



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO**



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA

**“CAPACIDADES Y BARRERAS QUE LIMITAN EL
AUTOCAUIDADO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
DESDE LA PERSPECTIVA DE DOROTHEA OREM”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

DIRECTOR DE TESIS:

MCE. ROSA MA. BALTAZAR TÉLLEZ

POR:

PLE. ZELTZIN NAYELY PEREDA HOMBRAR

ENERO 2017

Contenido

RESUMEN	3
I. INTRODUCCIÓN	5
II. JUSTIFICACIÓN.....	8
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.1. Pregunta de investigación:.....	12
IV. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	13
V. FACTORES QUE AFECTAN EL EMBARAZO DE JÓVENES.....	17
5.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	20
5.1.1 FACTORES PREDISPONENTES	21
5.1.2 FACTORES DETERMINANTES	22
5.2 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES	22
5.2.1 Actitudes hacia la maternidad	23
5.2.2 El padre adolescente	25
5.2.3 Complicaciones del Embarazo Adolescente.....	27
5.2.4 Enfoque de riesgo para la atención de la adolescente embarazada:	29
VI. TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	34
VII. MARCO REFERENCIAL:	42
VIII. OBJETIVOS.....	45
IX. METODOLOGÍA:.....	46
9.1 Diseño de la investigación.....	46
9.2 Tipo de investigación.....	46
9.3 Población.....	46
9.4 Universo	46
9.5 Muestra y muestreo.....	46
9.6 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN, INSTRUMENTO Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE DATOS.....	47
9.7 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	47
9.8 CONSIDERACIONES ETICAS.....	47
9.9 PROCEDIMIENTO ESTADISTICO	48
X. RESULTADOS	49
XI. CONCLUSIONES	59
XII. DISCUSIÓN.....	61

XIII. SUGERENCIAS.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	66
ANEXOS	68
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	69
ANEXO 1	72

RESUMEN

El embarazo adolescente debe ser un tema de atención prioritaria en la agenda pública ya que es una realidad creciente y generalizada en todo el mundo. En una sociedad con patrones culturales tradicionales, ni la familia, la escuela, en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia. Por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual, solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales.

Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción. En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema medico-social.

El inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos que las mujeres que comienzan a procrear más tarde. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial. También la salud del producto puede verse afectada: las madres adolescentes tienen de dos a seis veces más probabilidades de tener hijos con bajo peso al nacer que las madres de 20 años o más.

Este problema representa costos para el estado, por concepto de atención en salud por las complicaciones que el parto y el recién nacido puedan presentar, así como por la atención y el apoyo social de los niños en situación de desventaja. Los embarazos en las adolescentes traen consigo una serie de complicaciones principalmente se le atribuyen a dos grandes factores asociados a resultados ginecoobstétricos es decir las condiciones físicas y orgánicas, además de los factores psicosociales adversos como resultado de las características individuales, el entorno que rodea a la adolescente embarazada.

Además de traer consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud y específicamente por los profesionales de enfermería, con el fin de detectar tempranamente

riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las adolescentes embarazadas.

Las principales consecuencias psicosociales son la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos. El embarazo en adolescentes es una realidad creciente y generalizada en todo el mundo. Es considerado también un problema de salud pública, ya que afecta el ámbito económico e impacta en un rezago educativo.

Las madres adolescentes son frecuentemente estigmatizadas y sufren discriminación de género, desaprobación y rechazo familiar, social (en las escuelas, en sectores de salud, en las comunidades, en ámbitos religiosos, por ejemplo). El autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es una realidad creciente y generalizada en todo el mundo. Es considerado también un problema de salud pública, ya que afecta el ámbito económico e impacta en un rezago educativo.

A nivel mundial cada año se registran 14 millones de adolescentes que se convierten en madres antes de los 19 años.

En México es muy similar la problemática, debido a que la tasa de embarazo en mujeres de 12 a 19 años de edad es de 79 por cada mil mujeres, considerado como enfermedad social. Tales cifras se ven reflejadas en la sobredemanda de servicios de salud para la atención del embarazo y parto, de estas adolescentes. (López, 2011)

En el último año el tema de embarazo adolescente ocupa un espacio importante en la agenda pública y mediática del país. Esto es así porque su incidencia desde el 2006 va en aumento, no obstante, los esfuerzos hechos por las instituciones educativas y de salud del país.

El embarazo adolescente debe ser un tema de atención prioritaria en la agenda pública. A la fecha existen en el país diversas estrategias de prevención y proyectos focalizados para el apoyo de las mujeres que son madres adolescentes. Este tema tiene efectos multifactoriales en la salud, educación, y en la construcción de un proyecto de vida para el país es fundamental fortalecer las acciones que permiten generar mejores condiciones para una vida digna. Secretaria de Educación Pública. (SEP, 2012)

El embarazo en este grupo de edad, es considerado de alto riesgo por la mortalidad que puede desarrollarse en el aspecto biológico, físico, sociocultural y emocional.

Además, una parte importante de estos embarazos terminan en aborto y muchos de ellos se llevan a cabo en condiciones de inseguridad. (López, 2011)

(Castro, 2013), menciona que los embarazos de adolescentes son 90 por ciento más riesgosos que el de una mujer mayor de 23 años, pues las jóvenes madres no cuentan con

la fortaleza física necesaria para poder atender las necesidades del producto en gestación; por ello, pueden padecer partos prematuros o complicaciones.

En una sociedad con patrones culturales tradicionales, ni la familia, la escuela y en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia. Por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual, solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Así mismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción.

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social.

Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Dentro de los factores de riesgo más importantes se encuentran los individuales, asociándose a resultados gineco-obstétricos y psicosociales adversos. Dentro de los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto. Las principales consecuencias psicosociales son la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos. (León, 2008)

De acuerdo con la Comisión de Salud del Congreso de la Unión, Hidalgo (CSCU) se encuentra entre los primeros diez estados con el mayor porcentaje de mujeres menores de 20 años embarazadas. En los últimos diez años incrementó 33 por ciento la incidencia.

Las mujeres, en la búsqueda de atención especializada, se encuentran con discriminación, frustración y violación de sus derechos, lo que provoca que su embarazo tenga tensión, malestar físico y psicológico, por lo cual esa interacción con el mundo físico y social complica la situación de la embarazada, surgiendo varios puntos de vista y contradicciones de cuáles requisitos tradicionales o modernos son necesarios para un

embarazo saludable. Esos cambios y experiencias reflejarán los cuidados del embarazo de forma universal, ya que ante la sociedad se sabrá si es una buena o mala madre.

En este mismo sentido, debe considerarse la influencia de familiares y amigos e incluso extraños, quienes ofrecen comentarios y consejos de lo que deben o no deben hacer, pero la madre sólo tomará la mejor decisión de cómo llevar sus cuidados, incluso ellas tienen ciertas expectativas ante la atención prenatal completa, ser bien atendidas con dignidad y respeto por profesionales de la salud.

Estas exigencias se lograrán entre la interacción de enfermería y la embarazada en donde ambas se intercambien el saber e información, para mejorar la promoción del autocuidado. (Guzmán, 2015)

El autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (López, 2011)

Dorothea Orem explica en su Teoría General del Déficit de Autocuidado, que la etapa de desarrollo (nivel de madurez) de la persona afecta su autocuidado en calidad y cantidad, que la capacidad de la Agencia De Autocuidado (AAC) se refiere a la habilidad adquirida por la persona en proceso de maduración, de conocer y satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas. Por ello se considera importante utilizar una teoría apropiada para que guíe esta investigación a través de la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

II. JUSTIFICACIÓN

El autocuidado en salud es una estrategia frecuente, permanente y continua que utilizan las personas para responder a una situación de salud o enfermedad; por eso el autocuidado es la base de la pirámide de la atención primaria. (Olate, 2015)

La gestación es considerada como una nueva experiencia en la vida de la mujer, generando cambios físicos, psicológicos y emocionales que algunas veces modifican sus proyectos de vida relacionados con sus planes personales, laborales y familiares entre otros; en algunos casos hay inquietud sobre su capacidad para asumir el rol de madre y cómo involucrar al padre en este proceso tan importante para la vida familiar, aunque a veces no se cuenta con la presencia del padre de su hijo por nacer.

La maternidad y la paternidad son roles de la vida adulta. Cuando sobreviene un embarazo en una pareja adolescente, impone a los jóvenes una sobre adaptación a una situación para la cual no están emocional ni socialmente preparados.

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas psicológicas, sociales y culturales, con un patrón propio que se repite a lo largo de las diferentes poblaciones en que este fenómeno se ha estudiado.

Unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2014) menciona que cada año, unos 3 millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

Cuando una adolescente se embaraza, la noticia es recibida con disgusto por su compañero, su familia y su entorno social. La maternidad en la adolescencia ofrece aspectos que hacen de ella un nuevo problema social. Se puede afirmar que el problema de los embarazos adolescentes es de origen multifactorial. Es importante la conducta de la población adolescente en el ámbito de la salud reproductiva. (Silva, 2011)

Con este trabajo se pretende impactar en la sociedad en general, específicamente en las y los adolescentes, generando una conciencia en cuanto a la importancia de una sexualidad responsable para evitar embarazos no deseados.

Desde el rol del profesional de enfermería es necesario educar y brindar apoyo a las adolescentes sobre las implicaciones que tiene un embarazo a temprana edad, incluso se puede contribuir de manera apropiada para disminuir las complicaciones tanto de la adolescente como del hijo por nacer y posteriormente del niño. A través de esta investigación se pretende contribuir a reducir las estadísticas sobre el embarazo en adolescentes y que las autoridades interfieran para resolver este problema de salud creando programas y políticas que orienten a la población en estos temas tan importantes.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres de mayor edad, y una alta prevalencia de abortos en condiciones inseguras

La adolescencia es una etapa fundamental del crecimiento y desarrollo humano, se caracteriza por ser un período de rápida transición, que separa la niñez de la etapa adulta y se caracteriza por el más intenso desarrollo físico durante el ciclo vital, del cual se adquiere la madurez biológica, psicológica y sexual del organismo. Desde el punto de vista biológico su comienzo está caracterizado por la fase final de la aceleración del crecimiento del niño, inicio del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y el logro de la completa diferenciación sexual.

