” (Escobar y Muñoz, 1998).

La Organización Mundial de la Salud, la define como el “periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio-económica. Abarca el ciclo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad; es una etapa vital donde el desarrollo cognitivo, afectivo y social son trascendentes para la vida adulta (Issler, 2002).

2.1.1. Características psicosociales.

La adolescencia como etapa de desarrollo en la vida de todo ser humano se caracteriza por un intento continuo de adaptaciones a diversas demandas sociales como parte de los roles que desempeña en la escuela, la familia y los amigos, entre otros, que coexisten con la necesidad de precisar su propia valía o autoestima a partir de su desempeño en dichos grupos, tiene que superar además, los cambios biológicos y físicos que se operan, se presenta la última crisis de crecimiento acelerado y muy pronto se da cuenta que está alcanzando la talla de los adultos, le preocupan los caracteres sexuales secundarios ya presentes.

Las amistades cumplen en esta etapa variadas funciones, como el desarrollo de las habilidades sociales, enfrentar las crisis y los sentimientos comunes, ayuda a la definición de la autoestima y status, no por lo que dicen, sino por la posición del grupo al que pertenecen, aunque el número de ellos disminuye en comparación con la pubertad ya que durante la adolescencia se buscan características afines; haciéndose más estables e íntimas al tiempo que aparecen las amistades con el sexo opuesto.

En esta etapa se une el deseo sexual al amor, comprendiéndose como una expresión de éste. Las actitudes que se adoptan en el erotismo están condicionadas por los valores socioculturales prevalecientes en el entorno social, donde la escasa y contradictoria información que recibe es determinante en el inicio precoz de la actividad sexual (Martínez, 2001 a).

Los factores que intervienen en la iniciación sexual temprana son de índole diversa y entre ellos están la incapacidad para posponer satisfacciones inmediatas por metas

trascendentales, baja autoestima, inseguridad y temor al rechazo; mala relación con los padres, uso, abuso de drogas y alcohol, grupo de amistades sexualmente activos y la influencia ambiental (Reiis, 1996).

Asimismo, el embarazo en adolescentes está asociado a condiciones de gran desventaja social, es más frecuente en estratos socioeconómicos pobres, donde predomina también el nivel escolar bajo, las ocupaciones no calificadas y de baja remuneración, una alta proporción de madre solteras, en la mayoría de las veces sin apoyo familiar o de pareja y con escaso acceso a los servicios de salud (Romero, 1998).

2.1.2. Etapas de la adolescencia.

La adolescencia es una etapa relevante en la vida del hombre, en este periodo, el ser humano, después de haber desarrollado su función reproductiva y determinarse como ser único, va definiendo su personalidad, identidad sexual y roles que desempeñará en la sociedad, como también, un plan de vida para decidir que orientación va a tener, de esta forma, cuando ya haya logrado sus metas, constituirse en adulto. Su duración está determinada entre otros factores por la cultura, variando su extensión en tiempo, ritos de iniciación, etc., aspectos que no reciben la suficiente atención y que cada vez conllevan a consecuencias de riesgo para el desarrollo de adolescente.

Urzúa (2004), Reiis (1996) y Martínez (2001) entre otros autores han encontrado un patrón común de división de la adolescencia considerando la clasificación de Erickson, estableciendo tres etapas: temprana (10-13 años), media (14-17 años) y

tardía (18-21 años). En esta clasificación hay que destacar algunos aspectos importantes:

No todos los adolescentes viven de igual manera estas etapas, ni en intensidad ni en duración, dependiendo de sus vivencias y experiencia, y del contexto social y familiar en el que se desarrolle cada uno de los períodos tendrá una presencia diferente en su vida.

Tomando en cuenta los fundamentos anteriores es que se hace necesario describir las características de cada una de las etapas en las cuales se divide la adolescencia, mismas que se describen a continuación.

CUADRO No. 1

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.

Etapa	Temprana	Media	Tardía
Edad.	10 a 13 años	14 a 16 años.	17 a 19 años
C o n c e p t o	Es el periodo prepuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca (Issler, 2001a).	Es la adolescencia propiamente dicha; prácticamente ha completado su crecimiento y desarrollo somático. (Issler, 2001a).	Es la etapa de mayor consolidación en varios aspectos. Se tiene mayor claridad en las funciones y actividades; disminuyen los conflictos con autoridades, existe mayor autonomía e identidad sexual (Masters y Johnson 1987).
C a r a c t e r í s t i c a s	Menos interés en los padres, intensa amistad con adolescentes del mismo sexo. Ponen a prueba la autoridad. Necesitan intimidad. Aumentan las habilidades cognitivas y el mundo de la fantasía. Estado de turbulencia. Falta control de impulsos, establece metas vocacionales irreales. Preocupación por los cambios prepuberales. Incertidumbre acerca de la apariencia.	Periodo de máxima interrelación con los compañeros (pares) y de conflicto con los padres. Aumento de la experiencia sexual. Conformidad con los valores de los compañeros. Sentimientos de invulnerabilidad. Conductas omnipotentes generadoras de riesgo. Preocupación por la apariencia. Deseo de poseer un cuerpo más atractivo. Se muestran fascinados con la moda.	Emocionalmente próximo a los padres, a sus valores. Las relaciones íntimas son prioritarias. El grupo de compañeros es menos importante. Desarrollo de un sistema de valores. Metas vocacionales reales. Identidad personal y social con capacidad de intimar. Aceptación de la imagen corporal

Adaptada de Urzúa, F. (2004)

2.1.3 - *Adolescencia y embarazo.*

Es importante reconocer que la adolescencia, no solo tiene un sustrato común, sino también una amplia gama de particularidades que se encuentran ligadas esencialmente a factores relacionados con la educación, cultura, costumbre y símbolos y a condiciones diversas que sin duda harán la diferencia en su vida adulta (Núñez, 2000).

De esta manera, el embarazo es una grave amenaza para el desarrollo de la joven, en tanto que es un evento no concebido de manera ordinaria en esta etapa de desarrollo humano, dado que social y culturalmente la responsabilidad del cuidado de un hijo se conceptualiza en la vida adulta y bajo ciertos preceptos sociales como el matrimonio.

El ser madre en la adolescencia implica un cambio de rol que suele acompañarse de una ruptura con el entorno, los amigos y con las actividades que ejecutaba cotidianamente (Laverde, Contreras; y Rodríguez, 2000).

Gutiérrez (1997) señala que el embarazo y la maternidad en esta etapa de la vida conducen a desventajas socioeconómicas, tales como el abandono de los estudios, la dependencia económica de los adultos donde vive y la inestabilidad en la presencia del padre, al convertirse en madre soltera o bien a tener un matrimonio forzado.

El embarazo en esta etapa es visto como un problema de carácter médico, en donde los factores de riesgo sobre la salud biológica y psíquica de la madre afectan en forma definitiva su vida, compromete el presente y futuro de la joven madre al interrumpir el desarrollo humano y el proyecto de vida como adolescente. La mayoría de veces impide el progreso de una escolaridad en el futuro e interrumpe que continúen con una correcta socialización con su grupo de pares, trastornando y obstaculizando su secuencia emocional al asumir un papel materno para el cual aún no están preparadas porque no han adquirido la madurez emocional y afectiva para desempeñarlo y por medio de ésta deficiencia no rescatable más que por la experiencia (Gonzáles, 2001).

Desde el punto de vista económico, el embarazo en adolescentes constituye un obstáculo en el desarrollo de las sociedades donde viven las jóvenes involucradas porque son núcleos que aportan poco al desarrollo económico y en cambio son muy demandantes y dependientes de la comunidad (González, 2001).

2.2. Factores asociados con el embarazo en la adolescencia.

En relación a los factores asociados al embarazo en adolescentes, se puede referir a Tapia quien realizó un trabajo en 1991, donde estudió la violencia y la realidad de la madre joven de sectores populares, en el cual refiere como principales causas de embarazo en adolescentes: la inestabilidad familiar, el abuso sexual y el incesto, la menarquia temprana (12 años), la falta de educación sexual oportuna y formal, la carencia habitacional y los medios de comunicación asimismo es más frecuente en condiciones socioeconómicas bajas donde predomina la pobreza, un desarrollo

educacional deficiente y en donde las hijas de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de repetir el fenómeno en un futuro.

Por consiguiente los factores antes mencionados están presentes en el ambiente en el cual se desarrollan los adolescentes, contribuyendo a propiciar una actividad sexual temprana y en embarazos sucesivos en las mismas. De esta manera se clasifican en determinantes y predisponentes, mismos que se describen a continuación.

a) Factores determinantes.

Se han considerado en torno a tener relaciones sexuales sin el uso de medidas anticonceptivas adecuadas (por desconocimiento, temor a su uso, dificultad de cualquier tipo para acceder a ellos o simplemente negación a su uso por propia y consciente determinación) y a la violación.

b) Factores predisponentes.

Estos rara vez actúan solos y si lo hacen, no tiene la fuerza de condicionamiento como para ocasionar que una persona se embarace, por lo general, actúan vinculados en forma sincrónica durante una época, pero también pueden actuar unos tras otros en forma pertinente hasta lograr condiciones en quien los sufre que faciliten el involucrarse en la problemática; estos factores se dividen en:

- 1) *Factores predisponentes personales*: Estos son de carácter individual, inciden en ambos sexos y son los siguientes: deserción escolar, autoestima

baja, falta de confianza en sí mismo, sentimiento de abandono y desesperanza, problemas emocionales, de personalidad o ambos, carencia de afecto, incapacidad para planear un proyecto de vida, inicio temprano de relaciones sexuales, consumo de sustancias tóxicas que causan adicción, desinterés para asumir actitudes de prevención, necesidad de afirmar su identidad de género, un factor individual que incide en el sexo femenino es la menarquía temprana.

2) *Factores predisponentes familiares*: Inciden en ambos sexos y entre ellos se consideran los siguientes; familia disfuncional: ausencia de la figura paterna estable, modelos promiscuos de conducta, hacinamiento, formas de vida familiar, crisis existencial del núcleo familiar por problemas emocionales, económicos y sociales, enfermedades crónicas en la familia, madre con antecedente de embarazo en la adolescencia, antecedentes de hermana(s) con embarazo en la adolescencia, normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos.

3) *Factores predisponentes sociales*: También inciden en ambos sexos y son: abandono escolar, mal o inadecuado uso de tiempo libre, nuevas formas de "vida" propiciadas por la sub-cultura juvenil, cambios sociales, ingreso temprano a la fuerza laboral, cambios sociales en el concepto del estatus de la mujer, marginación social, el machismo como valor cultural, el efecto de los medios masivos de comunicación (Stern, 1997).

2.3. Repercusiones para el binomio.

Cuando una adolescente está embarazada necesita que el medio le proporcione mucho apoyo, en esta etapa tal vez se posea suficiente madurez sexual, incluyendo la que implica la gestación, sin embargo, en el sentido psicológico suelen ser relativamente inmaduros y poseen características de impulsividad, negación, inestabilidad emocional, etc. que contraindican el comienzo de la vida reproductiva (Stern,1997).

El embarazo en esta etapa conlleva modificaciones drásticas en toda la vida de las mujeres, aún cuando éste y el parto transcurran sin problema, persisten los riesgos de desarrollo personal, del comportamiento reproductivo futuro y de su capacidad para establecer una relación materno-infantil adecuada. Asimismo, el bebé corre riesgos, aunque haya tenido la fortuna de nacer sin problemas biológicos (Dulanto, 2001).

Compton, Duncan y Hruska citados por Duarte (1987) señalaron que cuidar un hijo sola era muy complicado y que las adolescentes carecían de sistemas de apoyo, madurez emocional y adquisición de estrategias para llevar a cabo la maternidad. Por tanto, la chica se veía forzada a un matrimonio antes de que los miembros de la pareja estuvieran listos para casarse. Estos matrimonios no duran y hay un número alto de abandonos, separaciones y divorcios, o como sucede a menudo hoy en día, son parejas destinadas a enfrentar un futuro, social y económicamente deprimido.

Si la joven permanece soltera continúa el embarazo con grandes carencias y dificultades, el grado dependerá del apoyo que encuentre en su familia. Generalmente se vive en un ambiente de ambivalencia familiar y social de rechazo por no estar casada y se crea una mayor dependencia económica y afectiva (Coll, 2000).

De la misma manera hay quienes opinan que el grado en que el adolescente ha formulado su propia identidad separada de los otros, determina su capacidad de establecer una nueva relación de madre-hijo.

Las adolescentes que se embarazan en el estadio temprano tienden más a continuar su embarazo sin tomar plena conciencia de él, debido a la amenaza que implica para su imagen, son chicas que buscan constantemente conocer nuevos caminos antes de establecer su identidad y que, además no están informadas de sus cambios corporales, la reproducción y anticoncepción. Al embarazarse culpan a otros de lo hecho, son las que más intentan suicidarse por sentimientos de culpa y dejan que sus padres decidan de su embarazo y educación de su hijo (Coll, 2000).

Las jóvenes que se ubican en la adolescencia media se orientan a sí mismas; su reacción ante el embarazo es ambivalente, no desean esa responsabilidad, pero lo ven como una forma de salirse de su casa, madurar, ser independientes y rebelarse ante los padres, el embarazarse es una forma de reevaluarse y reforzar su atractivo.

En las adolescentes de mayor edad, hay mayor conocimiento de su cuerpo, la gravidez, las necesidades y el rol que requiere la maternidad; sin embargo, continúa su intento de consolidar su identidad (Dulanto, 2001).

