



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla  
Centro Interdisciplinario de Posgrados  
Investigación y Consultoría

Protocolo

AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN RELACIÓN AL BAJO  
PESO AL NACER DE SUS PRODUCTOS

Para obtener el grado Especialista en Enfermería Pediátrica

Presenta  
Juan Chino Abraham

Puebla, México

Septiembre 2013





**UPAEP – Secretaría General**

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

**Tesis Digitales Restricciones de uso:**

**DERECHOS RESERVADOS ©**

**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Éste documento recepcional fue presentado ante el comité revisor conformado por los maestros:

Coordinadores de Tesis:

M.D.H.E Florentina Salazar Mendoza

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Correo electrónico: [florentina.salazar@upaep.mx](mailto:florentina.salazar@upaep.mx)

M.C.E. José Alfredo Romero Soriano

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Correo electrónico: [josealfredo.romero@upaep.mx](mailto:josealfredo.romero@upaep.mx)

Asesor metodológico:

MPTyO Carlos Ortega Leal

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Correo electrónico: [carlos.ortega@upaep.mx](mailto:carlos.ortega@upaep.mx)

## DEDICATORIA

### ***A mis padres***

Que siempre inculcan en mí esas ganas de vivir, muy a pesar de los obstáculos, enseñándome la importancia de la perseverancia.

### ***A la maestra Estela Mendoza Carreto***

Que sus enseñanzas siguen presentes en mí, cumpliendo sus objetivos, enseñarme a ser una mejor persona para poder servir a lo demás.

## **AGRADECIMIENTOS**

Es de vital importancia señalar que fueron varias las personas que participaron en la elaboración de este protocolo y varios los eventos por los cuales tuve que pasar para obtener los datos que se presentan. Así mismo debo agradecer a los maestros encargados de la revisión de la tesis ya que fue su conocimiento el que forjó la elaboración de dicha investigación, guiándome en mi formación, que en el futuro me será de vital importancia para la formación y asesoramiento de los futuros profesionales de enfermería.

## **RESUMEN**

En embarazo en las adolescentes ha sido un problema de salud pública mundial que cada vez se incrementa mas, teniendo múltiples causas. Siendo un factor de riesgo obstétrico y neonatal. Asimismo, las carencias alimentarias y la desnutrición maternas tienen un efecto determinante sobre el crecimiento fetal y el peso del recién nacido, incrementando el problema aun mas, ya que esto pone en riesgo dos vidas. Basándose en el modelo de Dorotea Orem nos propusimos a saber ¿Cuáles son los factores que influyen en el autocuidado de la adolescente embarazada y su relación con la edad gestacional y el bajo peso al nacer del producto?

## **ABSTRACT**

In teenage pregnancy has been a global public health problem that increases increasingly more, having multiple causes. Being a risk factor for obstetric and neonatal. Also, nutritional deficiencies and maternal malnutrition have a determining effect on fetal growth and birth weight, increasing the problem even more, as this puts at risk two lives. Based on the Model we proposed to Dorothea Orem Know: What are the factors that influence self-care of pregnant adolescents and their relation to gestational age and low birth weight of the product?



## ÍNDICE

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>CAPÍTULO I .....</b>                                          | <b>8</b>  |
| 1.1 Planteamiento del Problema .....                             | 8         |
| 1.2 Problema de la Investigación.....                            | 13        |
| 1.3 Morbilidad asociada con la prematuridad y el bajo peso ..... | 16        |
| 1.3.1. Sistema respiratorio .....                                | 16        |
| 1.3.2 Sistema digestivo .....                                    | 17        |
| 1.3.3. Piel.....                                                 | 19        |
| 1.3.4 Sistema inmune e infecciones .....                         | 19        |
| 1.3.5. Sistema cardiovascular .....                              | 19        |
| 1.3.6. Sistema sanguíneo .....                                   | 19        |
| 1.3.7. Sistema nervioso central.....                             | 20        |
| 1.3.8. Otros problemas asociados .....                           | 20        |
| 1.4 Pregunta de investigación.....                               | 20        |
| 1.5 Objetivo general .....                                       | 21        |
| 1.6 Objetivos específicos.....                                   | 21        |
| 1.7 Justificación de la Investigación.....                       | 21        |
| 1.8 Alcances y Limitaciones.....                                 | 24        |
| <b>CAPÍTULO 2.....</b>                                           | <b>25</b> |
| <b>MARCO TEÓRICO .....</b>                                       | <b>25</b> |
| 2.1 Conceptos de la Teoría .....                                 | 26        |
| 2.2 Naturaleza del Autocuidado .....                             | 27        |
| 2.3 Requisitos de Autocuidado .....                              | 28        |
| 2.4 Requisitos de Autocuidado Universal .....                    | 28        |
| 2.5 Requisitos de Autocuidado en la Desviación de la Salud ..... | 29        |
| 2.6 Requisitos de Autocuidado del Desarrollo .....               | 29        |
| 2.7 Factores Básicos Condicionantes .....                        | 31        |
| 2.8 Capacidad de Autocuidado.....                                | 31        |