La tasa de mortalidad materna no solamente expresa la atención médica que reciben las mujeres durante el embarazo, en el momento del parto y el puerperio, también suele reflejar las condiciones en que las mujeres se embarazan. Un motivo de preocupación en términos de políticas públicas en salud reproductiva es el porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes, es decir, menores de 20 años.

Mortalidad materna y embarazo adolescente son dos aspectos que deben ser atendidos de manera más rigurosa si se quiere avanzar en los derechos a la salud y la salud reproductiva en la entidad. (OMS, 2014)

En 2011, nacieron en México 472,987 niñas y niños cuyas madres eran menores de 19 años, de ellas, 11,521 tenían menos de 15 años. Esta cifra implica que prácticamente uno de cada cinco partos en México se registra en esos grupos de edad.

En el estado de Hidalgo, 17 por ciento de la población adolescente presenta un embarazo. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2014, 20.4 por ciento de los jóvenes ya inició su vida sexual, pero de ellos, casi el 40 por ciento no utilizaron ningún método anticonceptivo. En el Hospital Obstétrico de Pachuca Hidalgo atiende 125 partos de mujeres de entre 11 y 19 años de edad al mes.

De todas las mujeres entre 12 y 19 años que existen en el estado, tres de cinco ya estuvieron embarazadas. (Suárez López, 2013)

Históricamente el profesional de enfermería ha contribuido en brindar importantes aportaciones en los programas de salud a nivel preventivo y de promoción a la salud. La enfermera propicia que la población participe consciente y permanentemente para el logro de objetivos comunes que le beneficien, es decir, aplica la educación sanitaria e imparte información a las personas para cuidarse a sí mismas, modelo que hoy se denomina autocuidado. En este sentido, una de las funciones de este profesional es, justamente, realizar actividades de educación para la salud y apoyar el autocuidado de la paciente embarazada, por lo que es posible afirmar que la enfermera participa como un catalizador en el cuidado de la salud de la población. (Jimenez, 2011)

El autocuidado en salud es una estrategia frecuente, permanente y continua que utilizan las personas para responder a una situación de salud o enfermedad.

El autocuidado es un factor crítico para la consecución y mantenimiento de la salud y bienestar del ser humano, también se ha considerado como parte del estilo de vida de las personas, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de los individuos con su medio social.

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar. (Orem, 1995)

Puede decirse que es el poder que tienen las adolescentes embarazadas de realizar actividades tales como alimentarse sanamente, vestir adecuadamente, utilizar calzado cómodo, asistir al control prenatal, realizarse todos los estudios, necesarias para el buen funcionamiento y desarrollo tanto de ella como del producto.

Sin embargo desde el factor sociocultural que vivimos en el contexto, los adolescentes juegan un rol social muy importantes ya que están inmersos en una etapa de formación educativa, aunado a la falta de acceso al sistema de salud, y nivel socioeconómico.

(Argota, 2009) refiere que este factor es trascendente para llevar un seguimiento oportuno en el cuidado y/o prevención del embarazo en este grupo de edad, el desarrollo como un ser social efectivo dentro de un núcleo familiar y el apoyo de la pareja.

El embarazo a edades tempranas generalmente es un problema con consecuencias graves para las madres y los padres adolescentes y para sus hijos e hijas.

2.1. Pregunta de investigación:

¿Cuál es la capacidad y las barreras que limitan el autocuidado en las adolescentes embarazadas desde la perspectiva de Dorothea Orem?

IV. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011 define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años): Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una

perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

La adolescencia según Piaget es la tercera etapa del desarrollo de la vida del ser humano, caracterizada por el máximo desarrollo cognoscitivo que culmina con la capacidad para razonar y tomar juicios sobre algunos aspectos; los adolescentes pueden detectar la consistencia o inconsistencia lógica de una serie de afirmaciones y evaluar el sistema; pueden asumir ciertos cuidados de su vida y salud en el afán de aprendizaje.

(Grubbs, 1993), refiere que cuando la adolescente se embaraza, la demanda de autocuidado terapéutico aumenta, ya que ella tiene necesidades especiales, en principio el riesgo obstétrico no tiene que ser mayor que el de cualquier otra persona adulta embarazada, si se mejoran sus capacidades de autocuidado.

El embarazo en las adolescentes es un problema de reconocida trascendencia. Diariamente podemos observar a jóvenes embarazadas dentro de los núcleos familiares, en las calles, en ocasiones en las escuelas, en las tiendas y en muchos otros lugares. Son muchos los factores que conllevan al ejercicio cada vez más temprano de la sexualidad en los y las adolescentes y por ende a los embarazos precoces.

Durante el embarazo la mujer experimenta diversas modificaciones, ocasionando necesidades de autocuidado y, en ocasiones déficit de autocuidado, que deben ser resueltos o compensados para la mantención de la salud y preservación del bienestar. Para ello las embarazadas deben ser motivadas y educadas para realizar acciones de

autocuidado, debiendo comprender la naturaleza de la asistencia y los factores que intervienen en la misma.

Los requisitos de autocuidado del desarrollo están definidos por cambios físicos, psicológicos, y sociales, por lo que las acciones de autocuidado desarrolladas estarán destinadas a promover y mantener la salud, y a mejorar o aliviar los efectos negativos a causa de los cambios experimentados durante este período. (Molina, 2012)

Existen evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo bio-psicosocial para la madre y el recién nacido, así como una mayor mortalidad materno-infantil. Los nacimientos tempranos también pueden conducir a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de los adolescentes. Sin duda, problemáticas asociadas al embarazo en la adolescencia. (López, 2013))

Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas adolescentes pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las jóvenes contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.

Algunas de las adolescentes no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las adolescentes no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección. (OMS 2014)

El embarazo a edades tempranas generalmente es un problema con consecuencias graves para las madres y los padres adolescentes y para sus hijos e hijas. Se le considera un problema de salud pública, ya que afecta negativamente en la salud de las jóvenes mujeres y en la de sus hijos/hijas; es un problema educativo porque provoca deserción escolar o bajo rendimiento; es económico porque posibilita mano de obra barata y condiciona los ingresos futuros, el acceso a oportunidades laborales especializadas y de calidad y el desarrollo humano sustentable y es, en todo caso un problema de atención al ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ser madre y padre adolescente suele desencadenar, sin distinciones socio-económicas, condiciones de vulnerabilidad para este sector, que suelen asociarse a: falta de preparación educativa en el tema de salud sexual y reproductiva, a la probable deserción escolar, características del desarrollo cognitivo, físico y psico-socioemocional en esa etapa, la adopción de papeles de género tradicionales, así como a la reducción de vivencias que se generan en la población en este periodo del desarrollo humano considerando su ámbito socio-cultural.

V. FACTORES QUE AFECTAN EL EMBARAZO DE JÓVENES



Embarazo adolescente y madres jóvenes en México, Secretaría de Educación Pública, (SEP, 2012)

Las madres adolescentes son frecuentemente estigmatizadas y sufren discriminación de género, desaprobación y rechazo familiar, social (en las escuelas, en sectores de salud, en las comunidades, en ámbitos religiosos, por ejemplo).

Un embarazo durante la adolescencia, puede considerarse como dramático, tanto en lo personal como a nivel social, independientemente del estrato social del que procedan

Las mujeres adolescentes embarazadas están más predispuestas a complicaciones, como la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia, la eclampsia, la poca ganancia de peso, la anemia, el parto pretérmino, las hemorragias, el trabajo de parto prolongado, las lesiones durante el parto y la desproporción céfalopélvica; así mismo, la gestante adolescente tiene mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual, recurrir a métodos peligrosos para abortar, retraso en la atención de complicaciones derivadas del aborto por miedo a la censura aumentando el riesgo de enfermedad y muerte, y mayor número de hijos al final de su vida reproductiva; así mismo, la literatura reporta que dichos riesgos en el embarazo aumentan cuando se asocia a menor nivel socioeconómico, a deserción escolar, a baja autoestima y a una pareja ausente o inestable.

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la OMS en 2011 como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

En la actualidad y a escala mundial, la maternidad ocurre a edades más tempranas que en el pasado, como lo demuestran numerosos trabajos científicos desde hace décadas y México no se escapa de esta realidad.

Desde el punto de vista médico, el embarazo en la adolescencia se comporta con mayores riesgos de complicaciones para la salud materna y de su producto y es donde se presenta el mayor índice de complicaciones obstétricas, estos factores contribuyen a aumentar la mortalidad materno – infantil.

(Ruoti, 2013) plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes: El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales y la no utilización de método anticonceptivo eficaz.

Las madres adolescentes tienen más probabilidades de abandonar los estudios secundarios, lo que menoscaba sus posibilidades de participar plenamente en la sociedad, tener ingresos, cuidarse a sí mismas y cuidar a sus hijos.

Estos factores la convierten en una consecuencia de la pobreza y puede acentuarla. Además se convierte en un factor de transmisión de la pobreza de una generación a otra, sumando obstáculos para la movilidad social de esa generación y de la siguiente, profundizando la pobreza.

El embarazo en adolescentes representa costos para el estado, por concepto de atención en salud por las complicaciones que el parto y el recién nacido puedan presentar, así como por la atención y el apoyo social de los niños en situación de desventaja.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social

Son diversas las variables que influyen en la aparición de la maternidad y paternidad en la adolescencia, resultando difícil desvincular una de otra.

La maternidad adolescente reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar

nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

5.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se define como: "el 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 de origen". La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como

un *"problema"*, ello limita su análisis. Además, el considerarlo un *"problema"*, exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la *"salud integral del adolescente"*. Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad.

5.1.1 FACTORES PREDISPONENTES

Menarca temprana: Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

Inicio precoz de relaciones sexuales: Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Familia disfuncional: Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente.

Bajo nivel educativo: Con desinterés general. cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Migraciones recientes: Con pérdida del vínculo familiar. ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

Fantasías de esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

Falta o distorsión de la información: Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

Aumento en número de adolescentes: Alcanzando el 50% de la población femenina.

Factores socioculturales: La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Menor temor a enfermedades venéreas.