De esta forma se puede precisar que en el fenómeno del embarazo en la adolescencia influyen factores de diversa índole tales como los propios del desarrollo (cognitivos, emocionales, afectivos) así como los culturales y económicos.

En cuanto a las consecuencias en el campo psicosocial, se incluye escolaridad baja, pues al saberse embarazada y decidir tener al hijo, la adolescente deja la escuela por aspectos psicológicos, económicos y de organización. Con ello se predestinan una vida de pobreza, dependencia e ingresos reducidos, una motivación disminuida y otros embarazos durante esa etapa de la vida (Dulanto, 2001).

Las repercusiones para los hijos de un embarazo precoz es nacer de padres con bajos recursos cognitivos, emocionales y financieros; posiblemente serán niños con un nivel mayor de incidencia de abuso, estrés, baja autoestima, menor posibilidad de que la madre comprenda sus necesidades y las satisfaga, niños con escaso desarrollo cognoscitivo, poca capacidad de adaptación, éxito y aprovechamiento escolar, con mayores problemas sociales, emocionales y una mayor posibilidad de maltrato físico o psicológico (Dulanto, 2001).

2.4. Morbi-mortalidad materno-infantil en adolescentes.

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial importante. A menudo la gestación en adolescentes se acompaña de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la salud, tanto de ella como de su hijo. Hecho que puede agravarse, si además de la corta edad, la madre no está dentro de la protección del matrimonio.

La Organización Panamericana de la Salud señala que las complicaciones del embarazo son una de las cinco principales causas de fallecimiento de adolescentes en América Latina, mientras más menor sea la edad de la mujer, mayor peligro corren en ese estado y en el parto, tanto ella como el niño. La causa es su madurez biológica, una deficiente nutrición y los inadecuados cuidados de la salud (Quezada, 2003).

En el momento actual se identifica un riesgo perinatal particular en las menores de 15 años. Los decesos por embarazos y sus complicaciones son 35 por ciento más altos entre las madres de 16 a 19 años y 60 por ciento más elevadas entre las adolescentes de 14 años o menos; además que la tasa de mortalidad infantil referida a madres menores de 18 años es casi el doble que en las mujeres mayores (Villanueva, 2002).

Desde la perspectiva demográfica, se ha señalado que el embarazo de la adolescente está asociado con una mayor mortalidad tanto materna como infantil,

así como con una mayor probabilidad de repetir embarazos en un intervalo corto (Pérez; 2002).

Las complicaciones que amenazan a la adolescente durante el embarazo y parto son: trabajo de parto prolongado, toxemia, preeclampsia-eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, desproporción cefalo-pélvica, anemia por deficiencia de hierro, lesiones del canal de parto, infección urinaria y un mayor número de distocias (Villanueva, 2002).

Las principales causas de morbilidad durante el embarazo en madres adolescentes fueron las siguientes: infección de vías urinarias en un 20.4 por ciento, anemia 9,8 por ciento, amenaza de parto pretérmino 9.8 por ciento, ruptura prematura de membranas 9.0 por ciento, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo 3.2 por ciento (CONAPO, 1996).

Los factores de riesgo para los hijos son: ser niños prematuros, riesgo de muerte súbita, bajo peso asociado a defecto del nacimiento, posibilidad de daño cerebral o defectos neurológicos y alta morbilidad. Muchos bebés mueren en el primer año o presentan un retraso en el crecimiento (Villanueva, 2002).

Las probabilidades de que una madre adolescente tenga estos problemas son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados y dichas probabilidades son más altas entre los pobres que entre los de mejor condición social en un mismo país. A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte en mujeres de 15 a 18 años. En la mayoría de los países latinoamericanos y

del caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte en mujeres en este grupo de edad (Villanueva, 2002).

2.5. Cuidados generales en el embarazo.

El embarazo durante la adolescencia se asocia con riesgos significativos médicos y psicosociales para la madre y el hijo, aunque estos se atribuyeron en algún momento a la inmadurez fisiológica y psicosocial. Datos recientes indican que los riesgos asociados con el parto de la adolescente no obedecen a condiciones fisiológicas o psicosociales intrínsecas de la adolescencia, sino más bien a que el embarazo en la adolescencia es un marcador de factores sociodemográficos que aumentan los riesgos de resultados adversos para la gestación.

Durante el embarazo las adolescentes son más proclives que las adultas a presentar estrés emocional, consumir una dieta de mala calidad, y recibir atención prenatal inadecuada y tardía. La mujer como futura madre debe tomar en cuenta diversos aspectos que debe cuidar durante el desarrollo de su embarazo, entre los principales aspectos que se deben cuidar se encuentran los siguientes:

a) Alimentación.

El crecimiento y desarrollo durante la adolescencia está influenciado por factores hormonales y nutricionales. Una nutrición deficiente retrasa la aparición de la pubertad y todos los cambios hormonales que de ella dependen (Rodríguez, 2003)

Las adolescentes que se embarazan antes de alcanzar la madurez fisiológica, es decir, en los cuatro años siguientes a la menarquía, están en situación de alto riesgo nutricional.

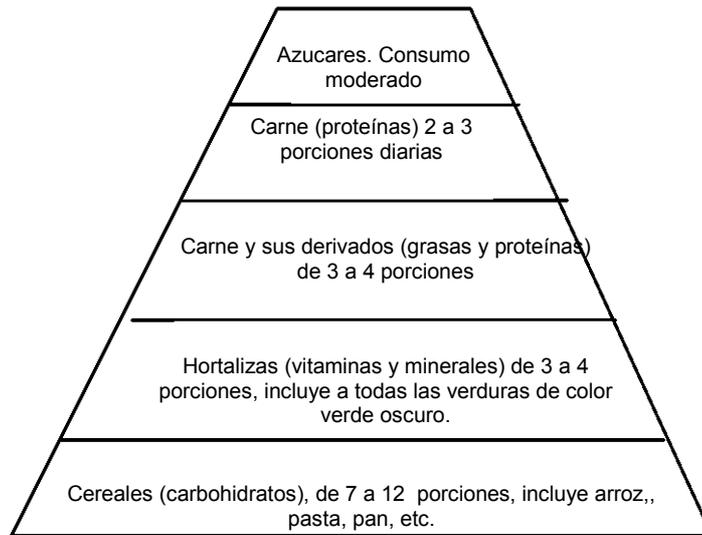
Una de las mejores maneras de asegurar el bienestar materno y fetal consiste en enseñar a la adolescente embarazada la importancia de una nutrición adecuada,

Una mujer que ingiere normalmente una dieta equilibrada solo necesita hacer unos ligeros retoques en su alimentación para mantener una nutrición correcta durante el embarazo. Estos cambios consisten en aumentar la ingestión diaria de proteínas, vitaminas y minerales hasta alcanzar una elevación de 300 calorías al día (Dulanto, 2001).

En principio las mujeres embarazadas deben comer una dieta balanceada y aumentar su consumo de calorías para satisfacer las necesidades del feto en crecimiento y las que implican los cambios que sufre su propio cuerpo.

Para dar una orientación adecuada a la embarazada acerca de las cantidades recomendadas de cada grupo de alimentos que debe ingerir durante el embarazo, estos se dividen en cinco grupos que son: proteínas, vitaminas, minerales, carbohidratos y lípidos o grasas y se clasifican con la frecuencia con que se deben consumir. La pirámide alimenticia es una herramienta eficaz para simplificar las posibilidades de escoger los alimentos apropiados.

FIGURA No.1
PIRAMIDE ALIMENTARIA.



Adaptada de: Carrie; 2003

El grupo de los cereales, incluye arroz, pasta, pan, etc. se deben consumir de 7 a 12 porciones de 60 gramos cada una. Los carbohidratos suplen la energía necesaria para las actividades físicas y son importantes para el desarrollo y crecimiento del feto, proveen tiamina, niacina, zinc, fibra y cuando están enriquecidos riboflavina, ácido fólico y hierro (Carrie, 2003).

El grupo de las frutas es una fuente importante de vitamina C, ayuda a combatir infecciones y a tener una mejor absorción de hierro. Se deben consumir de preferencia frescas y jugos naturales. De este grupo se recomiendan de dos a tres porciones diarias (Dulanto, 2001).

El calcio se encuentra en la leche, yogur y el queso. Las embarazadas requieren de 3 a 4 porciones de este grupo y para las adolescentes se recomiendan de 5 a 6 al día.

El grupo de las carnes provee la proteína necesaria para formar tejidos, músculos y las células del cuerpo. Las embarazadas lo necesitan en más cantidad porque además de sintetizar hemoglobina provee reservas de hierro para el feto. Se recomiendan de dos a tres porciones diarias de este grupo (Carrie, 2003).

También en este grupo se incluyen las habas, garbanzos y otros. Además es importante incluir el salmón y el atún ya que estos contienen ácidos grasos esenciales que son importantes en la formación del feto.

En el tope de la pirámide se encuentran las grasas y los azúcares de los cuales se recomienda un consumo moderado (Dulanto, 2001).

En la pirámide alimentaria también se enfatiza la importancia de tomar agua. Se recomiendan de seis a ocho vasos de 250 mililitros cada uno o de 2 a 3 litros durante el día.

Comúnmente las embarazadas presentan problemas de estreñimiento, para reducir las complicaciones relacionadas con el mismo es necesario aumentar el consumo diario de fibra dietaria, esta se encuentra mayormente en frutas y vegetales frescos, cereales integrales y en los granos (Dulanto, 2001).

Durante el embarazo se debe procurar comer granos como lentejas y frijoles, pollo, pescado o algún tipo de carne diariamente, tomar leche y alimentos que lo contengan, frutas y verduras, jugos y agua en grandes cantidades; evitar las bebidas

alcohólicas, las comidas muy condimentadas y fumar o estar cerca de personas fumadoras.

b) Eliminación.

La constipación llamada comúnmente estreñimiento aparece con frecuencia en mujeres embarazadas, ya que el feto ocupa un espacio en el vientre donde anteriormente se alojaba el intestino, disminuyendo su capacidad de movilidad y dificultando la capacidad de excreción, para evitarlo, se sugiere beber 6-8 vasos de líquidos al día, aumentar el consumo de fibra y realizar un ejercicio frecuente para mejorar los patrones de eliminación (Martínez y cols, 2002).

También se presentan cambios en el patrón urinario, ya que debido a que la vejiga se encuentra presionada por el útero y aún encontrándose vacía esta presión crea la misma sensación como si estuviera llena, por lo cual aumenta el número de micciones al día y disminuye la cantidad de la orina. Además debido a los cambios hormonales el pH se alcaliniza ligeramente existiendo la posibilidad de cursar con infección de vías urinarias y no presentar ninguna sintomatología.

c) Higiene.

Se recomienda el baño diario durante el embarazo, ya que hay más secreción vaginal, más sudoración y una mayor actividad de las glándulas sebáceas, dentro de la higiene no se recomiendan los lavados o duchas vaginales, ya que esto supone

una amenaza importante para el feto pues con esto se alcaliniza el pH al eliminar la flora bacteriana que protege la vagina (Bacilos de Doderlein).

d) Ropa y calzado.

La ropa que se debe llevar en el embarazo debe ser cómoda y no demasiado ajustada para permitir el continuo crecimiento abdominal, a medida que aumentan las mamas, la mujer necesita cambiar la talla del sujetador, por otro que le ofrezca más sujeción. Cualquier prenda que impida la circulación en las extremidades inferiores puede originar edema o favorecer la formación de várices, por esta razón deben evitarse las medias hasta las rodillas, se recomienda un calzado con tacón bajo o medio, los zapatos altos producen tensión en la espalda y aumentan la incidencia de caídas, por lo que deben evitarse (García, 2002).

e) Reposo y sueño.

La embarazada necesita entre 6 y 8 horas de sueño nocturno. Lo ideal sería que pudiera dormir una breve siesta de 1 hora durante el día, particularmente se recomienda acostarse sobre la espalda con las piernas elevadas para favorecer la circulación distal y evitar el edema de miembros pélvicos, o sobre el costado izquierdo con el abdomen ligeramente apoyado, para favorecer la oxigenación del feto y riñones (García, 2002).

➤ Actividad y ejercicio.

Se sugiere una serie de variaciones para los ejercicios habituales y los deportes durante el embarazo. El objetivo de cualquier programa de ejercicios debe ser la seguridad de la madre y del feto, así como la preparación física y psicológica de la mujer y su pareja para el nacimiento. Algunos de los elementos importantes de un programa de ejercicios bien diseñados son favorecer una oxigenación suficiente, mejorar la perfusión placentaria y el retorno venoso y un estado emocional positivo. El paseo, la natación y el ciclismo son actividades aceptadas para satisfacer la mayoría de las necesidades de la embarazada (García, 2002).

2.6. Teoría General del Déficit de Autocuidado.

Durante los últimos 14 años la Enfermería ha buscado el desarrollo disciplinar y para ello ha recurrido a los modelos propios de la disciplina, siendo uno de los más usados el de Dorotea E. Orem con su Teoría General del Déficit de Autocuidado. Esta teoría fue desarrollada por la autora desde 1958 por un interés especial en el trabajo de Enfermería. Esta teoría describe y explica la relación entre las capacidades, acciones y demandas de autocuidado de un individuo. También considera que la Enfermería es una respuesta para el cuidado cuando existe déficit de autocuidado en los grupos humanos (Orem, 1995).