|                                                 |           |
|-------------------------------------------------|-----------|
| 2.9 Proceso de Enfermería.....                  | 32        |
| <b>CAPITULO 3.....</b>                          | <b>34</b> |
| METODOLOGIA.....                                | 34        |
| 3.1 Alcances y enfoque de la investigación..... | 34        |
| 3.2 Hipótesis .....                             | 34        |
| 3.3 Diseño de la Investigación.....             | 36        |
| 3.4 Selección de la muestra .....               | 36        |
| 3.5 Selección del Instrumento .....             | 37        |
| <b>REFERENCIAS .....</b>                        | <b>38</b> |
| <b>INDICE DE TABLAS Y FIGURAS .....</b>         | <b>39</b> |
| <b>APÉNDICE A .....</b>                         | <b>42</b> |
| <b>APÉNDICE B.....</b>                          | <b>43</b> |
| <b>APÉNDICE C .....</b>                         | <b>44</b> |

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 Planteamiento del Problema

Para Florence Nightingale, considerada fundadora de la Enfermería moderna, enfermería era una profesión independiente de la medicina con metas propias; enfermería duro casi setenta años en el oscurantismo conceptual. Durante este periodo se transformó en algo metafórico, asimilando a la imagen de la maternidad y aunque en sus inicios se consideraba como algo netamente femenino en todas las culturas se han encontrado personas que ejercen la función de *cuidar*, siendo hoy muy diferente a como era a mediados del siglo XX. Así *cuidar* se entiende como *conocer* cómo trabajar en la solución de problemas que son importantes para el bienestar de los clientes, es dar un servicio social, es tener la sabiduría para priorizar hechos y determina lo trivial; en otros términos, es diferenciar aquello de importancia inmediata y mediata para la investigación Shultz y Meleis, (1988)

Dorotea Orem sostiene que el autocuidado es una función reguladora del hombre, y las personas deben deliberadamente llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo prácticas de cuidado para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar; por lo tanto el autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera deliberada y continua, conforme a los requisitos de cada persona, asociados con sus periodos de crecimiento, desarrollo, estados de salud, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales, que les permitan cuidar su salud . Una unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente y que inicia y lleva a cabo por si misma actividades de autocuidado para conservar la vida, la salud y el bienestar; las actividades de autocuidado tienen que ver con el aporte de aire,

agua, comida, la eliminación de excretas, la actividad y el descanso, el aislamiento y la interacción social, la prevención de los riesgos para la vida y el bienestar y el fomento de la actividad humana.

Definiendo a la Enfermería como un servicio de ayuda o asistencial a las personas que son dependientes total o parcialmente (lactantes, niños o adultos) cuando ellos mismos, sus progenitores, sus tutores u otros adultos responsables de su cuidado ya no son capaces de prestarles o controlar su cuidado. Un esfuerzo creativo de un ser humano para ayudar a otro ser humano. Siendo una actividad deliberada, una función de la inteligencia práctica de las enfermeras, una función para impulsar las condiciones humanamente deseables de las personas y sus ambientes, distinguiéndose de otros servicios humanos y de otras formas de asistencia por su enfoque hacia los seres humanos.