5.1.2 FACTORES DETERMINANTES

Relaciones Sin Anticoncepción

Abuso Sexual

Violación

5.2 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

La adolescencia de las adolescentes embarazadas: La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente

ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "*hija-madre*", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que, creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "*abuso sexual*", en la mayoría de los casos por su padre biológico. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

5.2.1 Actitudes hacia la maternidad: El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la **adolescencia temprana**, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la **adolescencia media**, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres, frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión, temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero; si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la **adolescencia tardía**, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

5.2.2 El padre adolescente: Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "*ser padre*". Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados.

Ello lo obliga a ser "*adoptado*" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre. Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "*huida*".

La edad de las adolescentes embarazadas es un factor que se debe tener en cuenta al brindar cuidado de enfermería, ya que esta repercute en las complicaciones que se puedan presentar. Al respecto en Colombia, un estudio realizado por las doctoras Domínguez y Herazo, reporta que las adolescentes de 13 a 15 años tienen más riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar preeclampsia, parto pretérmino y parto por cesárea.

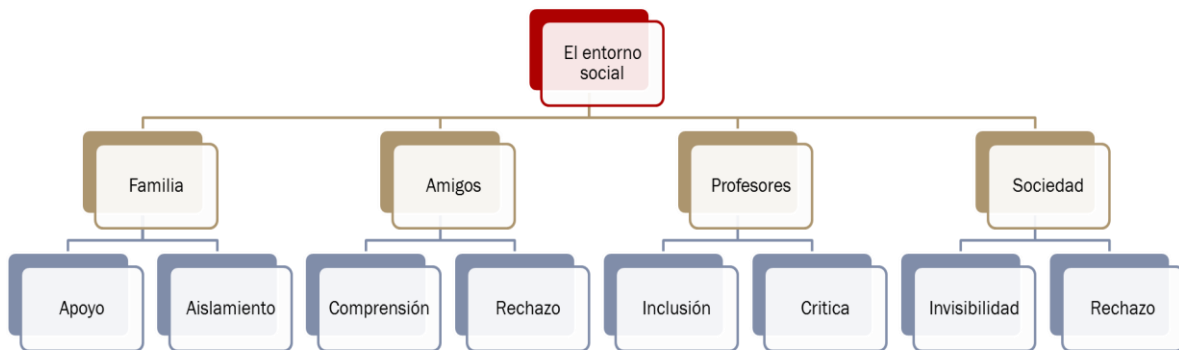
El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud y específicamente por los profesionales de enfermería, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas.

El embarazo, parto y puerperio son estados fisiológicos que deberían cursar sin complicaciones, y mucho menos terminar en una situación de mortalidad materna.

Sin embargo, en México la mortalidad ocasionada por problemas relacionados con estos eventos de la vida humana sigue constituyendo uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva.

Los llamados riesgos obstétricos que las mujeres pueden enfrentar durante estos periodos de su vida reproductiva están condicionados tanto por antecedentes biológicos, hereditarios y psicológicos, como por la situación socioeconómica y cultural de la gestante, e incluyen condiciones desfavorables orgánicas, emocionales, ambientales y de comportamiento, así como el acceso a servicios de atención a la salud.

EFECTOS SOCIALES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE



Embarazo adolescente y madres jóvenes en México. Secretaría de Educación Pública, (SEP, 2012)

El inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos que las mujeres que comienzan a procrear más tarde. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial. Así, si en vez de 18 años se aumentara a 23 años la edad de la madre en su primer alumbramiento, podría reducirse el impulso demográfico en más del 40%. A escala mundial, al menos uno de cada diez abortos ocurre entre jóvenes de 15 a 19 años de edad. En este grupo de edades, más de 4,4 millones de jóvenes se someten cada año a abortos, un 40% de los cuales se realizan en malas condiciones, comprometiendo la salud y la vida de la joven. Esto obedece a que muchos embarazos de adolescentes no son planificados ni deseados, como lo reportan algunos estudios. También la salud de los bebés puede verse afectada: las madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener hijos con bajo peso al nacer que las madres de 20 años o más.

5.2.3 Complicaciones del Embarazo Adolescente

En este grupo etario específico se presentan una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

Complicaciones somáticas

Para la madre:

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.

Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes.

Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preclamsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.

Para el hijo

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo

menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.

Complicaciones Psicosociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social.

El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, pues debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La obligación de asumir un rol materno sin haber completado las tareas propias de la adolescencia conlleva a una situación de constante tensión y conflicto.

En la actualidad, se está revisando el término embarazo adolescente. Este término, ha sido tradicionalmente aceptado y manejado por los especialistas; no obstante, a la luz de los derechos sexuales y reproductivos y de la perspectiva de género, luce incompleto, ya que omite un actor importante en la ocurrencia del fenómeno: el padre.

Son diversas las variables que influyen en la aparición de la maternidad y paternidad en la adolescencia, resultando difícil desvincular una de otra.

5.2.4 Enfoque de riesgo para la atención de la adolescente embarazada:

La **primera pregunta** a responder es si se considera a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La **segunda pregunta** es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una **tercera pregunta** es saber

cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La **cuarta pregunta** es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.

Antecedente de abuso sexual.

Enflaquecimiento (desnutrición).

Estatura de 1,50 m o menor.

Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.

Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

Menarca a los 11 años o menos.

Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.

Ser la mayor de los hermanos.

GRUPO DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL CORRIENTE O NO DETECTABLE

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

Al parecer, el número total de controles no supera los 4 en todo el embarazo. Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.

PRIMER TRIMESTRE

Trastornos digestivos: En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada.

SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

Anemia: Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

Infecciones urinarias: Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

Amenaza de parto pre término: Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

Hipertensión arterial gravídica: Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales.

Mortalidad fetal: No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

Parto prematuro: Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas).

Crecimiento intrauterino retardado: Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

Presentaciones fetales distócicas: Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes.

Desproporciones Cefalopélvicas: Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

Tipo de parto: En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea.

Alumbramiento: Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

RECIEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE

Peso: No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pre-término de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbilidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g.

Internación en neonatología: Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edades de las adolescentes.

Malformaciones: Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.

(Orem, 1991) considera que el embarazo es un evento de desarrollo, ya sea que éste ocurra durante la adolescencia o en la edad adulta, por lo tanto, las personas realizan acciones para satisfacer los requisitos propios de esta etapa del desarrollo.

VI. TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

La Teoría general del déficit del autocuidado planteada por Orem en 1980, ha sido extensamente utilizada en la investigación sobre autocuidado. Etiqueta su teoría como una teoría general compuesta por las siguientes tres subteorías relacionadas:

Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente.

El déficit de autocuidado se refiere a la relación no equilibrada entre las operaciones de autocuidado y las capacidades de autocuidado (CAC) de los individuos, es decir, lo que los individuos hacen para cuidar de su salud y las habilidades de autocuidado que poseen, pero no son llevadas a cabo por algún motivo (enfermedad o alguna limitación física), para satisfacer el desarrollo y el bienestar personal. De acuerdo con Orem, el concepto de CAC, emana de la estructura de la agencia de autocuidado, la cual se encuentra dividida en tres elementos estructurales:

Capacidades fundamentales,

Capacidades especializadas para operar el autocuidado

Componentes de poder.

Estos últimos, son considerados como las habilidades que impulsan la acción de autocuidado y son diez:

Habilidad para mantener la atención con respecto a uno mismo como agente de autocuidado y de los factores externos.

Habilidad para controlar el uso de energía.

Habilidad para controlar la posición corporal.

Habilidad para razonar dentro de un marco de autocuidado.

Motivación al autocuidado.

Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo.

Habilidad para adquirir conocimiento técnico sobre autocuidado.

Repertorio de habilidades diversas para llevar a cabo operaciones de autocuidado.

Habilidad para ordenar acciones de autocuidado.

Habilidad para integrar el autocuidado en la vida individual, familiar y comunitaria.

(García, 2011)

Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistema:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".

Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, entre otros) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

Actuar en lugar de la persona.

Ayudar u orientar a la persona ayudada.

Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada.

Promover un entorno favorable al desarrollo personal.

Enseñar a la persona que se ayuda. (Tomey, 2010)

Concepto de persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud: La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Concepto de Autocuidado: El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

En el término autocuidado, la palabra “auto” se utiliza en el sentido del ser humano completo.

El autocuidado tiene un propósito: Es una acción que tiene un patrón y una secuencia y, cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos.

Requisitos de Autocuidado:

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados.

Tres son los requisitos que se han identificado en esta teoría:

Requisitos universales: Están asociados con el proceso de la vida o integran el funcionamiento humano. Son comunes a todos los seres humanos.

Requisitos del desarrollo: Están asociados con el proceso y condiciones específicas a los estados de desarrollo de la persona. Se definen tres conjuntos de requisitos de autocuidado del desarrollo: a) Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo, b) Implicación en el autodesarrollo, c) Prevenir o vencer efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa el desarrollo humano. Los

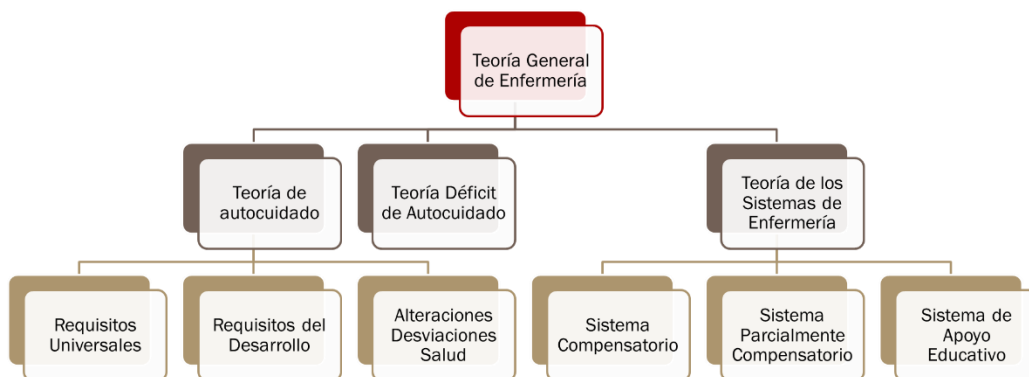
requisitos de autocuidado del desarrollo son expresiones especializadas de los requisitos de autocuidado universal que han sido particularizadas para los procesos de desarrollo, o son nuevos requisitos derivados de una condición (ejemplo: embarazo, climaterio), o asociados con un acontecimiento.