La Teoría General del Déficit de Autocuidado está formada por tres teorías: 1) Teoría del Autocuidado, 2) Teoría del Déficit de Autocuidado y 3) Teoría de Sistemas de Enfermería (Orem; 1995). La unión de las tres teorías se lleva a cabo por un proceso

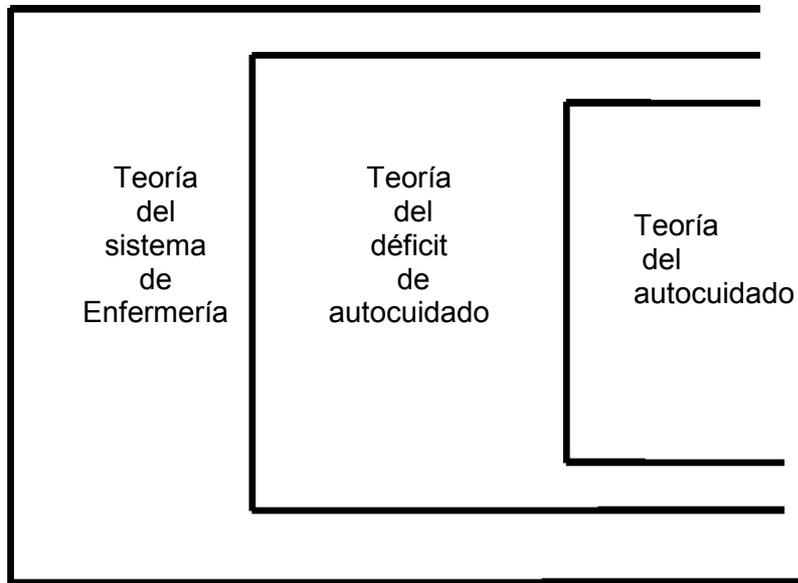
de inclusión, como se observa en la figura 2. La teoría del autocuidado es absorbida por la teoría del déficit de autocuidado, la cual a su vez está incluida en la teoría de sistemas de Enfermería; las tres teorías tienen como común denominador el autocuidado.

La primer teoría explica por qué el autocuidado es necesario para la salud y el bienestar de la persona; la segunda ofrece las razones que la Enfermería tiene para ayudar a las personas y la tercera describe y explica cómo las personas son ayudadas por la Enfermería;

La autora las representa en un sistema abierto, modificable de acuerdo a las etapas del ciclo vital en la cual se aplica, en función de los cambios y condiciones específicas de la misma. Estas subyacen una en otra, siendo la más interna la de sistemas de Enfermería, enseguida del Déficit de Autocuidado y la más externa y última la del Autocuidado. Se esquematizan de siguiente forma:

FIGURA No. 2

TEORIAS CONSTITUYENTES, LA TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL DÉFICIT DE
AUTOCUIDADO



Tomada de: *Nursing of practice* de Dorotea E. Orem, 1995. p.172

A continuación se da una descripción general de las tres subteorías y en particular la de la Teoría de Autocuidado.

2.6.1. Teoría del Déficit de Autocuidado.

La idea central de la teoría es que todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro del dominio y los límites de la Enfermería están asociados con la subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración, respecto a las limitaciones de la acción relacionadas o derivadas de la salud que los hace completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y que empieza a surgir para el cuidado regulador de sí mismos o de las personas que dependen de ellos, y para ocuparse en el continuo desempeño de actividades de cuidado para controlar o manejar de alguna manera los factores que

son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo o del de las personas que dependen de ellos.

2.6.2. Teoría del sistema de Enfermería.

Es el componente organizativo esencial de la teoría, ya que establece la forma de Enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y las de la enfermera.

Su idea central se basa en la premisa de que todos los sistemas de acción práctica que son de enfermería son formados por estas a través del ejercicio deliberado de las capacidades especializadas de Enfermería dentro del contexto de la relación interpersonal y contractual con personas con déficit derivados de su salud o asociados con ella para la producción de cuidados continuados, efectivos y completos para sí mismos o para las personas que dependen de ellas a fin de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutico son conocidas y satisfechas y que se protege la agencia de autocuidado o se regula su ejercicio o desarrollo (Orem, 1995).

2.6.3. Teoría del autocuidado.

La Teoría del Autocuidado es una abstracción sistemática de la realidad que sirve para un propósito, cambiar la naturaleza del sentido de la Enfermería, articulando la teoría a la práctica, ayudando de esta forma a crear la identidad profesional en el campo de la Enfermería (Orem, 1995).

Este modelo se centra en el arte y la práctica de la enfermería, la cual se describe como la asistencia proporcionada a las actividades del cuadro propio, cuando el individuo es incapaz de realizar dichas actividades.

El autocuidado es una tarea que el individuo inicia y realiza personalmente para conservar su vida, salud y bienestar, contribuyendo a preservar y fomentar la integridad estructural, la función y el desarrollo (Orem, 1995).

Dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y su localización temporoespacial, las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas o a las características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente o interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento o desarrollo para contribuir así a la continuación de la vida, el automantenimiento y a la salud y bienestar personal.

La idea central de la teoría descansa en las siguientes suposiciones:

- Las formas de cubrir los requisitos de autocuidado son elementos culturales y varían con los individuos y los grandes grupos sociales.
- La identificación y descripción de los requisitos recurrentes para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia conduce a la investigación y desarrollo de vías para satisfacer los requisitos conocidos y para formar hábitos de cuidado.

El autocuidado en concreto es la acción intencionada y dirigida que es sensible al conocimiento de las personas sobre cómo el funcionamiento y desarrollo humano puede y debería mantenerse dentro de una gama compatible con la vida humana y la salud y bienestar en las condiciones y circunstancias existentes.

Esta teoría es completamente descriptiva ya que explica la relación entre las actividades de los individuos y sus demandas de autocuidado.

Dentro de los conceptos fundamentales de la Teoría del Autocuidado están:

Factores condicionantes básicos, que se refieren a las características de todo individuo, incluyen propiedades específicas, las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos (Orem, 1995).

Pueden ser funcionales y estructurales como la edad, condición psicológica, hábitos y costumbres de los individuos, entre otros.

a) Requisitos de autocuidado.

Se refieren a los objetivos que deben ser alcanzados por los tipos de acciones calificadas de autocuidado, representan las acciones humanas que se producen por las condiciones internas y externas del individuo, que mantienen la estructura y el funcionamiento humano (Orem, 1995).

b) Requisitos universales de autocuidado.

Los requisitos universales de autocuidado son las actividades específicas que los individuos deberían tener cuando se ocupan de sí mismos, estos deben conocerse antes de que puedan servir como propósito de autocuidado.

Cuando se contemplan como acciones necesarias y producidas sobre los objetivos de autocuidado, las formas y medios a través de los cuales pueden conseguirse, constituyen una consideración importante en la comprensión del autocuidado como acción humana.

Los requisitos universales de autocuidado son ocho entendidos como las clases de acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y funcionamiento humanos, que a su vez apoyan el desarrollo y maduración, e incluyen los siguientes:

- Aire, agua, alimento, eliminación, actividad y reposo, interacción social, peligros para la vida, el deseo de ser normal.

Cuando se proporcionan de manera efectiva refuerzan la salud positiva y el bienestar son aspectos diferentes de lo mismo, porque cada uno posee diferentes demandas que en conjunto tienen el objetivo de mantener la estructura humana en buen funcionamiento relacionadas entre sí para optimizar la normalidad, la salud, que en términos de la teoría llamamos “autocuidado” (Orem, 1995).

Los requisitos Universales de Autocuidado se definen de manera breve de la siguiente forma:

CUADRO NO. 2.

DEFINICIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

Requisitos universales	Definición (Orem, 1995).
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua, aire y alimentos	Es la forma de proporcionar a los individuos los materiales requeridos para la producción de metabolismo y energía
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluyendo los excrementos	Son los cuidados efectivos asociados con la eliminación y los excrementos, debería asegurar la integridad de estos procesos y su regulación así como el control efectivo de los materiales eliminados.
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Se refiere al gasto de energía voluntaria, regula los estímulos ambientales y proporciona variedad, salidas para los intereses y talentos y el sentido de bienestar que se deriva.
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.	Son las condiciones esenciales para los procesos de desarrollo en los que se adquiere conocimiento, se forman valores y expectativas y se logra una sensación de seguridad y realización (Orem, 1995).
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.	Contribuyen al mantenimiento de la integridad humana, y por lo tanto, a la promoción efectiva del funcionamiento y desarrollo humanos. Promueve condiciones que lleva a los individuos a sentir y conocer su individualidad y su globalidad, a la objetividad cognitiva y a la libertad y responsabilidad como seres humanos (Orem, 1995).
Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos.	Dentro de los grupos humanos de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal (Orem, 1995).

Adaptada de: Cavannah; G. A; 1995

De este modo se tiene un panorama general de los conceptos abordados en la investigación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- ❖ Identificar los Requisitos universales de Autocuidado que satisfacen las adolescentes embarazadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Explorar los requisitos universales de autocuidado en adolescentes embarazadas.
- ❖ Reconocer aspectos que las adolescentes embarazadas cubren en los requisitos Universales de autocuidado

JUSTIFICACIÓN.

Actualmente el embarazo en la adolescencia es visto como un problema social, debido a que tiende a concentrarse en los grupos de población más vulnerable en aspectos económicos, de nutrición, de salud de la madre, en los que no cuentan con el apoyo y la atención necesarias; más que en la frecuencia misma (Issler, 2001 a).

La incidencia de embarazos en la población adolescente Mexicana es alta, tal evento constituye un problema de salud que más allá de los riesgos biológicos, tiene implicaciones de carácter social y cultural, ya que se presenta en una etapa del ciclo vital donde la joven no ha terminado su desarrollo psicosocial y es aún dependiente del hogar paterno tanto en su manutención como en la satisfacción de algunas necesidades básicas, teniendo por lo tanto, grandes desventajas para la menor embarazada y las consecuentes repercusiones para su producto.

En los últimos años se han intensificado los esfuerzos del gobierno mexicano enfocados a prevenir y atender los problemas vinculados con el embarazo y la maternidad en adolescentes tales como la introducción de contenidos de “educación sexual” en los libros de texto gratuito desde hace más de 20 años; información que se refiere todavía principalmente a los aspectos biofisiológicos de la sexualidad.

Recientemente se han incorporado a la escuela secundaria, en los libros de ética y civismo, contenidos mucho más amplios sobre sexualidad y otros temas vinculados con

ella, como las relaciones de género. Ello es loable, aunque probablemente un tanto tardío para ser efectivo en el comportamiento de los jóvenes.

Concomitantemente con su definición como un problema de salud pública, la prevención del embarazo temprano ha sido adoptada como función prioritaria de las instituciones del Sector Salud en los últimos años. La Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud coordinó en el sexenio pasado el Programa de Atención a la salud Integral y Reproductiva para Adolescentes, programa que ha sido reformulado por el ahora Secretario de salud y en el cual se abordan aspectos como embarazo, relaciones sexuales, metodología anticonceptiva e infecciones de transmisión sexual bajo una perspectiva de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y al derecho a la decisión libre e informada.

Sin embargo, las limitaciones más importantes de los programas antes mencionados son, por una parte, que su normatividad preventiva no concuerda con la vocación predominantemente prescriptiva y curativa de los agentes de salud ni con las demandas institucionales existentes sobre el personal de salud; por otra parte en que los adolescentes no suelen identificar a las instituciones de salud como lugares para buscar consejería sobre sexualidad y relaciones de pareja. La gran mayoría de los adolescentes no acuden a estos programas. Las jóvenes que lo hacen es fundamentalmente porque se saben ya embarazadas o porque tienen sospechas al respecto.

Visto de este modo, este problema social exige una intervención responsable por parte de los miembros del equipo de salud en la educación del adolescente para que pueda cursar con éxito esta etapa vital de su ciclo vital, prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados con fundamento en el autocuidado. Así, el profesional de Enfermería se vuelve un recurso valioso que, por cobertura en los servicios y el trabajo desarrollado en comunidad, puede responder o incidir en el cuidado a la salud del binomio.

Este problema como tal adquiere mayor relevancia desde el punto de vista teórico al ser explorado desde los conceptos de la Teoría de Autocuidado, particularmente de los Requisitos Universales de Autocuidado, en un escenario tan específico como lo es la población mexicana.

Para el desarrollo del estudio en cuestión se empleo el modelo de Orem porque ofrece un esquema donde el embarazo se contextúa con elementos que pueden contemplar la etapa de desarrollo como un referente importante para la cobertura o no de necesidades de la mujer adolescente y embarazada

Desde el punto de vista institucional, la investigación representa la posibilidad de desarrollar algunas estrategias de cuidado por parte del profesional de Enfermería que permitan diseñar acciones de promoción de la salud y asistencia integral a los adolescentes en condiciones especiales.

Finalmente desde el punto de vista metodológico e instrumental permitirá el desarrollo de instrumentos para explorar conceptos disciplinares como el de requisitos de autocuidado universal, reportando evidencias sustentadas en investigación aplicada.

METODOLOGÍA.

Se realizó una investigación de tipo cuantitativo, con un **diseño** transversal, descriptivo y no experimental (Pardo de Vélez, 1997).

El Universo de estudio lo constituyeron 920 adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal a un Hospital de segundo nivel de la Secretaría de Salud, en el año 2004.

La Población de estudio correspondió a 70 adolescentes en promedio que acudían los días lunes y martes a control prenatal en periodo de un mes (Libreta de registro, Hospital General de México). Se previeron entre 60 y 150 adolescentes en el bimestre, sin embargo solo 44 de ellas cubrieron los criterios de inclusión.