Según datos de la OMS (2011) se considera como embarazo de alto riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto y a los abortos practicados en condiciones de riesgo. Estas adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior, según el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen (2009), que está a cargo de un estudio de investigación del Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo de la OMS. Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés.

"El contexto es complicado, porque las cuestiones culturales influyen en el comportamiento sexual. Esta problemática mundial que va en aumento, es considerada un factor de riesgo obstétrico y neonatal, siendo los factores de riesgo preconceptionales las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento, el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado, "el efecto adverso del bajo nivel socioeconómico, la desnutrición, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, entre otros los que actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo" Juarte (2006).

El bajo peso para la edad gestacional (BPEG), definido como peso al nacer menor de 2500g, el mismo ha sido reconocido como el riesgo más estrechamente ligado a la supervivencia infantil, en particular contribuyendo como factor principal a la tasa de mortalidad neonatal. Numerosos estudios han demostrado mayor incidencia de bajo peso al nacer entre los hijos de madres adolescentes comparados con mujeres mayores. En estudios clínicos realizados en países en desarrollo, la incidencia de bajo peso al nacer y/o muy bajo peso al nacer (definido como peso menor a 1500 gramos) en hijos de madres adolescentes está incrementada en relación a la incidencia en hijos de mujeres mayores, en particular cuando se asocian a baja edad gestacional.

Existe una relación directa entre parto pretérmino y bajo peso para la edad gestacional. El parto pretérmino es determinante en el bajo peso al nacer y el retardo del crecimiento fetal está asociado al bajo peso para la edad gestacional. Asimismo, las carencias alimentarias y la desnutrición maternas se asocian al BPEG siendo conocido que el estado nutricional materno tiene un efecto determinante sobre el crecimiento fetal y el

peso del recién nacido. Las jóvenes adolescentes continúan su crecimiento durante el embarazo y a las necesidades bioenergéticas habituales se suman las propias de la gestación

Es difícil establecer un diagnóstico de prematuridad antes del nacimiento ya que todos los estudios clínicos (Capurro, Dobowitz y Ballard).y de gabinete modernos, nos refieren un grado importante de margen de error, siendo los más eficaces los métodos de evaluación utilizados después del nacimiento.

Madrid (2005) señala que los estudios cuantitativos que comparen maternidad y paternidad en la adolescencia son casi inexistentes, señalando que la fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, señalando que la gestación en adolescente se ha urbanizado y se presenta en mayor proporción en condiciones de pobreza.

En México según el censo final de población y vivienda realizado por el INEGI en el año 2010, el país cuenta con 112, 336, 538 mexicanos de los cuales la entidad de Puebla ostenta más de 5, 779, 829 de los cuales 2,769, 855 son hombres y 3, 009, 974 mujeres y que el 77.8% viven en zonas urbanas. Teniendo estos datos y como inquietud social se puede observar que la entidad es vulnerable a dicho problema social

Según cifras del Consejo de Población y Vivienda (CONAPO) Se estima que el 44.9% de las adolescentes vivían en 2010 en entidades con muy baja y baja marginación, mientras que el 17.1% vivían en entidades con marginación media y el 38% en entidades con alta y muy alta marginación. Es decir, poco más del 55% de las adolescentes viven en entidades con marginación media a muy alta lo cual representa un factor significativo para el estado de la salud reproductiva de las personas, ya que las condiciones de marginación

limitan el aprovechamiento de programas y recursos, además de obstaculizar la toma de decisiones y dificulta el ejercicio de sus derechos. Cabe señalar, que de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, en México había 11 millones de adolescentes (15 a 19 años) de los cuales 49.9% eran mujeres

Según datos del INEGI del año 2011, el porcentaje de nacimientos registrados de madres menores de 20 años ocurridos durante este año a nivel nacional fue de 19.20 %, comparado con el estado de Puebla con un porcentaje 18.9%, lo cual lo ubica por encima de la media nacional.

La tendencia en México de embarazos en adolescentes ha ido a la alza, ya que en el 2005 la tasa era de 30 embarazos por cada 1,000 mujeres, mientras que en el 2011 pasó a 37 embarazos, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT).