Requisitos de desviación de la salud: Están asociados con la regulación de los efectos y resultados de las funciones perturbadas y con el efecto y resultados del cuidado de salud prescrito por el médico.

Estos tres tipos de requisitos deben ser especificados para los individuos y deben estar en relación a la edad, sexo, estados del desarrollo, estados funcionales, estados de vida y condiciones ambientales.

Los requisitos de autocuidado deben conocerse antes de que puedan servir como propósitos de autocuidado. Los requisitos de autocuidado universal deberían ser conocidos por todos los adultos capaces de ser enseñados. Idealmente, lo mismo podría aplicarse a los requisitos de autocuidado del desarrollo. Sin embargo, no siempre se selecciona efectivamente y se organiza adecuadamente el conocimiento veraz para su divulgación pública.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud generalmente los llegan a conocer aquellos que tienen defectos genéticos o constitucionales o desviaciones de la salud, o miembros de la familia o amigos con tales defectos o desviaciones de la salud.



Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante el embarazo. (Molina, 2012)

Orem sostiene que las enfermeras desarrollan capacidades para: identificar los requisitos de autocuidado de sus pacientes, seleccionar o confirmar los métodos generales y operaciones o acciones requeridas a través de los cuales cada requisito identificado puede y deberá ser cubierto, e identificar las acciones a realizar para satisfacer cada requisito de autocuidado específico. (Jimenez, 2011)

Meneses, 2013 menciona que el autocuidado durante el embarazo, se logra a través de una información programada y organizada.

Visitas al médico: Es importante acudir a las citas de control prenatal durante todo el embarazo y realizarse las pruebas y estudios que indica el médico de acuerdo al momento del embarazo. Las etapas del embarazo y visitas prenatales en un embarazo normal:

Semanas 4 a 28 Una visita cada 4 semanas (una vez por mes)

Semanas 28 a 36 Una visita cada 2 semanas (dos veces por mes)

Semanas 36 al parto Todas las semanas

El cuidado del cuerpo. Es necesario tener en cuenta que las hormonas del embarazo tienen un fuerte efecto sobre los dientes, el cabello, las uñas y la piel.

Observar y tomar en cuenta las características personales (muy importante) y los cambios físicos que presentará el cuerpo en cada etapa del embarazo. Cuidar de los dientes, cabello, uñas y piel en general (evadir la exposición prolongada al sol) y evita las estrías en el abdomen con cremas especiales.

Descanso y relajación. Por lo menos 30 minutos cada día. Aprender a relajarse es una parte esencial de la mayoría de las técnicas de control natural de dolor durante el parto, servirá mucho para ese momento.

Evitar hábitos que se realizan en la vida diaria que podrían perjudicar al producto.

Alcohol, cigarro, cafeína, drogas ilícitas. Las sustancias dañinas pasan al feto a través de la placenta, por esta razón están prohibidos durante la gestación ya que pueden ser causa de parto prematuro, y deficiencias en el bebé como el bajo peso al nacer.

Los ejercicios de alto impacto no están permitidos durante el embarazo.

No auto medicarse, solamente el médico podrá indicar qué medicamentos puede tomar.

La importancia de una buena nutrición: Algunos de los cuidados recomendados se relacionan con la mayor atención que se debe poner a la alimentación.

Líquidos: También es importante beber abundante líquido, sobre todo agua, durante el embarazo. El volumen sanguíneo de una mujer aumenta durante el embarazo, y beber suficiente agua cada día puede ayudar a evitar problemas habituales durante el embarazo, como la deshidratación y el estreñimiento.

Como adolescente embarazada, se debe tener conocimiento de información precisa y oportuna que alerte sobre los riesgos que puede tener el embarazo. Es importante consultar al médico si se presentan síntomas, tales como:

- Cefalea
- Mareos
- Alteraciones de la vista
- Fiebre
- Vómitos frecuentes (más de dos veces al día)
- Disuria

VII. MARCO REFERENCIAL:

Para la elaboración de este estudio se realizó una búsqueda exhaustiva de investigaciones previas en donde se midieron las variables relacionadas, entre estos se hace mención a:

Silber, (2007) define a la adolescente embarazada como la mujer que se embaraza durante los primeros años ginecológicos y cuando ésta mantiene la total dependencia social y económica de la familia.

Orem (1991) Sostiene que la satisfacción de los requisitos universales de autocuidado están dirigidas a la prevención y la promoción de la salud, bajo este contexto las adolescentes embarazadas realizan acciones para satisfacer sus requisitos universales como muestran los resultados del estudio realizado por Hughes y Grubbs (1993), quienes reportan que las adolescentes embarazadas realizan prácticas de autocuidado antes de ingresar al sistema de salud y Marlow (1991) refiere que las adolescentes se muestran más cooperativas cuando toman ciertas responsabilidades y tienen participación en su cuidado.

En el grupo adolescente se ha observado que frecuentemente aparecen complicaciones durante el embarazo tales como: preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual -incluyendo el VIH/SIDA-, virus del papiloma humano y finalmente el aborto. En cuanto al producto, se presentan antecedentes de prematurez, bajo peso, retardo en el desarrollo cognitivo y retardo en el crecimiento físico. Estas complicaciones junto con el impacto psicosocial, traen aparejado el incremento de la morbilidad materno infantil (De la Garza, 2007).

El inicio de la maternidad a edades tempranas está relacionado con diversas situaciones que podrían reducir las ya de por sí pocas oportunidades de desarrollo de los/las jóvenes en un ambiente de limitaciones como las que observamos en nuestro país, entre otras las de educación y capacitación para la integración a la fuerza productiva; reforzadas por el rechazo social, familiar y en algunos casos del compañero(a).

El embarazo temprano con sus repercusiones es uno de los problemas más evidentes que plantea la práctica sexual no protegida y su incidencia es mayor en los grupos más vulnerables. La actividad sexual se considera comúnmente como un indicador de riesgos psicosocial, en el caso de los/las jóvenes de las zonas urbanas la relación sexual temprana se asocia con el uso de métodos anticonceptivos poco efectivos (ritmo, coito interrumpido), el consumo de tabaco, alcohol y marihuana (Orr, 2011).

Considerar las condiciones biológicas conjuntamente con las psicológicas y sociales, es una circunstancia de integración muy importante en el proceso de fomento de una cultura de salud entre los/las jóvenes, ya que algunas veces se les brinda información sobre sexualidad, embarazo, métodos anticonceptivos, etc., sin embargo desconocen a dónde acudir en caso de necesitar metodología anticonceptiva, o en caso de embarazo, a donde acudir oportunamente para solicitar atención prenatal.

Algunos estudios demuestran que adolescentes embarazadas que llevaron un buen control prenatal mostraron una adecuada evolución, incluso mejor que la observada en grupos de mujeres de mayor edad.

(López, 2013), La mayor incidencia de complicaciones en hijos de adolescentes de sonometría, peso y calificación Apgar; se deben más a factores sociales que a determinantes biológicos. Es necesario reconocer que aunado a la pobre sensibilización, los estratos económicamente vulnerables tienen menos probabilidades de recibir cualquier cuidado prenatal o de recibirlo será tardíamente.

En México se han realizado esfuerzos para investigar el comportamiento sexual de los/las jóvenes mexicanos, aunque no se ha logrado precisar su comportamiento y problemática.

Según reporta la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) a nivel nacional, la proporción de población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en. A nivel nacional, de acuerdo con los datos de la última encuesta demográfica disponible (2009), la edad promedio del inicio de la vida sexual en las mujeres de 15 a 19 años es de 15.9 años. Como consecuencia de estas tendencias, también el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes aumentó de 15.6% a 18.7% entre 2003 y 2012.

La Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL, 2016) El embarazo en adolescentes afecta su salud, educación, proyecto de vida, relaciones sociales y culturales, y su economía entre otros aspectos. Ser madre o padre adolescente suele iniciar y/o reforzar, sin distinciones sociales, una serie de condiciones de vulnerabilidad asociadas a la falta de preparación para esta nueva responsabilidad, características propias del desarrollo en esa etapa y a la adopción de roles de género tradicionales, así como a la pérdida de vivencias y adquisición de conocimientos propios de la adolescencia. La maternidad y paternidad temprana, suele tener efectos negativos graves en los hijos e hijas de las y los adolescentes, exponiéndolos a condiciones adversas que obstaculizan su desarrollo.

El embarazo adolescente se relaciona con determinantes sociales como bajo nivel socioeconómico y de escolaridad, ausencia de proyecto de vida e inequidad en el acceso a servicios de salud, entre otros.

Estudios internacionales evidencian que el control prenatal en adolescentes es habitualmente insuficiente y a veces es inexistente.

Las barreras se relacionan con temor y vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas. Cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, estas barreras se agravan, por el silenciamiento, la culpabilidad y falta de apoyo, especialmente en menores de 15 años.

Entre los facilitadores se identifican confidencialidad, respeto, acceso geográfico, tiempos de espera y horarios de atención adecuados y disponibilidad de horas. (Poffald, 2013)

VIII. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Determinar la capacidad y barreras que limitan el autocuidado que tienen las adolescentes embarazadas.

Objetivos específicos:

Conocer a las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.

Identificar el conocimiento que tienen las adolescentes embarazadas con respecto a las acciones de autocuidado.

Determinar posibles factores que obstaculicen la realización del autocuidado.

Analizar hábitos, costumbres y actitudes de las adolescentes embarazadas frente al autocuidado.

Identificar como influye el nivel socioeconómico en las acciones de autocuidado durante el embarazo.

HIPOTESIS:

H₁. A menor nivel educativo de la adolescente embarazada, menores acciones de autocuidado.

IX. METODOLOGÍA:

9.1 Diseño de la investigación

Es un estudio descriptivo de tipo transversal, ya que las variables se estudiarán en un determinado momento más ampliamente y para reunir un conocimiento profundo del comportamiento adolescente y las razones que gobiernan tal comportamiento. (Sampieri, 2010)

9.2 Tipo de investigación

Cualicuantitativo porque que es secuencial y probatorio, ofreciendo la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente y para reunir un conocimiento profundo del comportamiento adolescente y las razones que gobiernan tal comportamiento. (Sampieri, 2010)

9.3 Población

Aproximadamente de 100 mujeres adolescentes embarazadas, se obtendrá un muestreo probabilístico aleatorio simple porque define la población y se confecciona una lista de todos los individuos, concretando el tamaño de la muestra (50 adolescentes) y se extraen al azar los elementos de acuerdo al último número no del expediente.