Los **sujetos de estudio** fueron adolescentes primigestas entre los 14 y los 19 años de edad, que no vivieran con su pareja, que supieran leer y escribir. Se excluyó a las adolescentes multigestas cuya edad fuera menor a los 14 años y mayor a los 19 y que vivieran con su pareja.

De este modo la **muestra** se estableció por conveniencia y la constituyeron 44 adolescentes que acudieron a control prenatal en el bimestre octubre-noviembre de 2004 y que aceptaron participar en la investigación.

Material y métodos: Para la recolección de datos se diseñó un instrumento llamado "Autocuidado de la Adolescente Embarazada" (Martínez, Martínez; M. L; 2004).

Se realizó una prueba piloto con 10 adolescentes embarazadas con perfil similar a los señalados en los criterios de inclusión y se realizó un ajuste de términos y reactivos.

El instrumento consta de 2 secciones: la primera con datos sociodemográficos y la segunda con 37 preguntas con respuestas tipo likert: nunca, algunas veces, siempre; mismo que reportó un Alpha de Cronbach de .73.

El procedimiento de recolección de datos consistió en solicitar autorización por escrito a la institución hospitalaria para la identificación de los sujetos de estudio y la aplicación del instrumento dentro de las instalaciones y en un consultorio previsto para ello.

Identificados los sujetos, se solicitó autorización verbal al tutor principal de la adolescente para la aplicación del instrumento haciendo de su conocimiento la finalidad y objetivos de la investigación asegurando el anonimato y la confidencialidad.

La estrategia de análisis se llevó a cabo con el programa EXCEL con distribución de frecuencias y porcentajes y se presentó en cuadros y gráficas.

Los aspectos éticos y legales se sustentaron en el Reglamento de la Ley General de Salud (2002) en Materia de Investigación para la Salud, Título II, capítulo 1, en los artículos 13, fracción V que se refiere a: contar con el consentimiento verbal del padre o tutor de las adolescentes, 16 el anonimato, 17, fracción II donde se

considera la investigación de riesgo mínimo, y al 21, fracción I, IV y VI, donde el sujeto de investigación recibió una explicación clara y amplia de los objetivos de la investigación y se otorgó respuesta a cualquier duda en torno a la misma.

RESULTADOS

Los datos reportados en el presente estudio corresponden a una muestra de 44 adolescentes embarazadas, se presentan en tres apartados: 1) características sociodemográficas; 2) requisitos universales de autocuidado; 3) confiabilidad de la escala.

4.1. Características sociodemográficas.

Dentro de las características sociodemográficas se consideraron la edad y los meses de embarazo, datos que se representan en los siguientes cuadros:

Cuadro No. 1

Edad de las adolescentes embarazadas.

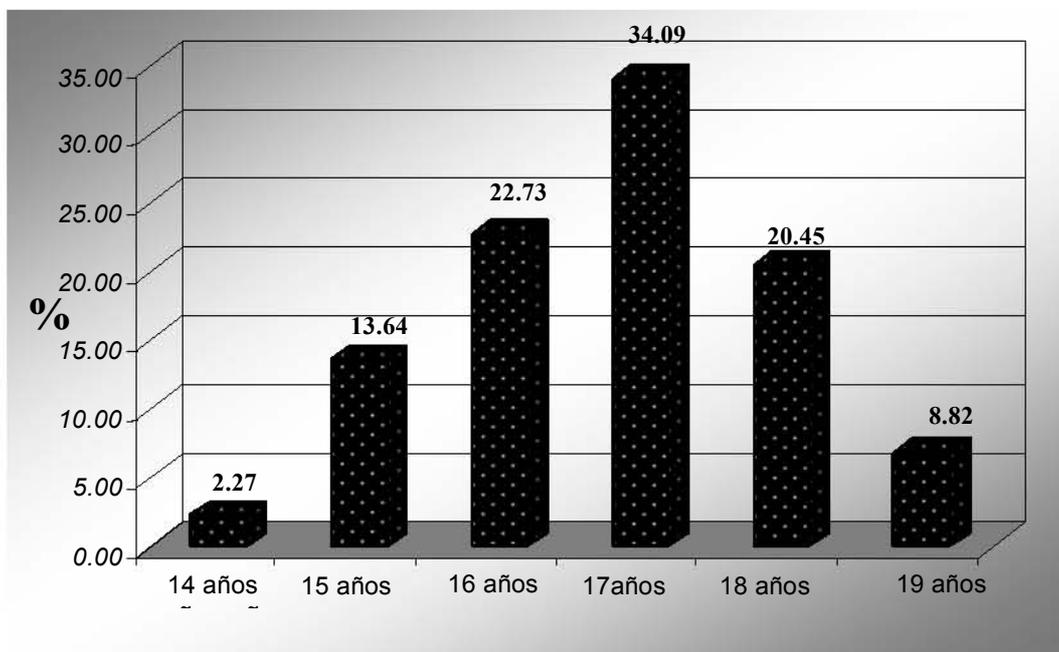
Edad	Frecuencia	Porcentaje
14 años	1	2.27
15 años	6	13.64
16 años	10	22.73
17 años	15	34.09
18 años	9	20.45
19 años	3	6.82
Total	44	100.00

Fuente: Instrumento "Autocuidado de la Adolescente Embarazada" (AAE; Martínez, M. M. L. 2004)

Descripción: En el cuadro número 1 se observa que el mayor índice de embarazos se presentó en adolescentes que contaban con 17 años (34.09 %), siendo el menor porcentaje (2.27 %) las de 14 años de edad.

Gráfica No. 1

Edad de las adolescentes embarazadas



Fuente: misma del cuadro 1.

Análisis: La mayor concentración por edad en la cual se *presentó* el embarazo en la población de estudio *fue* a los 17 y 16 años, aspecto que coincidió con lo reportado por el INEGI en el 2002 en el sentido de que el mayor índice de embarazos en adolescentes a nivel Nacional se dio a los 16 años.

Cuadro No. 2
Meses de embarazo

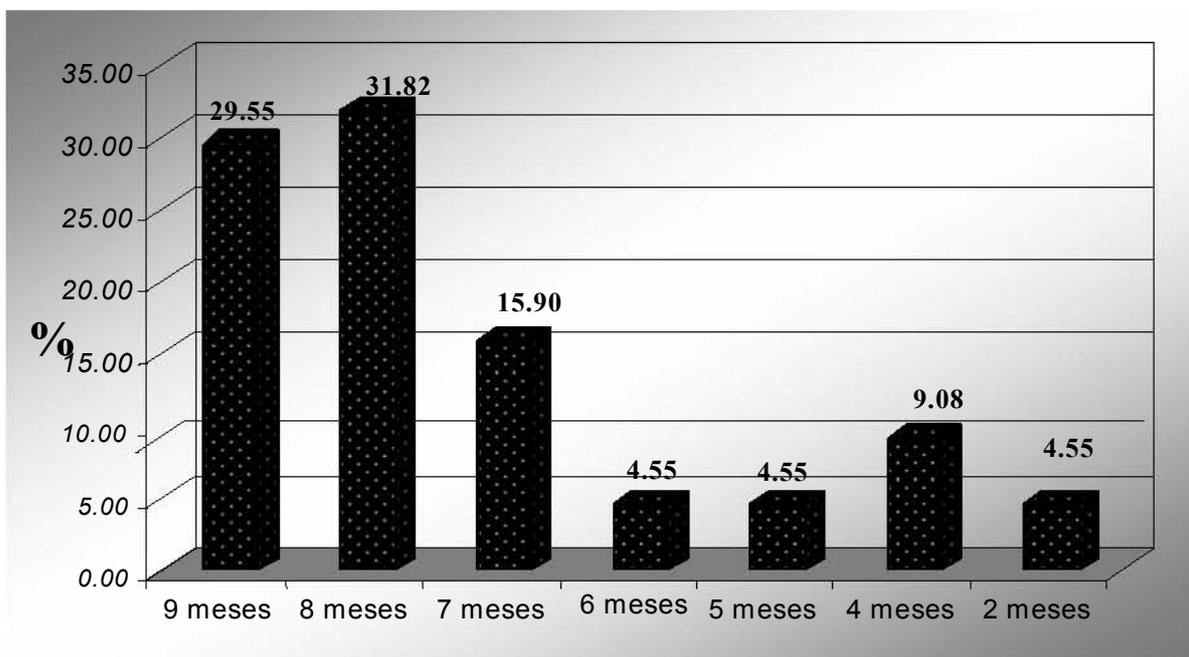
Meses	Frecuencia	Porcentaje
9 Meses	13	29.55
8 Meses	14	31.82
7 Meses	7	15.9
6 Meses	2	4.55
5 Meses	2	4.55
4 Meses	4	9.08
2 Meses	2	4.55
Total	44	100.00

Fuente: Misma cuadro 1

Descripción: Del total de las adolescentes embarazadas a las cuales se les aplicó el instrumento el 31.82 por ciento se encontró cursando el octavo mes de embarazo, en contraste con el 4.55 por ciento que se encontraba entre el 6º, 5º y 2º mes de gestación respectivamente.

Gráfica No. 2

Meses de embarazo



Fuente: Cuadro No.2

Análisis: En el estudio se encontraron particularmente tres cuartas partes de las adolescentes con embarazos en el último trimestre, es decir con gestaciones avanzadas, esto; es sin duda reflejo de una tendencia que Laurel (2003) reconoce en los siguientes términos: “el usuario de esta edad pocas veces llega a las unidades médicas a demandar atención y, generalmente por el conflicto que tiene en su entorno no acude a control prenatal efectivo, teniendo como consecuencias mayores riesgos tanto para ella como para el producto”.

b) Requisitos universales:

Como parte de los resultados identificados en los requisitos universales, se encontraron actividades y algunas importantes inclinaciones al déficit que a continuación se exponen.

Cuadro No. 3

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua, aire y alimentación

Indicadores	Nunca		Algunas veces		Siempre		Total	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Mi consumo de líquidos es de dos y medio a tres litros de agua.	0	0	28	63.64	16	36.36	44	100.00
Tomo un cuarto de litro de leche en alguno de mis alimentos diarios.	2	4.55	14	31.82	28	63.63	44	100.00
Como queso o yogurt en alguno de mis alimentos diarios.	1	2.27	25	56.82	18	40.91	44	100.00
En mi alimentación diaria incluyo verduras de hoja verde oscuro.	7	15.91	33	75.00	4	9.09	44	100.00
En mi alimentación diaria incluyo verduras como la papa o la zanahoria.	3	6.82	29	65.91	12	27.27	44	100.00
En mi alimentación diaria consumo fruta más de tres veces al día.	2	4.55	19	43.18	23	52.27	44	100.00
Incluyo una pieza de carne roja, pescado o huevo en alguno de mis alimentos diarios	0	0	21	47.73	23	52.27	44	100.00
Consumo lentejas de una a dos veces a la semana	14	31.82	24	54.55	6	13.64	44	100.00
Consumo arroz de una a dos veces a la semana	3	6.82	24	54.55	17	38.64	44	100.00
En mi alimentación diaria incluyo sopa de pasta	2	4.55	25	56.82	17	38.64	44	100.00
Como más de tres tortillas en mi alimentación diaria	2	4.55	12	27.27	30	68.18	44	100.00
Como una pieza de pan blanco al día	4	9.09	25	56.82	15	34.09	44	100.00

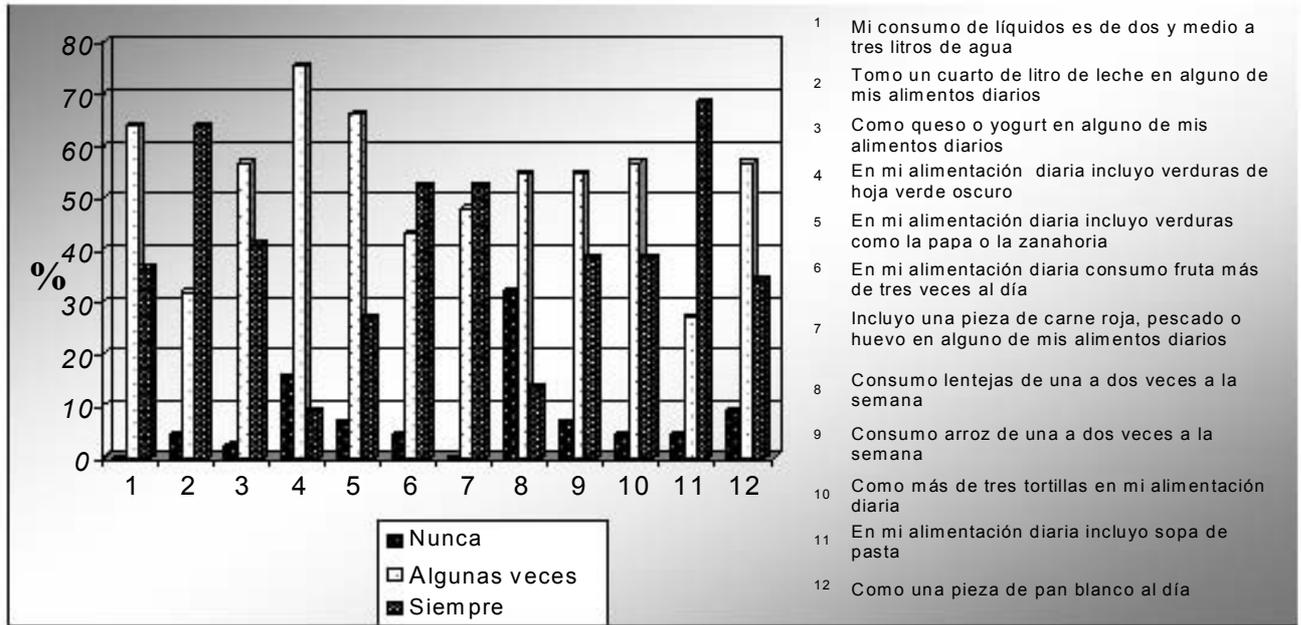
Fuente: Misma del cuadro 1

Descripción: En el cuadro tres, se observa que el 63.64 por ciento tiene un consumo de líquidos no regular de la cantidad de agua recomendada, mientras que el 75.00 por ciento consume verduras de hoja verde solo algunas veces.