Considerando estos datos y en conjunto con la teoría de autocuidado de Dorotea Orem, nos debemos hacer la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores que influyen en el autocuidado de la adolescente embarazada y su relación con la edad gestacional y el bajo peso al nacer del producto?

## **1.2 Problema de la Investigación**

La OMS (2011) define que la adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 11 y 19 años, sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Durante esta etapa las jóvenes experimentan cambios en diferentes planos. En primer lugar alcanzan la madurez física y la capacidad reproductiva, así mismo, su desarrollo intelectual les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, por otro lado aumenta su responsabilidad social.

Precisan también acomodar su sexualidad, “aún infantil”, con la sexualidad de los adultos.

En esta etapa, se inicia un juego de doble moral sexual, donde se consolida la inequidad sexual, colocado a hombres y mujeres en papeles estereotipados por causas morales y culturales y separando el componente afectivo de la relación sexual. Este ejercicio prejuiciado de la sexualidad genera riesgos para la salud por ignorancia y/o desigualdad. Poniendo en riesgo a muchas jóvenes que evitan el control natal porque creen que no iniciaran una vida sexual. Sin embargo, las estadísticas demuestran que aunque no lo hayan considerado se ven involucradas en relaciones sexuales inesperadas y enfrentan embarazos. Esta situación coloca a los adolescentes en mayor riesgo de embarazos no deseados o de abortos provocados.

Y si se revisan las estadísticas mundiales, se puede observar que el problema es más frecuente en países industrializados, siendo en estratos medios y altos donde la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente y en estratos más bajos donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, y

es más común que tengan su hijo, generando un problema aun más grave que conlleva el riesgo de dos vidas.

Un embarazo a edades tempranas de la vida es considerado como un factor de riesgo obstétrico y neonatal, y esto aumenta cuando el producto es prematuro o de bajo peso al nacer. Según la American Academy of Pediatrics, (1999) una posible causa sería la baja edad ginecológica, con un cuello e inmadurez uterina predispondría a infecciones subclínicas como vaginitis bacteriana o infecciones urinarias, con el consiguiente aumento de la secreción de prostaglandinas que estaría implicado en el incremento de la incidencia de parto pre término en esta población.

Existe una relación directa entre el parto pre término y bajo peso para la edad gestacional, siendo determinante en el bajo peso y el retardo de crecimiento fetal. Asimismo, las carencias alimentarias y la desnutrición maternas se asocian al BPEG siendo conocido que el estado nutricional materno tiene un efecto determinante sobre el crecimiento fetal y el peso del recién nacido (Fernández Paredes F, Castro García M, Et al., 1996). Las jóvenes adolescentes continúan su crecimiento durante el embarazo y a las necesidades bioenergéticas habituales se suman las propias de la gestación.

El Bajo Peso al Nacer fue definido en 1976 por la OMS en la 29ª Asamblea Mundial de Salud como aquel peso menor de 2.500 gramos en el momento del nacimiento. Según Moro y Morrison (1997) aproximadamente el 75% de las muertes perinatales se producen en recién nacidos prematuros y alrededor de dos tercios de este 75% se producen en nacidos antes de las 32 semanas de gestación. Pero un prematuro tiene más probabilidades de presentar, en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento y pudiendo ser éstos, transitorios o definitivos Poo - Arguelles (2000) El riesgo no es solamente biológico, sino que también pueden

sumarse otras circunstancias adversas del entorno ambiental. Evidentemente, los problemas biológicos precoces hacen al niño más vulnerable al ambiente adverso y en general, las tasas de mortalidad infantil aumentan conforme disminuye el peso al nacer.

En 2004 la UNICEF publicó las estimaciones a nivel mundial de la incidencia del bajo peso al nacer. En el caso de los países desarrollados las estimaciones son más fiables ya que provienen de fuentes nacionales de registro. En el resto de países se han utilizado métodos para ajustar de la forma más precisa posible la estimación de los nacidos con menos de 2500 gramos. El 15,5 por ciento de todos los nacimientos del mundo, en total más de 20 millones al año, son Nacidos con Bajo Peso. El porcentaje en el caso de los países no desarrollados (16,5%) es más del doble que el de los países desarrollados (7%), lo que supone más del 95 por ciento del total. (Ver Tabla 1)

Aunque es difícilísimo evaluar el coste económico de la prematuridad y el bajo peso, se han publicado algunos estudios al respecto que se mencionan a continuación.