9.4 Universo:

Estuvo conformado por 100 adolescentes embarazadas del Hospital Obstétrico de Pachuca de Soto, Hidalgo.

9.5 Muestra y muestreo:

El muestreo fue de tipo probabilístico, por aleatorización, con una $n=$ de 50 adolescentes que reciben atención médica en el Hospital Obstétrico de Pachuca de Soto, Hidalgo.

9.6 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN, INSTRUMENTO Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE DATOS.

Se sometió el protocolo al departamento de enseñanza del Hospital Obstétrico de Pachuca el cual fue aprobado por el comité de investigación.

Se solicitó el listado de las embarazadas que acuden al Hospital Obstétrico de Pachuca, y se identificaron a las mujeres en etapa de adolescencia, de los servicios de consulta externa, hospitalización de urgencias y hospitalización de ginecoobstetricia, se tomó el último número de su expediente clínico y de forma aleatoria se seleccionaron a los que tuvieran al final un numero non para obtener el tamaño de la muestra.

Se les dio las instrucciones del llenado del instrumento de medición para su aplicación previo consentimiento informado.

9.7 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos 1. “Encuesta sobre factores condicionantes básicos de las adolescentes embarazadas” (**FCBAE**) que consta de 18 ítems que miden las variables sociodemográficas y 2. “Autocuidado en adolescentes embarazadas” que está compuesto por 32 ítems, mide acciones que llevan a cabo las mujeres embarazadas, desde el tipo de alimentación, interacción con el producto, relación con su entorno, hábitos de vida saludable. En donde se categorizo una escala tipo Likert, las respuestas fueron total acuerdo, parcial acuerdo, desacuerdo, parcial desacuerdo, total desacuerdo.

9.8 CONSIDERACIONES ETICAS:

Esta investigación se apega a las disposiciones establecidas en el reglamento de la Ley general de Salud, en materia de investigación para la salud.

Del Título Segundo, Capítulo 1, se derivan los artículos de este estudio:

Artículo 13, El investigador conservara un ambiente de respeto a la dignidad y protección y de los derechos y bienestar de los participantes.

Artículo 14., fracción V, VII, VIII; El investigador cuentan con el conocimiento y la experiencia indispensable para mantener la integridad física de los participantes, de igual manera la investigación cuenta con un dictamen favorable de la comisión de investigación, y ética, así como la autorización del titular de la institución de atención de la salud.

Artículo 18, El investigador suspenderá el estudio de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Artículo 20, El investigador contara con el consentimiento informado por escrito y firmado por cada uno de los participantes, garantizando la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21, Fracción I, II, III, IV, VI, VII y VIII. Cada paciente recibió una explicación clara acerca d la justificación objetivos, procedimientos y eventos relacionados con la investigación resguardando siempre la confidencialidad de los mismos.

9.9 PROCEDIMIENTO ESTADISTICO

Para el análisis de los datos se tomó en cuenta el programa SPSS versión 22, Microsoft Word versión 2013 que es un conjunto de herramientas de tratamiento de datos para el análisis estadístico, se ha realizado una correlación con la prueba de Ch_2 , para las acciones de autocuidado que realizan las adolescentes embarazadas y el nivel educativo. Los datos han sido representados en tablas y gráficas.

X. RESULTADOS

En lo que refiere a datos sociodemográficos, se observa que el 30% corresponde a adolescentes embarazadas de 15 años y tan solo el 2% tiene 14 años de edad.

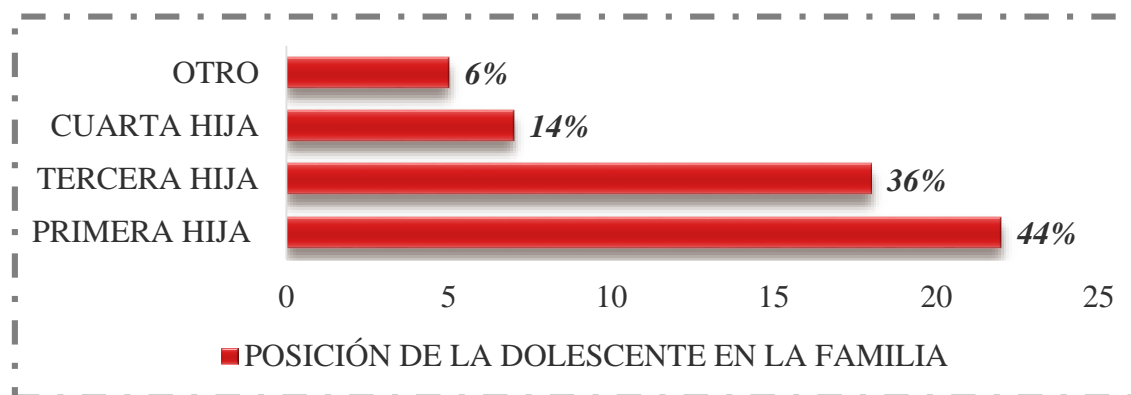
Tabla 1.

EDAD	F	%
14 Años	1	2%
15 Años	9	18%
16 Años	6	12%
17 Años	14	28%
18 Años	15	30%
19 Años	5	10%
TOTAL	50	100%

Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE) n=50

Con respecto al número de hijos que representan dentro del núcleo familiar de la adolescente podemos observar que el 44% de las adolescentes son las primeras hijas de la familia.

Figura 1.



Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE) n=50

En relación al estado civil de las mujeres encuestadas el 75% son solteras y no cuenta con una pareja, y tan solo un 17% son casadas y cuentan con el apoyo de un compañero.

Tabla 2.

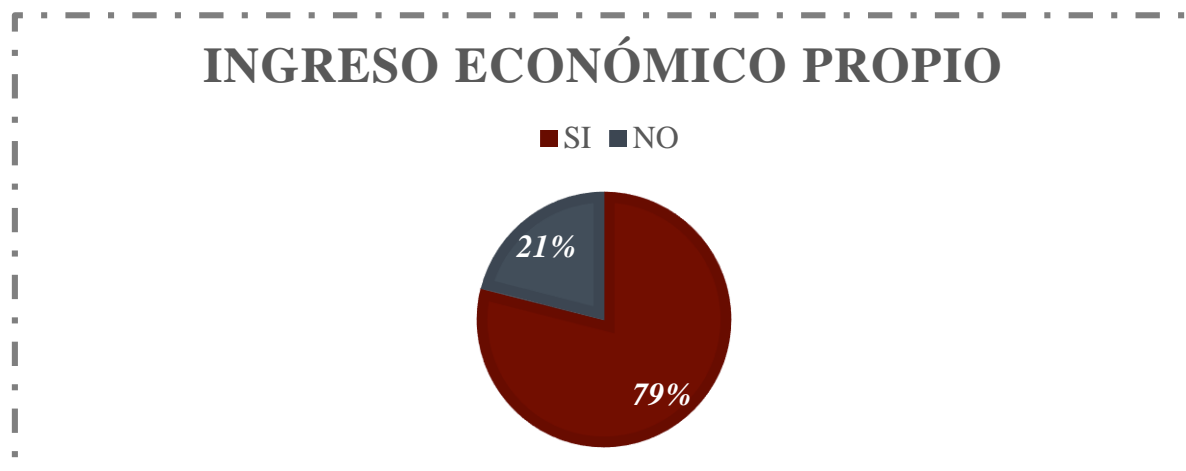
ESTADO CIVIL	F	%
SOLTERA	13	26%
CASADA	3	6%
UNIÓN LIBRE	34	68%
TOTAL	50	100%

Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

En la siguiente figura se observa que el 76% de las adolescentes dependen del apoyo económico de su familia y solo el 12% trabaja y tiene un ingreso económico propio.

Figura 2.



Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

En la figura se muestra la escolaridad de las adolescentes encuestadas, se observa que el 52% de ellas ha completado la secundaria y únicamente el 38% ha concluido su educación media superior.

Tabla 3.

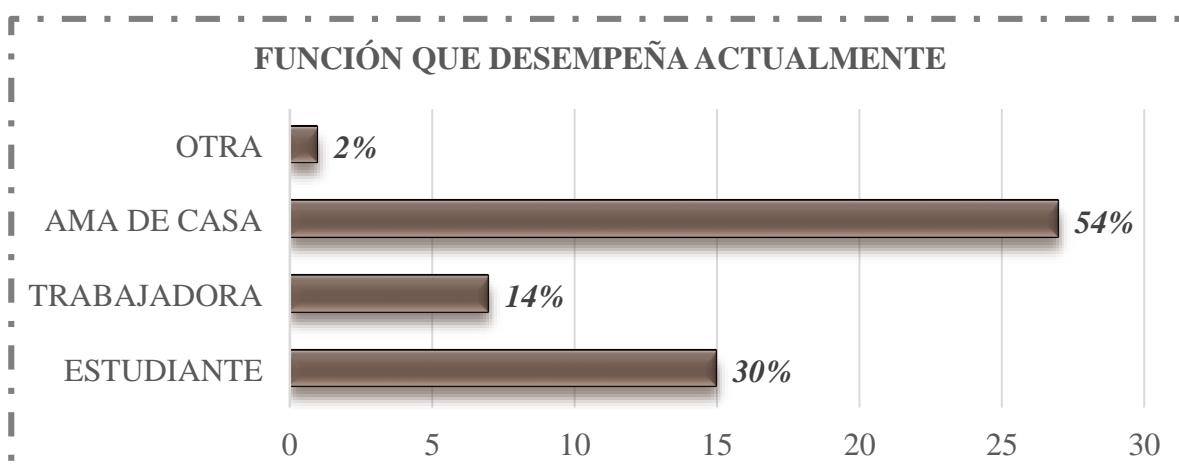
ESCOLARIDAD	F	%
PRIMARIA	5	10%
SECUNDARIA	26	52%
PREPARATORIA	19	38%
TOTAL	50	100%

Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

Con respecto a la función que desempeñan actualmente las adolescentes se observa que el 54% de las adolescentes son amas de casa y únicamente el 14% trabaja.