Lo anterior en contraste con el 68.18 y 34.09 por ciento que consumen más de tres tortillas y una pieza de pan blanco diariamente.

Gráfica No. 3

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua, aire y alimentación



Fuente: misma cuadro No.1

Análisis: En la población de estudio existió un amplio sector que solo algunas veces consumió la dotación mínima sugerida de líquidos para un funcionamiento renal satisfactorio, es decir de dos y medio a tres litros de agua al día (García, 2002 y Velarde, 2003).

Es evidente que tres cuartas partes de las embarazadas solo algunas veces consumían verduras, lo que se traduce en riesgo de desarrollar anemia en la joven y para el producto la posibilidad de nacer con bajo peso, tal cual lo afirman autores como Flores (1998), Gonzáles; (2001) y Hernández (2004), quienes han probado en diversos estudios que los vegetales y en especial los de hoja verde contienen vitaminas y minerales esenciales para un desarrollo óptimo del bebé.

Otro punto que llama la atención es el ver que existió un alto y constante consumo de harinas (tortillas y pan), lo que sugiere riesgo de sobrepeso y obesidad para la

madre; implicando por consiguiente serios trastornos como trabajo de parto prolongado y para el producto un aumento en la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas durante la adultez (Rached, 1999 y Gómez, 2005).

Cuadro No. 4

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos

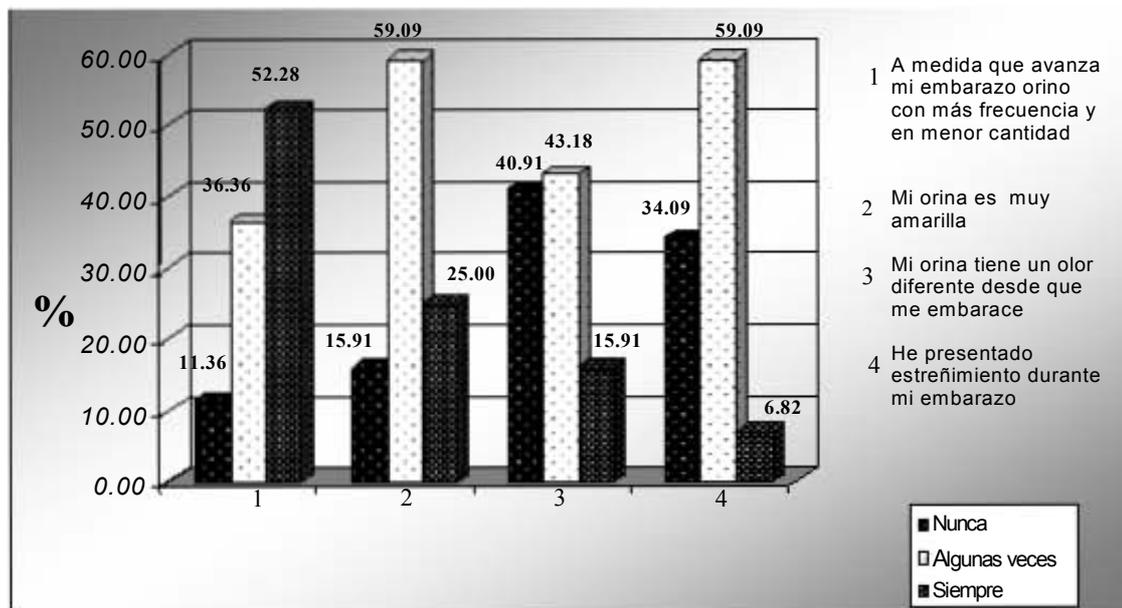
Indicadores	Nunca		Algunas veces		Siempre		Total	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
A medida que avanza mi embarazo orino con más frecuencia y en menor cantidad	5	11.36	16	36.36	23	52.28	44	100.00
Mi orina es muy amarilla	7	15.91	26	59.09	11	25.00	44	100.00
Mi orina tiene un olor diferente desde que me embaracé	18	40.91	19	43.18	7	15.91	44	100.00
He presentado estreñimiento durante mi embarazo	15	34.09	26	59.09	3	6.82	44	100.00

Fuente: Misma del cuadro 1

Descripción: Se puede observar en el cuadro No. 4 que porcentajes altos de adolescentes presenta estreñimiento (59.09 %) durante su embarazo y cambios en el olor (43.00 %) y el color (25.00 %) de la orina.

Gráfica No. 4

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos



Fuente: Misma del cuadro 1

Análisis: En la población estudiada un alto porcentaje reportó cambios en los procesos de eliminación tanto vesical como intestinal, siendo éstos: aumento en la frecuencia con que orinaban, pero con una disminución en la cantidad de la misma así como presencia de estreñimiento, variaciones que de acuerdo con Medina (2003) y Valderrama (2002) son normales durante el embarazo debido a los cambios anatomofisiológicos que se dan en esta etapa. Sin embargo también se presentaron otras condiciones como diferencias en el olor y el color de la orina, aspectos que son sugerentes de Infección de vías urinarias, aunque también pudieron deberse a la baja ingesta de líquidos que presentó la población.

Cuadro No. 5

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

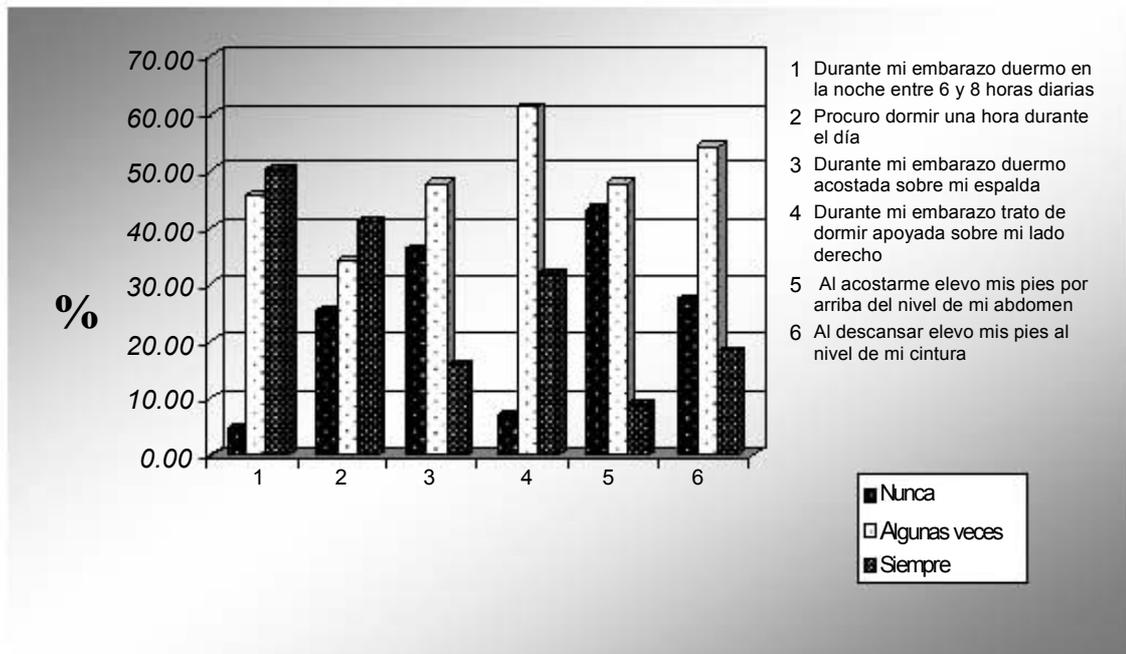
Indicadores	Nunca		Algunas veces		Siempre		Total	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Durante mi embarazo duermo en la noche entre 6 y 8 horas diarias	2	4.55	20	45.45	22	50.00	44	100.00
Procuro dormir una hora durante el día	11	25.00	15	34.09	18	40.91	44	100.00
Durante mi embarazo duermo acostada sobre mi espalda	16	36.36	21	47.73	7	15.91	44	100.00
Durante mi embarazo trato de dormir apoyada sobre mi lado derecho	3	6.82	27	61.36	14	31.82	44	100.00
Al acostarme elevo mis pies por arriba del nivel de mi abdomen	19	43.18	21	47.73	4	9.09	44	100.00
Al descansar elevo mis pies al nivel de mi cintura	12	27.27	24	54.55	8	18.18	44	100.00

Fuente: misma del cuadro 1

Descripción: Es posible observar en el cuadro 5 que el 61.36 por ciento duerme en algunas ocasiones sobre su lado derecho, el 31.82 por ciento lo hace siempre y que solo el 4.55 por ciento nunca duerme de 6 a 8 horas durante la noche, de la misma manera que el 27.27 por ciento nunca elevan sus pies para descansar.

Gráfica No. 5

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo



Fuente: Misma del cuadro 1

Análisis: De acuerdo con la gráfica un alto porcentaje de la población de estudio dormía apoyada sobre su lado derecho, situación que contraría totalmente lo recomendado durante el embarazo por autores como García (2002) y Geller (2003) quienes señalan que el dormir sobre el lado izquierdo en esta etapa favorece la oxigenación fetal y renal, al tiempo que optimiza el flujo sanguíneo a la placenta y por ende al producto.

Otra condición que llama la atención es el hecho de observar que al sentarse para descansar no elevaban los pies, acción que debiera ser fomentada ya que de acuerdo con Murray (2000) mejora el nivel de energía y favorece la circulación a los miembros inferiores.

Del mismo modo se puede observar que no existió un patrón promedio ideal de sueño entre las jóvenes ya que un alto porcentaje de ellas solo algunas veces tenían un lapso de sueño nocturno de entre 6 y 8 horas, aspecto esencial a cubrir durante el embarazo (Murria, 2000).

Cuadro No. 6

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

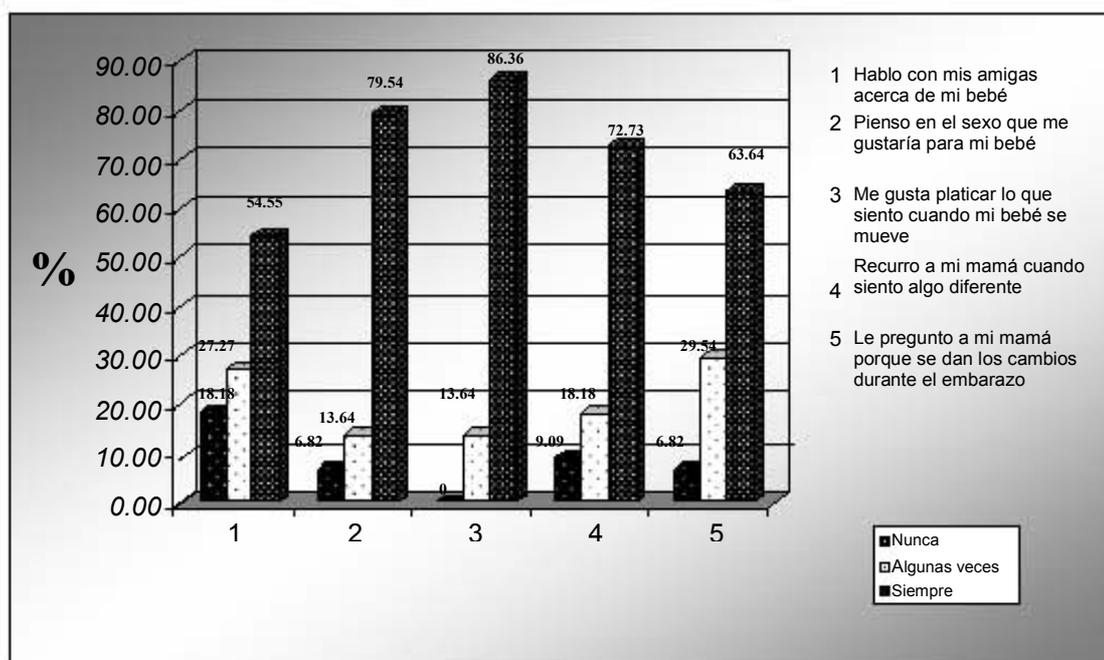
Indicadores	Nunca		Algunas Veces		Siempre		Total	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Hablo con mis amigas acerca de mi bebé	8	18.18	12	27.27	24	54.55	44	100.00
Pienso en el sexo que me gustaría para mi bebé	3	6.82	6	13.64	35	79.54	44	100.00
Me gusta platicar lo que siento cuando mi bebé se mueve	0	0	6	13.64	38	86.36	44	100.00
Recurso a mi mamá cuando siento algo diferente	4	9.09	8	18.18	32	72.73	44	100.00
Le pregunto a mi mamá porque se dan los cambios durante el embarazo	3	6.82	13	29.54	28	63.64	44	100.00

Fuente: misma del cuadro 1

Descripción: En el cuadro No.6 se observa que un 86.36 por ciento de la muestra siempre platica lo que siente cuando se mueve su bebé, de la misma manera es de llamar la atención que un 6.82 por ciento de ellas nunca recurre a su mamá cuando presenta algún cambio durante el embarazo.

Gráfica No. 6

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social



Análisis: En esta gráfica llama la atención el ver que a un alto índice de adolescentes embarazadas les gustaba platicar lo que sentían cuando su bebé se movía, aspecto que de acuerdo con Martínez (2001) y Urzúa (2004) es parte del proceso de socialización de la etapa de desarrollo en la que se encuentra.

El otro aspecto que llama la atención es el referente a las expectativas y sensaciones en cuanto al sexo del producto, que de acuerdo con Reyes, Molina, Laberthé y Campos (2000) las embarazadas presentan un estado regresivo denominado “regresión elaborativa” que se refiere al estado de funcionamiento primario donde imaginan y crean todo tipo de fantasías con respecto a lo que a ellas les gusta, desean o creen que el hijo puede ser.

Paralelamente la orientación de mujeres sigue siendo un recurso ampliamente usado dentro del embarazo, ya que la figura femenina tiene en nuestra cultura una alta preminencia, no solo como imagen de cohesión afectiva y de autoridad moral,

sino como reguladora de relaciones con el entorno y administradora de la economía, perciben que en la práctica la responsabilidad de la crianza, y de la vida familiar en las dimensiones señaladas está preferentemente en sus manos.

Cuadro No. 7

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos

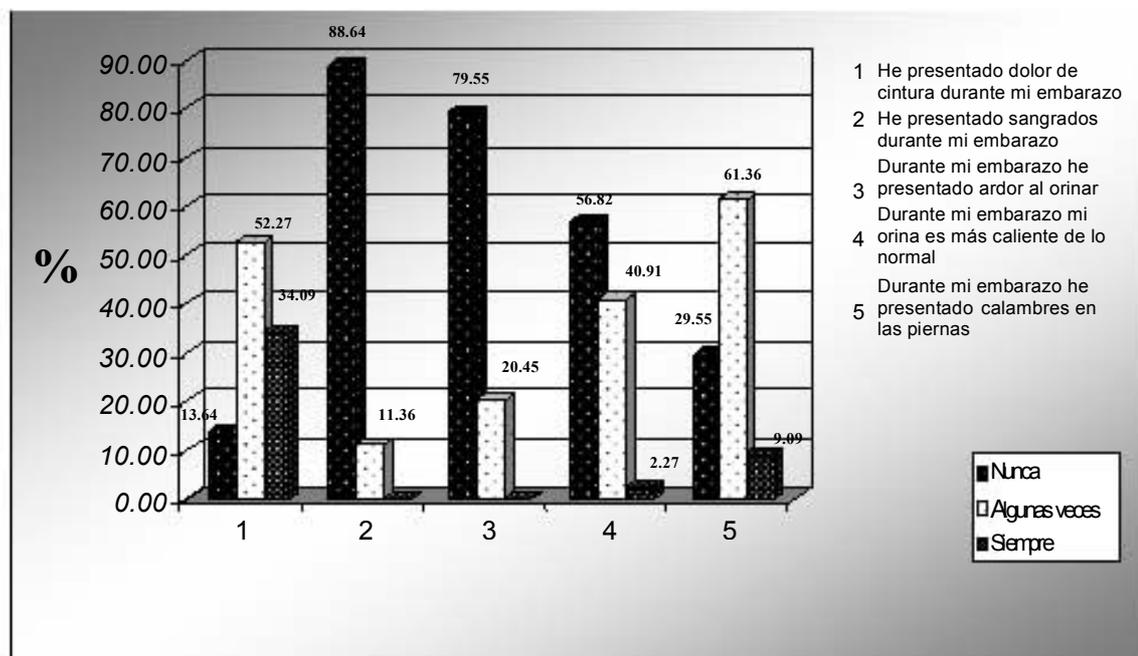
Indicadores	Nunca		Algunas veces		Siempre		Total	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
He presentado dolor de cintura durante mi embarazo	6	13.64	23	52.27	15	34.09	44	100.00
He presentado sangrados durante mi embarazo	39	88.64	5	11.36	0	0	44	100.00
Durante mi embarazo he presentado ardor al orinar	35	79.55	9	20.45	0	0	44	100.00
Durante mi embarazo mi orina es mas caliente de lo normal	25	56.82	18	40.91	1	2.27	44	100.00
Durante mi embarazo he presentado calambres en las piernas	13	29.55	27	61.36	4	9.09	44	100.00

Fuente: Misma del cuadro 1

Descripción: En el cuadro anterior se puede observar que un 88.64 por ciento de la población estudiada nunca presentó sangrados durante su embarazo, cifra que indicaría que un alto porcentaje de ellas carecen de factores de riesgo para presentar partos prematuros o abortos. En contraste con el 2.27 por ciento que refiere presentar una orina más caliente de lo normal.

Gráfica No.7

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos



Fuente: Misma del cuadro 1

Análisis: Autores como Villanueva, Díaz y Polanco (2002) mencionan que las complicaciones que amenazan a la adolescente durante el embarazo y alumbramiento son: trabajo de parto prolongado, toxemia, preeclampsia-eclampsia, desprendimiento prematuro de la placenta, desproporción céfalo-pélvica, anemia por deficiencia de hierro, y amenaza de aborto entre las más comunes; aspectos que difirieron con lo reportado en el estudio, ya que un mínimo de la población presentó factores de riesgo tales como calambres en las piernas y dolor de cintura que pudieran conducirlos a presentar alguna de las situaciones antes mencionadas, y que sin embargo estarían por considerarse a partir del tipo de alimentación que presentó un gran porcentaje de la población.

Cuadro No. 8

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales

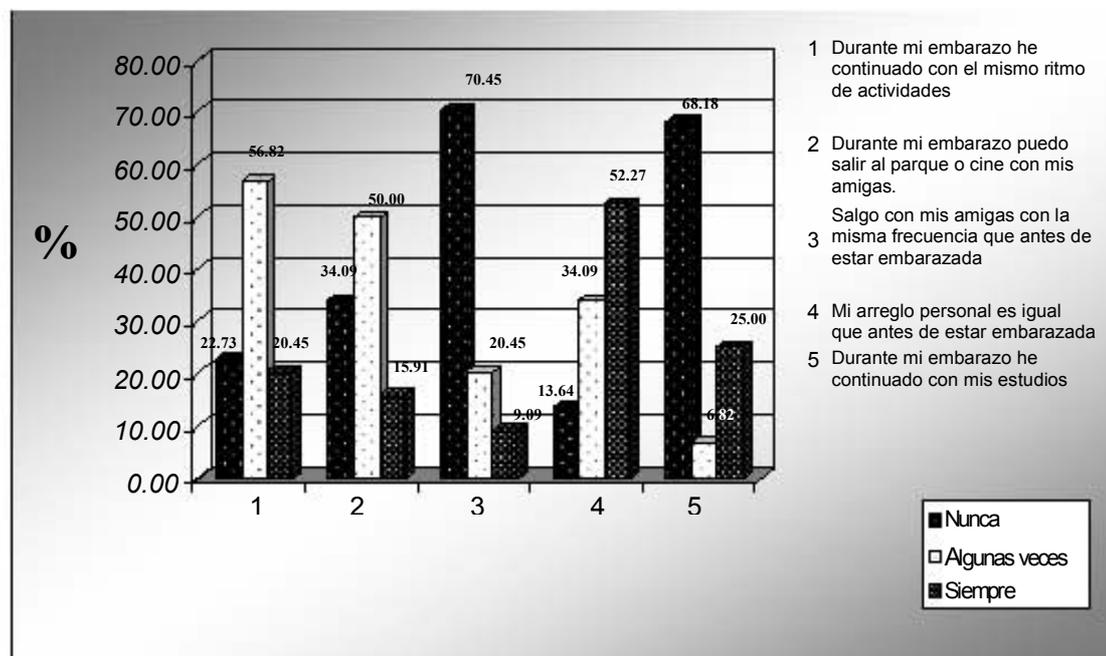
Indicadores	Nunca		Algunas veces		Siempre		TOTAL	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Durante mi embarazo he continuado con el mismo ritmo de actividades	10	22.73	25	56.82	9	20.45	44	100.00
Durante mi embarazo puedo salir al parque o al cine con mis amigas	15	34.09	22	50.00	7	15.91	44	100.00
Salgo con mis amigas con la misma frecuencia que antes de embarazarme	31	70.45	9	20.45	4	9.09	44	100.00
Mi arreglo personal es igual que antes de embarazarme	6	13.64	15	34.09	23	52.27	44	100.00
Durante mi embarazo he continuado con mis estudios	30	68.18	3	6.82	11	25.00	44	100.00

Fuente: Misma del cuadro 1

Descripción: En el cuadro No 8 se observa que un 70.45 por ciento de la población redujo las salidas con sus amigas en relación a antes de embarazarse; el 20.45 por ciento continua con su mismo ritmo de actividades y el 13.64 por ciento ya no tiene un arreglo personal igual al periodo previo de su embarazo.

Gráfica No. 8

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales



Fuente: Misma del cuadro 1.

Análisis: Un grupo importante de adolescentes redujo las salidas con sus amigas o disminuyó su arreglo personal al presentarse el embarazo; aspectos importantes de considerar ya que como Masters y Johnsons (1987) y Urzúa (2004) mencionan, la adolescencia es una etapa de identificación con sus pares, de socialización y acicalamiento, características que la ayudan a configurar y consolidar la propia identidad como persona única y madura.

La repercusión del embarazo en la adolescencia significa un cambio en la vida de relación y personal, teniendo que asumir el rol materno que reduce el disfrute del tiempo libre experimentando sentimiento de pérdida de libertad o independencia, características de la adolescencia que ante la gestación se ponen en entredicho (Ibarra, 2003).

DISCUSIÓN

Las estadísticas revelan que el estado de salud de las adolescentes se ha debilitado en los últimos 20 años, mientras que en los demás grupos de edad ha mejorado. Parte de este debilitamiento se debe al embarazo constituyendo la principal causa de morbi-mortalidad de este grupo poblacional; el embarazo a estas edades se ha convertido en uno de los problemas de salud más difíciles de solucionar, ya que muchas de ellas no reciben la orientación adecuada acerca de los cuidados que deben llevar a cabo durante la gestación, lo que incrementa el riesgo al cual están sometidas (Young, 1989; Organización Panamericana de la Salud, 1995).

Muchas veces el embarazo representa al primer contacto de la adolescente con el profesional de salud, en donde el personal de enfermería participa en la atención, para lo cual debe estar preparado para atender y orientar a esta población basándose en el reconocimiento de las acciones que las adolescentes embarazadas realizan para cuidarse, de acuerdo a la Teoría General del Déficit de Autocuidado (Orem, 1995).

De esta forma, dentro de los aspectos más importantes a fortalecer por parte de Enfermería en el embarazo en adolescentes están los requisitos universales de Mantenimiento de un aporte suficiente de agua, aire y alimentación, Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo y de Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

En cuanto al de mantenimiento de un aporte suficiente de agua, aire y alimentación existen aspectos vulnerables tales como una ingesta insuficiente de líquidos, frutas

y verduras; aspectos que de acuerdo con Villanueva (2002) Flores (1998), Gonzáles; (2001) y Hernández (2004), se traducen en riesgo para el binomio en términos de aparición de infección de vías urinarias, complicaciones durante el trabajo de parto y anemia para la madre y para el producto la posibilidad de nacer con bajo peso, entre otras muchas otras situaciones.

D'Arcy y Macones (2002) reconocen que la alimentación de la adolescente durante el embarazo es desequilibrada siendo esta a base de comida poco nutritiva, rica en carbohidratos ya que existe una tendencia al consumo de harinas, pastas y pan, aspectos que sin duda coinciden con lo reportado en la investigación.

Por su parte Rached (1999) y Gómez (2005) en estudios separados coinciden al mencionar que es común que durante el embarazo se tenga un abuso en la ingesta de maíz y harinas, aspectos que sin duda son de índole cultural y que se ven reflejados en la población de estudio.

En lo referente al mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo se presentaron aspectos que difieren con lo recomendado por García (2002) y Geller (2003) en investigaciones independientes ya que un alto porcentaje de la población de estudio durmió sobre el lado contrario al recomendado, es decir durmió sobre su lado derecho o no elevaban las piernas al descansar, estos aspectos sin duda son sugerentes del desconocimiento que se tiene de la importancia de cuidar aspectos que bien pueden ser tomados como poco relevantes, pero que sin duda pueden ser de gran beneficio para el producto.

Por otra parte en el aspecto referente al promedio ideal de sueño Murray (2000) menciona que durante el embarazo se debe tener descanso nocturno entre 6 y 8 horas, aspecto que difiere con la población de estudio, ya que se encuentran por debajo de lo recomendado. Esto se puede atribuir a patrones culturales en el cual el hecho de permanecer en la casa o no tener un empleo fuera de ella es sinónimo de descanso para la mujer (García, 2002).