Figura 3.



Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

Se les pregunto si tenían entre 1 y 2 hijos y el 45% refirió tener tan solo uno, y ninguna refirió tener 3 o más

Tabla 4.

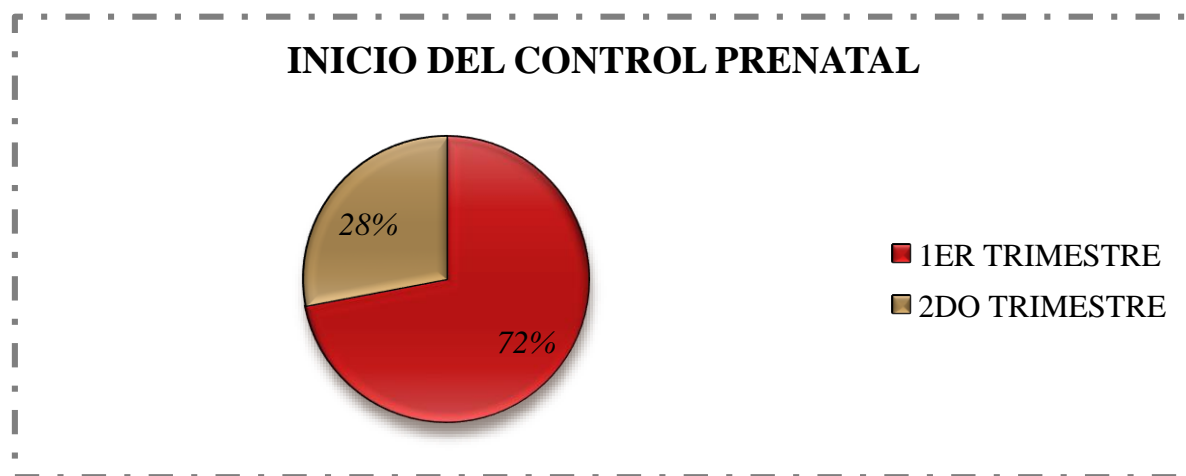
NÚMERO DE HIJOS	F	%
1 HIJO	45	90%
2 HIJOS	5	10%
3 HIJOS	0	0%
TOTAL	50	100%

Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

Como podemos observar, el 72% de las encuestadas inicio su control prenatal en el primer trimestre de su embarazo y ninguna refirió haberlo iniciado durante el tercer trimestre.

Figura 4.



Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

De acuerdo a la tabla el 94% de las adolescentes asiste a todas sus citas de control prenatal y únicamente el 6% no asiste.

Figura 5.

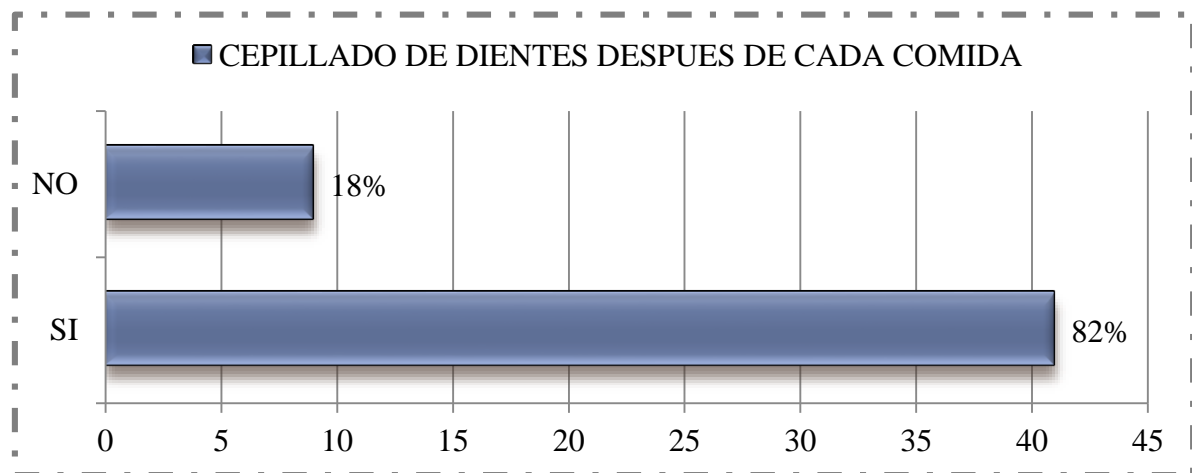
CONTROL PRENATAL	F	%
SI	47	94%
NO	3	6%
TOTAL	50	100%

Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

En lo respecta a las acciones de autocuidado podemos observar que de las adolescentes encuestadas solo el 82% realiza el cepillado de dientes después de cada comida.

Figura 5.



Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

De las acciones de autocuidado que se midieron incluye también el tipo de alimentación, el 56 % consume verduras dos veces a la semana y el 6% solo una vez en la semana

Tabla 6.

CONSUMES FRUTAS Y VERDURAS	F	%
UNA VEZ A LA SEMANA	16	32%
DOS VECES A LA SEMANA	28	56%
CUATRO O MAS VECES A LA SEMANA	6	12%
TOTAL	50	100%

Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazada (FCBAE)

n=50

Se observa que 46% de las encuestadas consumen cereales y leguminosas dos o tres veces a la semana, mientras que el solo 18% los consume cuatro veces o más.

Figura 6.



Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

En la siguiente tabla se observa que únicamente el 48% de la población consume leche, queso y mantequilla dos veces a la semana y solo el 26% una vez a la semana.

Tabla 7.

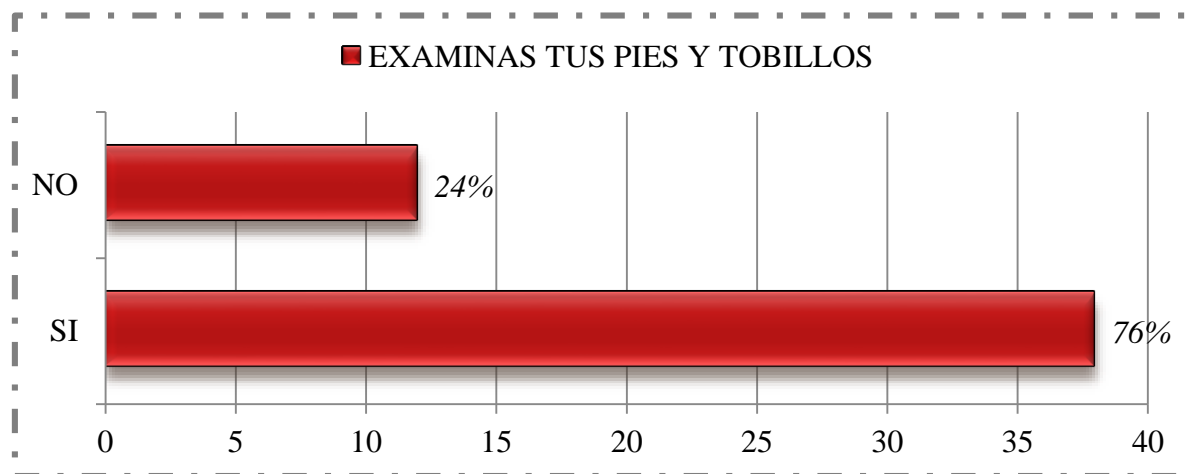
CONSUMES LECHE, QUESO Y MANTEQUILLA.	F	%
UNA VEZ A LA SEMANA	13	26%
DOS VECES A LA SEMANA	24	48%
CUATRO O MAS VECES A LA SEMANA	13	28%
TOTAL	50	100%

Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

De acuerdo a las encuestas únicamente el 76% de las adolescentes examina sus pies y tobillos en busca de signos de alarma.

Figura 7.



Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

Como se observa en la tabla solo el 84% se pesa frecuentemente y únicamente el 16% se pesa solo cuando acude a consulta.

Tabla 8.

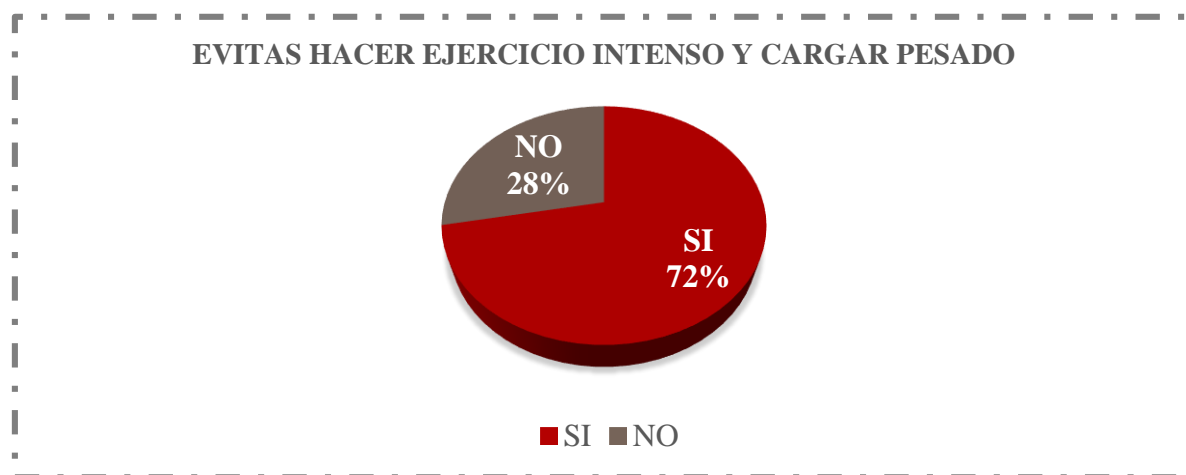
FECUENTEMENTE TE PESAS	F	%
SI	42	84%
NO	8	16%
TOTAL	50	100%

Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

Se observa que el 86% de las encuestadas evita hacer ejercicio intenso y cargar pesado, y el 28% realiza sus actividades de manera normal.

Tabla 8.



Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

El 54% de las adolescentes refiere que la comunicación con sus padres, hermanos y familia es buena y únicamente el 4% dice que la comunicación no es buena.

Tabla 9.