Otro requisito en el cual se presentó déficit fue en el referente al de Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales ya que autores como Laverde, Contreras y Rodríguez (2000) en estudios independientes coinciden al afirmar que la adolescencia es una etapa de socialización, acicalamiento y consolidación de la identidad, aspectos que al presentarse el embarazo se interrumpen al tener que adoptar el rol de mujer madura y tener que asumir la responsabilidad de su propio cuidado y del hijo gestante, características que concuerdan con los hallazgos del estudio ya que el un gran índice de las adolescentes dejaron de salir con sus amigas con la misma frecuencia con la que lo hacían antes de embarazarse.

Por otro lado un alto porcentaje de las jóvenes del estudio reportó haber dejado los estudios ante la gestación, situación que coincide con lo señalado por Walter (1986), Gutiérrez (1994) y Die (1997) en el sentido de que la maternidad en adolescentes conlleva a la interrupción de los estudios ante la diversidad de funciones que tiene que asumir.

En cuanto a las deficiencias encontradas en la cobertura de los requisitos universales de Autocuidado a la salud se hace necesario mencionar que hubo tres de ellos que se llenaron de manera satisfactoria por la población de estudio; siendo estos los referentes a:

Provisión de cuidados asociados con el proceso de eliminación de desechos incluidos los excrementos en el cual los aspectos que presentaron las adolescentes son considerados como normales ya que autores como Medina (2003) y Valderrama (2002) mencionan en estudios independientes que el aumento en la frecuencia y la disminución en el volumen de la orina, así como la presencia de estreñimiento son aspectos normales que se presentan en toda mujer embarazada debido a los cambios metabólicos que sufre el cuerpo de la gestante.

Por otro parte en el requisito Universal de Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social se presentaron situaciones como el hecho de que la adolescente embarazada platicara con sus amigas acerca de su embarazo, así como las sensaciones y percepciones del mismo, aspectos que de acuerdo con Martínez (2001) y Urzúa (2004) son parte del proceso de socialización durante la adolescencia. Por último en el requisito de Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos Villanueva, Díaz y Polanco (2002) en estudios independientes mencionan que las principales causa de morbi-mortalidad durante el embarazo en adolescentes son las debidas a abortos, preeclampsia o parto prematuro, aspectos que difirieron con lo reportado en la población de estudio.

CONCLUSIONES.

A partir de los hallazgos es evidente que la población de jóvenes embarazadas cubre satisfactoriamente para su salud solo tres de los seis Requisitos Universales de Autocuidado; particularmente los referentes a: proceso de eliminación de desechos, incluidos los excrementos; el de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social y el de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos. Se consideran convenientes porque operativamente cubre los atributos del requisito explorado.

Sin embargo los tres Requisitos Universales que no se cubrieron tienen un alto riesgo para la salud del binomio, por ejemplo: el hecho de que el requisito universal de mantenimiento de un aporte suficiente de agua, no se cubra significa la posibilidad de riesgos de infección de vías urinarias y complicaciones como amenaza de parto prematuro; el déficit en la ingesta de verduras da pie a la posibilidad de anemia en la madre y de un recién nacido de bajo peso o de muerte fetal.

Por otra parte el no cubrir aspectos de cuidado como el dormir sobre su lado izquierdo en el requisito de equilibrio entre la actividad y el reposo conlleva a presentar riesgos como parto prematuro o muerte fetal o la presencia de edema de miembros inferiores por el hecho de no cuidar aspectos como el elevar las piernas al descansar.

En lo referente a la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales se presentaron deficiencias importantes como el hecho de dejar de

salir con sus amigas o el abandono escolar ante la presencia del embarazo, aspectos que son imperantes de ser cubiertos ya que implican parte del proceso de socialización de tal etapa

Por otro lado ninguno de los Requisitos Universales de Autocuidado fue satisfactorio en su totalidad ya que en el proceso de eliminación de desechos, incluidos los excrementos, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social y prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos se presentaron como puntos vulnerables los siguientes:

- ◆ Modificaciones no conocidas por la joven en cuanto a la eliminación vesical e intestinal.
- ◆ Nunca platicar acerca de su bebé.

En contraste existieron indicadores que se cubrieron positivamente:

El Requisito Universal de aporte suficiente de agua y alimentación se cubrió satisfactoriamente la ingesta de leche y el consumo de frutas y proteínas de origen animal.

En el referente a la Provisión de Cuidados asociados con el Proceso de Eliminación de desechos incluidos los excrementos, una fracción importante de ellas no presentó cambios en el color y olor de la orina.

En el Mantenimiento del Equilibrio entre la actividad y el reposo un Amplio grupo elevó los pies por arriba del nivel del abdomen.

En lo relativo al mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social más de la mitad de ellas hablaba con sus amigas acerca de su bebé y platicaban lo que sentían cuando este se movía.

En la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos una parte importante de adolescentes nunca presentaron situaciones que pudieran poner en peligro su embarazo tales como la presencia de sangrados o “ardor” al orinar.

En el requisito de promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales casi la mitad de ellas continuó con su arreglo personal igual al de antes de embarazarse.

SUGERENCIAS

La cobertura de solo tres Requisitos Universales de Autocuidado que son los referentes a el Proceso de eliminación de desechos, incluidos los excrementos, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social y el de prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humanos puede ser un indicio de que existe un alto margen dentro de la disciplina de Enfermería en aspectos de cuidado haciendo énfasis en los tres requisitos que no se cubrieron. De esta forma se sugiere lo siguiente:

- Elaborar guías de alimentación, nutrición y dietética, así como planes y /o programas de educación para la salud que sensibilice la importancia de la ingesta de líquidos y el consumo de verduras y leguminosas durante el embarazo.
- Generar programas de descanso durante el día que consideren acciones tales como elevar los pies o tener una siesta durante el mismo y que favorezcan el sueño durante la noche.
- Implementar acciones que beneficien el desarrollo humano de la adolescente embarazada a través de grupos de apoyo como por ejemplo aquellos en los cuales se les den pláticas de orientación acerca del trabajo de parto y ejercicios profilácticos.
- Realizar investigación en embarazadas explorando el concepto de descanso
- Realizar investigación comparativa explorando el concepto anterior entre adolescentes y mujeres adultas.

Dentro de los seis requisitos de autocuidado se cubrieron algunos de manera parcial, sin embargo existen aspectos que son esenciales de atender durante el embarazo para lo que se propone lo siguiente:

- Diseñar Programas a través de los cuales se les brinde información acerca de los cambios que se consideran como “normales” durante el embarazo y los aspectos que debe cuidar para evitar complicaciones.
- Formar grupos de apoyo para padres de adolescentes embarazadas, en donde se les de a conocer la importancia que tiene el apoyo de la familia a la adolescente que se encuentra en estas circunstancias.
- Establecer fuentes de información que generen conocimiento en las adolescentes acerca de los factores de riesgo que más comúnmente se presentan en ellas y la forma en la que se pueden evitar.

Para explorar los Requisitos Universales de Autocuidado en adolescentes se considera necesario conocer el concepto que este sector de la población tiene acerca del término autocuidado para lo que se sugiere:

- Explorar el concepto de autocuidado en población adolescente mexicana.
- Realizar una investigación comparativa con adolescentes embarazadas y no embarazadas explorando los Requisitos Universales de Autocuidado en regiones semi-urbanas.
- Realizar investigación comparativa explorando las capacidades de autocuidado en población adulta y adolescente en población mexicana.

ANEXOS

MAPA OPERATIVO

Embarazo en la adolescencia



Aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar



Mujer que se encuentra en una edad comprendida entre los 10 y los 19 años de edad y que se encuentra en un estado grávido.

Edad

FUM

Sexo

ANEXO No.2

Definición Operativa de los Requisitos Universales de Autocuidado de la Adolescente Embarazada

Definición conceptual	Definición operativa	Indicador	Pregunta
<p>Requisito universal de mantenimiento del aporte suficiente de agua y alimentación.</p> <p>Proporciona a los individuos los materiales requeridos para la producción de metabolismo y energía (Orem; 1995)</p>	<p>Para esta investigación el requisito universal de aporte suficiente de agua y alimentos se entiende como: el consumo necesario de agua y la dieta que contenga alimentos de los cuatro grupos, en por lo menos dos comidas al día.</p>	<p>1.- Consumo de agua de 2500 a 3000 cc. Al día.</p> <p>2.- Consumo de alimentos de los cuatro grupos en por lo menos dos comidas al día en las cuales incluya: carbohidratos, que se encuentran en alimentos como los cereales y las legumbres.</p> <p>3.- proteínas que se encuentran en alimentos como las carnes, el pescado, huevo, queso y leche.</p>	<p>1.- Mi ingesta de líquidos es de dos y medio a tres litros al día.</p> <p>2.- en mi alimentación diaria consumo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Más de tres tortillas en mi alimentación diaria. ○ Por lo menos una pieza de pan blanco al día. ○ Sopa de pasta. ○ Verduras como la zanahoria o la papa. <p>3.-Consumo por lo menos un cuarto de litro de leche en alguno de mis alimentos diarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consumo queso o yogurt en alguno de mis alimentos diarios. ○ Consumo una pieza de carne roja, pescado o huevo en alguno de mis alimentos diarios.

		<p>4.- vitaminas; estas se encuentran en alimentos tales como vegetales de hoja verde oscuro, hígado, frutas y vegetales amarillos</p>	<p>4.- En mi alimentación diaria incluyo verduras de hoja verde oscuro.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consumo fruta más de tres veces al día. ○ Consumo lentejas de una a dos veces a la semana. ○ Consumo arroz de una a dos veces a la semana.
<p>Requisito universal de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos incluidos los excrementos. Los cuidados efectivos asociados con la eliminación y los excrementos debería asegurar la integridad de estos procesos y su regulación así como el control efectivo de los materiales eliminados (Orem; 1995).</p>	<p>Excreción de productos de desecho del organismo a través de la orina y excrementos.</p>	<p>1.- El adulto orina en un promedio de 1500 a 2000 ml. al día.</p> <p>2.-La orina normal por lo general tiene un color transparente y un olor característico.</p> <p>3.- La gestación produce una tendencia al estreñimiento.</p> <p>4.-En situación normal el adulto evacua una vez al día.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ A medida que avanza mi embarazo orino con más frecuencia y en menor cantidad. <p>2.- Mi orina es muy amarilla.</p> <p>3.- He presentado estreñimiento durante mi embarazo.</p>
<p>Requisito universal de mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: se refiere al control de gasto de energía voluntaria, regula los estímulos ambientales y</p>	<p>Actividades que realiza la adolescente embarazada para equilibrar las actividades diarias y el descanso, tanto en el día como en la noche.</p>	<p>1.- Durante el embarazo se debe dormir de 6 a 8 horas durante la noche.</p> <p>2.-Durante el embarazo se</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Durante mi embarazo duermo entre 6 y 8 horas diarias. ○ Procuero dormir una siesta

<p>proporciona variedad, salidas para los intereses y talentos y el sentido de bienestar que se deriva de ello (Orem; 1995).</p>		<p>recomienda dormir una siesta durante el día.</p> <p>3.-Se recomienda dormir sobre la espalda con las piernas ligeramente elevadas o sobre un costado con el abdomen ligeramente apoyado.</p> <p>4.-Se aconseja sentarse con los pies ligeramente elevados.</p>	<p>durante el día.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Durante mi embarazo duermo acostada sobre mi espalda. ○ Al sentarme trato de elevar mis pies al nivel de mi cintura para descansar.
<p>Requisito universal de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana. Condiciones esenciales para los procesos de desarrollo en los que se adquiere conocimiento, se forman valores y expectativas y se logra una sensación de seguridad y realización (Orem; 1995).</p>	<p>Acciones que realiza la adolescente embarazada para favorecer el desarrollo de un embarazo sano en torno a pensamientos o creencias sobre su embarazo.</p>	<p>1.-comunica sus proyecciones acerca de su futuro bebé.</p> <p>2.- Comparte los cambios del embarazo.</p> <p>3.-Pide información sobre el embarazo a su madre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hablo con mis amigas acerca de mi bebé ○ Pienso en el sexo que me gustaría que tuviera mi bebé. ○ Platico con mis amigas cómo imagino al bebé. ○ Me gusta platicar lo que siento cuando mi bebé se mueve. ○ Cuando siento algo diferente a mí le pregunto a mi mamá. ○ Le pregunto a mi mamá

			porque se dan algunos cambios en el embarazo.
<p>Requisito universal de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos. Contribuyen al mantenimiento de la integridad humana y, por lo tanto a la promoción efectiva del funcionamiento y desarrollo humanos. Promueve condiciones que lleva a los individuos a sentir y conocer su individualidad y su globalidad, a la objetividad cognitiva y a la libertad y responsabilidad como seres humanos</p>	<p>Acciones realizadas por la embarazada para evitar posibles complicaciones durante la gestación, tales como; hemorragias, infección de vías urinarias, parto prematuro, bajo peso al nacer.</p>	<p>1.-Se recomienda evitar realizar trabajos pesados o que impliquen gran esfuerzo ya que estos pueden ocasionar hemorragias o amenaza de parto prematuro o abortos.</p> <p>2.-Se recomienda ingerir más de dos litros de agua al día para evitar infección de vías urinarias, así como el uso de ropa interior de algodón.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ He presentado dolor de espalda. ○ He presentado sangrados que coinciden con mi fecha de menstruación. ○ Durante mi embarazo he presentado calambres en las piernas. ○ Durante mi embarazo he presentado ardor al orinar. ○ Durante mi embarazo mi orina es más caliente de lo normal.
<p>Requisito universal de promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normales (Orem; 1995)..</p>	<p>Actividades que realiza la adolescente embarazada para favorecer su desarrollo dentro de los grupos sociales a los que pertenece.</p>	<p>1.-Actividades recreativas que realiza la adolescente</p> <p>2.-Actividades sociales que realiza la adolescente embarazada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Durante mi embarazo acudo a divertirme a los mismos lugares que antes de embarazarme. ○ Durante mi embarazo salgo al parque o al cine con mis amigas. ○ Me gusta que mis amigas me sigan visitando como antes de embarazarme.