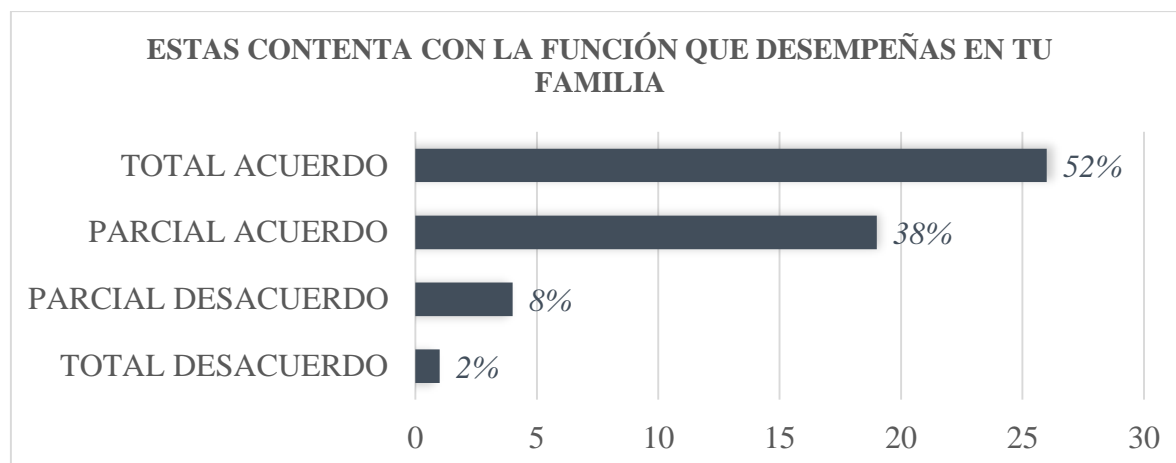
POR LO GENERAL LA COMUNICACIÓN CON TUS PADRES, HERMANOS Y TU PAREJA ES BUENA.	F	%
TOTAL DESACUERDO	2	4%
PARCIAL DESACUERDO	3	6%
PARCIAL ACUERDO	18	36%
TOTAL ACUERDO	27	54%
TOTAL	50	100%

Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

El 52% de las adolescentes encuestadas está contenta con la función que desempeña actualmente y únicamente el 2% está en desacuerdo con la función que realiza.

Figura 9.



Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

El 56% de las encuestadas mencionan que la relación con su familia sigue igual aun después de su embarazo y solo el 2% dice que la relación no es igual.

Tabla 10.

LAS RELACIONES CON TU FAMILIA SE MANTIENEN IGUALES CON TU EMBARAZO	F	%
TOTAL DESACUERDO	1	2%
PARCIAL DESACUERDO	2	4%
PARCIAL ACUERDO	19	38%
TOTAL ACUERDO	28	56%
TOTAL	50	100%

Encuesta Sobre Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE)

n=50

Para determinar la correlación entre el nivel educativo y las prácticas de autocuidado que realizan las adolescentes se encontró el valor de χ^2 .237, la razón de verosimilitud es de .276. Lo que significa que a pesar de que la población de estudio cursa el nivel de educación básica, realiza acciones de autocuidado.

XI. CONCLUSIONES

En esta investigación, identificar la capacidad y barreras que limitan el autocuidado de las adolescentes embarazadas, implica también conocer si en ellas surge el interés de prevenir riesgos mediante acciones que proporcionen su seguridad y la del producto.

Es menos probable que las adolescentes con mayor nivel sociocultural y educativo se conviertan en madres a temprana edad, debido a que estas toman medidas preventivas, ya que se encontró que más de la mitad cursan o cuentan con el nivel de educación básica.

De igual manera los factores que se relacionan con el deseo de embarazo son variables asociadas, con el desarrollo personal y con la autonomía de las adolescentes.

En el caso de parejas adolescentes, es importante identificar como se comunican y negocian la toma de decisiones en torno al uso de métodos anticonceptivos, embarazo y a las responsabilidades que esto conlleva.

Las condiciones de vida actuales de los padres y madres adolescentes están determinadas en gran medida por el apoyo que pudieran recibir para el cuidado del niño.

De acuerdo a los datos obtenidos a través del estudio, se llegó a la conclusión, de que las adolescentes cuentan con información relacionada a la sexualidad y los factores que predisponen el embarazo ya que esta información en muchas ocasiones es escasa y distorsionada por las fuentes y a veces mal interpretada.

Lo anterior genera como consecuencia el mal uso de los métodos anticonceptivos sumado a que muchos de estos no son 100% efectivos.

Si bien es cierto que el nivel educativo tiene mucho que ver con las acciones de autocuidado que realizan las adolescentes, el estudio reflejó que no es factor determinante, ya que queda demostrado que muchas veces las adolescentes reciben la información a través de los servicios de salud así como de sus familiares, lo que produce una mayor conciencia en los cuidados que deben tener durante el embarazo.

Al analizar las necesidades fisiológicas y como las cubren, se concluye que su satisfacción depende principalmente de los recursos con los que cuenta, entre ellos los

económicos. Sin embargo se llegó al resultado satisfactorio de que la mayoría realiza actos de vigilancia en cuanto a su peso y alimentación así como los necesarios para identificar signos de alarma que pudieran poner en peligro tanto su vida como la del producto.

XII. DISCUSIÓN

Los seres humanos, por naturaleza, tienen necesidades básicas que se deben satisfacer por medio del autocuidado, cuya capacidad es la realización de acciones por sí mismos para tener menos posibilidades de enfermar o morir.

Del mismo modo, Orem menciona que la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y se llevan a cabo en determinado tiempo, con el interés de mantener su funcionamiento, esto diferente a los resultados que se encontraron en este estudio, donde el grupo de adolescentes se encuentra principalmente en los 14 años de edad, se caracteriza a este grupo etario que no ha alcanzado un nivel de maduración física, psicológica y emocional suficiente para llevar cabo estas acciones de autocuidado.

En la vida de la mujer existe una etapa a la cual corresponde el embarazo, periodo importante donde el cuidado debe garantizar a la gestante una buena salud y encontrarse libre de riesgos.

El embarazo es un estado de la mujer que requiere mayores cuidados de sí misma.

Con respecto a los datos sociodemográficos se observó que el promedio de edad fue de 16.9 años, en el que se encontró similitud con lo que refieren León (2008), y la OMS (2011).

La edad en las adolescentes es un factor importante, puesto que muchas veces se relaciona con el estado de desarrollo y maduración, y tiene significado en relación a las conductas de autocuidado.

En relación con el estado civil, se encontró que el 68% se encuentran en unión libre, este factor es muy importante para la estabilidad de las adolescentes embarazadas. La maternidad adolescente reduce la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta, a diferencia de Gómez (2016) quien refiere que la mayoría de las adolescentes son solteras y sin estudios de secundaria.

La escolaridad de las adolescentes embarazadas estudiadas, resultó ser de nivel medio, puesto que la mayoría de la población en este estudio terminó la secundaria (52%), a diferencia de Gómez (2016) quien refiere que las adolescentes no cuentan ni siquiera con estudios de secundaria. Estos datos tienen relevancia en cuanto a la adquisición de conocimientos y desarrollo de capacidades y acciones de autocuidado para satisfacer los requisitos de desarrollo.

Al analizar la función que desempeñan las adolescentes embarazadas, los resultados reportan que el 90% de la población son amas de casa y solo un mínimo porcentaje trabaja o continúa los estudios, lo que es similar a lo que menciona la OMS (2014) muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo.

Al analizar las necesidades fisiológicas y como las cubren, se concluye que su satisfacción depende principalmente de los recursos con los que cuenta, entre ellos los económicos. En relación al ingreso económico propio, éste resultó estar ausente en el 21% de las adolescentes embarazadas, situación que las convierte en dependientes económicas ya que es muy difícil conseguir un empleo en estas condiciones. A diferencia de lo reportado por Noguera (2012) quien menciona en su estudio una evidencia importante entre la relación bajos recursos económicos y bajo nivel de escolaridad, generándose de esta manera un círculo de pobreza cada vez mayor en nuestro país.

En lo que se refiere al control prenatal se encuentra similitud con Alanis (2015) quien refiere que más del 90% de las adolescentes embarazadas asisten a su control prenatal mes con mes. Esto tiene congruencia con el 94% obtenido en el estudio que muestra que de las adolescentes asisten a su control prenatal de forma regular.

La alimentación es modificada en este periodo debido a las recomendaciones del personal de los servicios de salud. Observando similitud con Alvarado (2012) quien refiere que es necesario como profesionales de enfermería pero sobre todo en un equipo multidisciplinario educar para contribuir en la disminución de riesgos durante el embarazo adolescente.

En cuanto a sus hábitos higiénicos, varía de acuerdo a cada una de las adolescentes. Esto se ve reflejado y modificado según la edad, educación, nivel sociocultural, estado civil, economía, similar a lo que describe Mafla (2008) quien refiere *“disminuir los riesgos de adquirir enfermedades es clave para su desempeño. Por tanto, un buen manejo se debe realizar teniendo en cuenta sus características, además es fundamental que el compromiso no sólo sea por parte de un área de trabajo, sino de todos los profesionales de la salud.”*

Debido a las funciones que tiene la mujer, la familia presenta interés por el bienestar de su salud, por lo que a veces ofrecen comentarios y consejos para favorecer un embarazo saludable. Lo que es similar a lo que describe Issler (2011) *“con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar o favorecer un rol maternal.”*

XIII. SUGERENCIAS

Los especialistas coinciden en que el déficit de políticas públicas de educación y salud sexual a edades más tempranas se refleja en la problemática de los embarazos precoces, esto debido a que no existe realmente una educación sexual sistemática, la formación en las primeras etapas de vida como lo es en la escolar es poca entre los jóvenes, ya que desde los escenarios educativos no se incluyen temas donde se les explique de una forma amplia temas relacionados a la sexualidad y funcionamiento del organismo, así como prácticas de paternidad responsable, hoy en día se observa que las campañas de información en medios masivos para incitar a los jóvenes a usar métodos de control natal han sido esporádicas. Por lo que es pertinente realizar las siguientes acciones que disminuyan este problema social y de salud que ha incidido de manera impactante en los últimos años.