		<p>3.-Actividades que realiza la adolescente para conservar su imagen.</p> <p>4.-Actividades escolares.</p>	<p>e.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Salgo con mis amigas con la misma frecuencia que antes de embarazarme. ○ Mi arreglo personal es igual al de antes de embarazarme. ○ Durante mi embarazo he continuado mis estudios.
--	--	---	---

ANEXO No. 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA.**

AUTOCUIDADO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

(A. A. E; Martínez. M. M. L; 2004)

Objetivo: Conocer la manera en la cual las adolescentes llevan a cabo su propio autocuidado durante el embarazo.

Fecha _____

Edad _____

Fecha de última regla _____

INSTRUCCIONES: Lee cada una de las siguientes frases y marca con una cruz (X) la respuesta que ser acerque más a las actividades que realizas para cuidarte durante tu embarazo.

FRASES	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
1.- Mi consumo de líquidos es de 2 y medio a tres litros al día.			
2.- Como más de tres tortillas en mi alimentación diaria.			
3.- Como una pieza de pan blanco al día			
4.- En mi alimentación diaria incluyo sopa de pasta.			
5.- En mi alimentación diaria incluyo verduras como la zanahoria o la papa.			
6.- En mi alimentación diaria incluyo verduras de hoja verde oscuro (espinacas, acelgas, etc.).			
7.- Como queso o yogurt en alguno de mis alimentos diarios.			
8.- Tomo un cuarto de litro de leche en alguno de mis alimentos diarios.			
9.- Incluyo una pieza de carne roja, pescado o huevo en alguno de mis alimentos diarios.			
10.- En mi alimentación diaria consumo fruta más de tres veces al día.			
11.- Consumo lentejas de una a dos veces a la semana.			
12.-Consumo arroz de una a dos veces a la semana.			
13.- A medida que avanza mi embarazo orino con más frecuencia y en menor cantidad.			
14.-Mi orina es muy amarilla.			

15.-Mi orina tiene un olor diferente desde que me embarace.			
16.-Durante mi embarazo he presentado ardor al orinar.			
17.-Durante mi embarazo mi orina es más caliente de lo normal.			
18.-He presentado estreñimiento durante mi embarazo.			
19.-durante mi embarazo duermo durante la noche entre 6 y 8 horas diarias.			
20.-Procuro dormir una hora durante el día.			
21.-Durante mi embarazo duermo acostada sobre mi espalda.			
22.-Al acostarme elevo mis pies por arriba del nivel de mi espalda.			
23.-Durante mi embarazo duermo sobre mi lado derecho.			
24.-Al descansar elevo mis pies al nivel de mi cintura.			
25.-Hablo con mis amigas acerca de mi bebé.			
26.-Pienso en el sexo que me gustaría para mi bebé.			
27.- Me gusta platicar lo que siento cuando mi bebé se mueve.			
28.-Recurro a mi mamá cuando siento algo diferente.			
29.- Le pregunto a mi mamá porque se dan los cambios durante el embarazo.			
30.-He presentado dolor de cintura durante mi embarazo.			
31.- He presentado sangrados durante mi embarazo.			
32.-Durante mi embarazo he presentado calambres en las piernas.			
33.-Durante mi embarazo he continuado con mi mismo ritmo de actividades.			
34.- Durante mi embarazo puedo salir al parque o al cine con mis amigas.			
35.- Salgo con mis amigas con la misma frecuencia que antes de embarazarme.			
36.- Mi arreglo personal es igual que antes de embarazarme.			
37.-Durante mi embarazo he continuado con mis estudios.			

Observaciones: _____

¿Permitirías que se te realizara una entrevista más detallada? En caso de que tu respuesta sea afirmativa, por favor anota tu nombre, dirección o número telefónico.

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, P. (1991) Problemas perinatales del embarazo en edad precoz. En: *Revista de Salud de México*; 3(3):51-54.
- Carrie, L. (2003) Alimentación durante el embarazo. *Serie Científica Médica*; 2, 6-29.
- Cavanagh, G. (1995). Modelo de Orem. España. Edit. Masson Salvat. 423 pp.
- Coll, A. (2000). Embarazo en la adolescencia. *Clínicas Perinatológicas*. Argentina Asaper; 4, 10-12.
- Duarte, A. (1987) Embarazo en adolescentes en: *Ginecología de la niña y la adolescente*. Colombia. Salvat editores; 443-461.
- Consejo Nacional de Población y Vivienda. (1996) *Indicadores Básicos de Fecundidad en la Población Mexiquense*. México: Porrúa; 56-68.
- Consejo Nacional de Población y Vivienda. (2000) *Indicadores Básicos de Salud Reproductiva y Planificación Familiar*. México: Porrúa; 79-89.
- Dulanto, G. E. (2001). *El adolescente*. México: Mc Graw Hill Interamericana; 654 p. p.
- Ehrenfeld y Lenkiewics. (1983). Educación para la Salud sexual y reproductiva de la adolescente embarazada. *Salud Pública de México*; 36: 154-160.
- Escobar y Muñoz. (1998). Sección Bibliográfica: *Adolescentes*. En: *Revista Médica del Hospital General de México*; 62, 3: 210-215.
- Flores, L. (1998). Consumo de energía y nutrimentos en mujeres Mexicanas en edad reproductiva. *Salud Pública México*; 40(2):161-71
- García, S. (2002). Embarazo y adolescencia. *Revista sobre Salud Sexual y Reproductiva*. Obtenida el 28 de marzo de 2005 de:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.

- Gerendas, M.; Sileo, E. (1997). Embarazo en la adolescencia. *Factores de riesgo y cadena de prevención*. Caracas. Comisión Femenina Asesora de la Presidencia de la República; 13(7): 65- 73
- Geller, C. (2003) Visión general de las conductas sexuales juveniles y sus consecuencias. En: *Revista Chilena Sojja*; 3(1):3-34.
- Guevara, E. (1997). *Autocuidado en adolescentes embarazadas en un área urbano-marginada de Apodaca Nuevo León*. Tesis de Maestría no publicada Universidad Autónoma de Nuevo León. pp.86.
- Gómez, P. (1996). *Factores que se relacionan con las capacidades de autocuidado en embarazadas*. Gómez, A. (2005) Incidencia de parto pretérmino y factores de riesgo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 1991; 42(3): 199-207
- González, G. (2001). Embarazo en adolescentes. *Asociación Probienestar de la Familia Colombiana*. Profamilia Bogotá; 375 p.p.
- Gutiérrez, D. (1997). Adolescente embarazada. *Santiago de Chile*. Editorial Universitaria; 67-78.
- Hart, L. (1995). Pregnant woman: Expectations Vs reality, *Canadian Journal of Public Health*. (80). 227-229.
- Hernández, A. (2004) Estado nutricional de gestantes adolescentes en Sao Paulo, Brasil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*; 47(4):305-10
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2001). *Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes*. México; 3(13) 61-76.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2002). *Estadísticas de población adolescente en México*. Obtenida el 27 de septiembre de 2003 de: <http://adoles.org.mx/indicadores/adolescentesestadisticas.pdf>.

- Issler, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. En: *Revista de Postgrado Cátedra 6 de Medicina*; 107 (10) 2001: 11-23.
- Issler, J. (2002). Contracepción, adolescencia y ética. En: *Revista brasileña de educación médica continua*; 3(6) 38-42.
- Laurel, C. (2003). Embarazo en la adolescencia. En: *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*; 59:289-92.
- Laverde, Contreras y Rodríguez. (2000). Embarazo en adolescentes: repercusiones psíquicas. *Actualizaciones pediátricas*; 3(3):116-125.
- Lee y Grubbs, L. (1993) A comparison of self-reported self care practices of pregnant adolescents. *Nurse practitioner*; 5(2)17-19.
- Ley General de salud. (2002) *Ley de Salud para el Distrito Federal*. Tomo 1, Edit. Porrúa. México 2(2) 197-254
- Lindgren, K. (2003). A comparison of pregnancy health practices of women in inner city and small urban communities. Obtenida el 13 de noviembre de 2003 de <http://cinahl.com.wegis/dsplset.p>.
- Mapanga, K., Andrews, C. (1995) The influence of family and friends` basic conditioning factors and self care agency on unmarried teenage primiparas. Engagement in contraceptive practice. En: *Journal of community Health Nursing*. (2) 12.pp. 89-100
- Martínez, M. (2001). La salud del niño y del adolescente. *Ciencia y cultura Latinoamericana*. México; 12: 99 -117.
- Martínez, R y cols. (2002). Morbilidad de la adolescente embarazada. En *Ginecología y Obstetricia de México*; 70: 320-27.
- Marlow, D. (2000). Enfermería Pediátrica. 5ta ed. Médica Panamericana. Pp.276.
- Masters y Johnsons. (1987). *La sexualidad Humana*. Editorial Gijalbo. pp. 654

Medina, B. (2003) Adolescente embarazada en: *Revista sexología y sociedad*.2 (1) 17-22.

Murria, D. (2000) Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting". En: *Revista Adolescente*; 28 (109) 97-122.

Molina y Romero. (1995). *La sexualidad Humana*. Edit. Grijalbo; 84 p.p.

Núñez, N. (2000). Muñecas por niños. Obtenido el 28 de febrero de 2004 de:
<http://aepap.org/fagiojoven.embadol.htm>.

Orem, D. (1995). *Modelo de Orem*. Edit. Masson Salvat. México;

Orem, D. (1995). *Nursing Concepts of Practice 5ta ed. St. Louis Mosby*. . 172.

- ❖ Organización Mundial de la Salud. (1997). *Bienal report; Developmental and research training in human reproduction*. Ginebra: WHO Publications; 12, 19-31.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). Oficina Sanitaria Panamericana y Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. Obtenida el 26 de enero de 2003 de: <http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/mexico/org/ops.htm>

Ortigosa, C; Padilla, J y López, O. (2001). Necesidades educativas. En Salud Perinatal en Madres adolescentes Embarazadas. En: *Ginecología y Obstetricia de México*; 70,28-34.

Pardo de Vélez, G. (1997). Estudio del embarazo en adolescentes en 11 instituciones colombianas. En: *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*; 42(2): 109-121.

- Pérez, Q. (2002). Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del médico de la familia. En: *Revista Cubana de Medicina General e Integral*; jul-sept; 11(3): 239-45.
- Polanco, E. (2002) Embarazo en adolescentes. En: *Revista Planificación. población y desarrollo*; 7(1 9): 31-32.
- Quezada, G. (2003). Madres solteras adolescentes: En: *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*; 22(2):10-11.
- Rached, J. (1999) Paths to adolescent parenthood. Implications for prevention. En: *Public Health Report*; 101(2):132-147.
- Renker, P. (1999). Physical abuse, social support, and self care and pregnancy outcomes of older adolescents. En: *Obstetric Gynecology Neonatal Nursing*. Jul-Aug; 28(4):377-88.
- Reiis; D. (1996). Obstetric outcome of teenage pregnancies. En: *Human Reproduction*; 12(23) 3-5.
- Rodríguez de la Parra, Sonsoles y Carbelo Baquero. (1989). Autocuidado en el adolescente. Obtenida el 23 de mayo de 2003 de:
<http://www.doc6.es/dbtw/exec/dbtpub.dll>
- Rodríguez; G. (2003). Ingesta de Macronutrientes y Vitaminas en Mujeres Embarazadas. En: *Revista Cubana de Salud Pública*; 29(3):220-27
- Romero, P. (1998). Adolescencia y Embarazo. En: *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*; 67, 356-59.
- Stern, C. (1997) El embarazo en la adolescencia como un problema público. Una visión crítica. *Salud Pública de México*; 39; 137-43.

- Stonebraker, E. (1991). *Salud en las Adolescentes Embarazadas*. Tesis Inédita de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León; 117 p.
- Tapia, G. (1991) Salud del adolescente. En: *Salud Pública de México*; 5(1)18-23.
- The World Health Report. (1998). Indicadores de natalidad mundial. Obtenido el 18 de diciembre de: http://www.comcoi.com.ug/edi_anter/cros.htm.
- Torres, G. (1999) Application of the nursing process based in Orem's theory: a case study with a pregnant adolescent. Obtenido el 30 de marzo de 2005 de <http://www.webdehaepar.com/noticias0409/18183921.htm>.
- Urzúa, F. (2004) Sistemas de atención de la salud para adolescentes. En: *La Psicoterapia en la práctica médica.*; 6(4):28-32.
- Valderrama, Y. (2002) A developmental approach to sexuality educations for medical practice en: *Revist implications for medical practice*. 14, 109-114
- Velarde; N. (2003) Desnutrición materna y retardo del crecimiento fetal. Avances en la comprensión de sus mecanismos. *Boletín de la Escuela de Medicina*; 85-9.
- Villanueva, I. (2002) Características obstétricas de la adolescente embarazada. En: *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*; 2 (67)356-359.
- Zolla y Mellado. (1995). Creencias, actitudes y conocimientos en Mujeres embarazadas. *Rev. Méd. Chile*; 128: 574-83.