- En los servicios brindados a adolescentes se deben reforzar procesos educativos, no solamente difundiendo información aislada, sino compartiendo con ellos experiencias a partir de sus propias necesidades, explicando ventajas y desventajas, tanto de métodos anticonceptivos como de las implicaciones de ser padres.
- Es necesario propiciar en el sector educativo la inclusión de educar a las y los adolescentes sobre la responsabilidad de la madurez sexual y reproductiva, proporcionar información útil de forma tal que puedan vivir su sexualidad de manera más segura y evitar situaciones inesperadas.
- Desarrollar y aplicar programas de educación continua con un enfoque incluyente y fomentar en las y los adolescentes la autonomía sobre la toma de decisiones e involucrar a los padres de familia.

- Ampliar el acceso a los servicios de salud para las y los adolescentes y cambiar nuestra perspectiva como personal de salud hacia ellos, reconocer sus valores y derechos, para brindar servicios de salud amigables.

- Formar grupos de autoayuda para aquellas adolescentes que ya estén embarazadas con el fin de otorgar apoyo y educación de enfermería para el desarrollo de un embarazo libre de riesgos.

BIBLIOGRAFIA:

- Argota, R. A. (2009). *Factores que Influyen en el Embarazo*. Santiago de Cuba.
- Eating Attitude Test08*. (s.f.). Recuperado el 10 de septiembre de 2014, de <http://www.prixdelausanne.org/layout/doc/08-Eating-Attitude-Test08-esp.doc>
- ensayo*. (s.f.). Recuperado el 10 de septiembre de 2014, de respyn.uanl: <http://www.respyn.uanl.mx/v/2/ensayos/ensayotca.htm>
- García, M. (2011). Capacidades de autocuidado y percepción de salud en mujeres con y sin preeclampsia. *Cultura del cuidado*, 8-16.
- Guzmán, M. A. (2015). AUTOCUIDADO EN MUJERES EMBARAZADAS EN UNA COMUNIDAD DEL. 61-73.
- instrumento de evaluacion*. (s.f.). Recuperado el 10 de septiembre de 2014, de trastornos alimenticios: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/CUESTIONARIO%20DE%20BULIMIA%20REVISADO%20\(BULIT-R\)/BULIT-R_P.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/CUESTIONARIO%20DE%20BULIMIA%20REVISADO%20(BULIT-R)/BULIT-R_P.pdf)
- Jimenez, B. S. (2011). Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control. *Perinatol Reprod Hum*, 167-177.
- López, M. d. (2011). Apoyo edicativo en un grupo de ayuda mutua en el autocuidado de la adolescente embarazada. *Desarrollo Cientifico Enfermero*, 201-206.
- MENESES, D. M. (AGOSTO de 2013). *INFOMAGEN*. Obtenido de <http://infogen.org.mx/autocuidados-en-el-embarazo/>
- Molina, A. S. (2012). Teoria de Orem aplicada a ntervenciones durante embarazo y climaerio. *Revista Brasileira de Enfermagen*, 613-619.
- Olate, K. N. (MAYO de 2015). *TALLER DE AUTOCUIDADO*. Obtenido de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Taller%20Autocuidado.pdf>
- OMS. (Septiembre de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- OMS. (SEPTIEMBRE de 2014). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Paula León, M. M. (2008). EMBARAZO ADOLESCENTE. *PEDIATRÍA*, 10.
- Poffald, L. (2013). barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes. *Salud Publica de México*.
- Pública, S. d. (2012). *Embarazo adolescente y madres jovenes en México: una visión desde el Promajoven*. México.

Sampieri, F. C. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill.

SEDESOL. (2016). *ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE*.

Silva, P. O. (2011). PATERNIDAD: PERIODO DE CAMBIO EN LOS VARONES. *PSICOLOGÍA CNETIFICA*, 4-9.

Suárez López, L. (2013). SEXUALIDAD Y EMBARAZO ADOLESCENTE EN MÉXICO. *PAPELES DE POBLACIÓN*, 2-31.

Tomey, M. (2010). "Modelos y Teorías en Enfermería". En M. T. A., "*Modelos y Teorías en Enfermería*". España: Elsevier Science.

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Escala de Medición	Tipo de Variable
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Número de años vividos.	Cuantitativa
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltera Casada Unión Libre Otro	Cuantitativa
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Primaria Secundaria Preparatoria	Cuantitativa
Autocuidado	Hace referencia al cuidado personal que se realiza a persona a sí misma, entendido como lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer y beber, y cuidar de la propia salud.	Higiene Alimentación Peso Signos de Alarma Cuidado Familiar	Cuantitativa
Independiente Embarazo	Periodo de nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer.		Variable Intervalar
Dependiente Adolescentes de 13-19 años	Período de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta, momento en que se ha completado el desarrollo del organismo.	Número de años vividos	Variable De razón



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Basados en la Relación de la Ley General de Salud en materia de investigaciones para la salud. Capítulo I de disposiciones comunes. Artículos 20, 21 fracciones I a la VIII, Artículo 22 fracciones I a la V y Artículo 24, se efectúa el siguiente contrato de participación en la Investigación **CAPACIDAD Y BARRERAS QUE LIMITAN EL AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS** que se celebrará por parte del participante al estudio que cumple con los requisitos de inclusión, y que responde al nombre de:

en su defecto su representante legal: y por la investigadora PLESS Zeltzin Nayely Pereda Hombrar (responsable de la Investigación).

CLAUSULAS:

Ha recibido una explicación clara y completa a cerca de:

La justificación del estudio así como los objetivos de la investigación.

Los procedimientos que van a usarse y su propósito.

Los beneficios que puede esperar de la investigación

La garantía de que recibirá respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento.

La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se cree prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

La seguridad de que no le identificará y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Acepto participar en el estudio



ENCUESTA SOBRE FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS (FCBAE)

N° de Cuestionario

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

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad en años cumplidos:

¿En qué momento iniciaste tu control prenatal?

Posición de la adolescente en la familia:

- 1) 1era hija 2) 2da hija 3) 3era hija 4) Otro lugar (especifique)

Estado civil:

- 1) Soltera 2) Casada 3) Divorciada o separada 4) Unión libre 5) Viuda

Número de hijos:

- 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4

Escolaridad (último año que completo):

- 1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria 4) Técnica o Universidad

Religión:

- 1) Católica 2) Otra 3) Sin religión

Qué función desempeñas actualmente:

- 1) Estudiante 2) Trabajadora 3) Ama de casa 4) Otra (especifique)

Tienes ingreso económico propio:

- 1) Si 2) No

Cuál es tu ingreso económico semanal:

- 1) No tiene ingreso económico 2) Menos de un salario mínimos (\$73.04 pesos mexicanos)

- 3) Uno a dos salarios mínimos 4) Tres a cinco salarios mínimos 5) Más de 5 salarios mínimo

B. FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

	TOTAL DESACUERDO	PARCIAL DESACUERDO	PARCIAL ACUERDO	TOTAL ACUERDO
Por lo general la comunicación con tus padres, hermanos y tu pareja es buena.	1	2	3	4
Por lo general las relaciones con tu familia son buenas.	1	2	3	4
Frecuentemente participas en los quehaceres de tu hogar	1	2	3	4
Estas contenta con la función que desempeñas en tu familia.	1	2	3	4
Las relaciones con tu familia se mantienen iguales con tu embarazo.	1	2	3	4
Tu familia paterna te apoya con tu embarazo.	1	2	3	4

ANEXO 1

FORMATO O GUÍA DE ENCUESTA AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTE EMBARAZADAS CORPORACION UNIVERSITARIA RAFAEL NUÑEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA

Objetivo: Valorar el autocuidado de las gestantes adolescentes que asisten a control prenatal.

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

IDENTIFICAR LA FORMACIÓN QUE POSEEN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS USUARIAS DE LA CONSULTA PRENATAL, REFERIDO A: CONTROL PRENATAL NUTRICIÓN MATERNA, HIGIENE PERSONAL Y PROCESO DE PARTO.

¿Frecuentemente haces uso del Centro de salud de tu comunidad?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Asistes a todos los controles prenatales programados?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Cumples con las recomendaciones dadas por el personal de la salud que te atiende?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Te cepillas los dientes después de cada comida?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Dejas de asistir a las consultas odontológicas durante la gestación?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Acostumbras a realizarte duchas vaginales?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Utiliza ropa que le permite libertad de movimiento?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

Con frecuencia consumo los siguientes alimentos:

	Una vez a la semana	Dos o tres veces a la semana	4 o más veces a la semana
Frutas y verduras	1	2	3
Cereales y leguminosas	1	2	3
Leche, queso, mantequilla y líquidos	1	2	3

Frecuentemente cumplo con las siguientes indicaciones de salud:

¿Realizas el control de tu embarazo?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Te realizas los análisis indicados?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Consumes alimentos que contienen sal?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Frecuentemente examinas tus pies y tobillos?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Frecuentemente te pesas?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Haces uso de crema para las estrías?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Utilizas zapatos con tacones bajos y cómodos?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Evitas hacer ejercicio intenso, y cargar peso?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Frecuentemente descansas durante el día?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Frecuentemente usas sandalias cuando te bañas?

Si _____ No _____ porque? _____

IDENTIFICAR HÁBITOS, COSTUMBRES Y ACTITUDES FRENTE AL AUTOCUIDADO EN LAS ADOLESCENTES GESTANTES.

¿Tomas más de tres tazas de café al día?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Evitas fumar durante la gestación?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Evitas consumir licor durante la gestación?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Consumes alguna sustancia que te produzca adicción durante la gestación?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Tu embarazo fue un planeado?

Si _____ No _____ Porque? _____

¿Frecuentemente protejo mi embarazo cuando hay luna llena?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Frecuentemente hago uso de remedios caseros (algunas bebidas y ungüentos) para cuidar mi embarazo?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

ESTIMULAR EL CAMBIO EN LAS ADOLESCENTES GESTANTES, DE UNA ACTITUD PASIVA A UNA ACTIVA, FRENTE AL CUIDADO DE SU SALUD, EN ARAS QUE LAS MISMAS TOMEN INICIATIVAS Y ACTÚEN EN BUSCA DEL BIENESTAR.

¿Le hablas a tu bebé?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Le pones música cerca de tu abdomen?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Estimulas a tu bebé con luces a través de tu abdomen?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____

¿Acaricias a tu bebé a través de las paredes de su abdomen?

Si _____ No _____ ¿Porque? _____