En 1995 Paneth publicó en el *The problem of low birth weight. Future Child* que el gasto de los cuidados neonatológicos era de hasta el alta de un millón de dólares. Russel en 2001 publica en un estudio correspondiente en EEUU, que en dicho año el 8 por ciento (384,000) de los 4.6 millones de estancias hospitalarias fueron codificados como nacimiento prematuro o bajo peso al nacer. Los costes derivados de esas admisiones se cifraron en 5.8 billones de dólares, representando el 47 por ciento de los costes de todas las hospitalizaciones infantiles y el 27 por ciento del total de estancias pediátricas. La estancia media de un recién nacido prematuro y/o de bajo peso fue de 12.9 días con un coste medio de 15,100 dólares. Para un nacido a término la estancia media fue de 1.9 días y el coste medio de 600 dólares. Los costes fueron más elevados para los prematuros extremos (menores de 28 semanas y/o menores de 1,000 gramos) situándose en 65,000 dólares.

### **1.3 Morbilidad asociada con la prematuridad y el bajo peso**

La característica que define la patología del prematuro es la inmadurez de sus diferentes sistemas, los cuales no están preparados para responder a las exigencias de la vida extrauterina. De acuerdo a esto, a menor edad gestacional más graves y frecuentes son los problemas de adaptación y más complejo su tratamiento. A continuación se describen los principales problemas asociados con la prematuridad y el bajo peso al nacer.

#### **1.3.1. Sistema respiratorio**

La función principal de los pulmones es el intercambio gaseoso. La entrada y salida de líquido amniótico de los pulmones con la respiración es fundamental para la maduración del sistema respiratorio. Los movimientos respiratorios se inician alrededor de la décima semana de gestación. Alrededor de la semana 32 de gestación los pulmones empiezan a fabricar surfactante, sustancia tensoactiva que ayuda a mantener los alveolos abiertos. Cualquier fallo en los mecanismos de maduración anteriormente descritos pueden llevar a una alteración del desarrollo pulmonar que pueda ser incompatible con la vida extrauterina. *Síndrome de Distrés Respiratorio tipo I (SDRI) o Enfermedad de la Membrana Hialina (EMH)*

Hace algunos años, el 80 por ciento de los nacidos antes de la 27 semana de gestación desarrollaban el conocido como Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR) o Enfermedad de la Membrana Hialina (EMH), el cual está asociado con la ausencia de la deficiencia de surfactante. La presencia de taquipnea, quejido intenso, aleteo nasal y cianosis progresiva que a menudo no mejora con la administración de oxígeno nos debe hacer pensar en esta entidad.

*Displasia broncopulmonar (DBP) o pulmón crónico del recién nacido.*

Se define como la necesidad de oxigenoterapia al mes de vida. Aquellos recién nacidos que han padecido un SDR importante tienen mayor riesgo de padecerlo. Su incidencia parece aumentar conforme disminuye la edad gestacional al nacimiento.

*Apnea del prematuro.*

Otra de las posibles complicaciones respiratorias del Recién Nacido Pretermino (RNPT) y/o de bajo peso es la apnea. Se define como la pausa respiratoria de 20 segundos o más, y a veces se acompaña de bradicardia. La inmadurez del centro de control respiratorio es la causa principal de la apnea y la bradicardia, aunque algunas veces los prematuros pueden presentar apnea obstructiva. En cualquiera de los casos requieren monitorización y generalmente responden rápido a la estimulación o al cambio de posición. Ocasionalmente precisan presión positiva para reiniciar la respiración.

### **1.3.2 Sistema digestivo**

La función primordial del sistema digestivo consiste en digerir y absorber los alimentos. Para ello precisa de células muy especializadas que en el caso de los recién nacidos prematuros no son completamente funcionales. Además, el sistema digestivo presenta funciones endocrinas e inmunes y una importante regulación de su función por el sistema nervioso autónomo. Entre las principales morbilidades digestivas del prematuro destacan la intolerancia alimentaria, la enterocolitis necrotizante y el reflujo gastroesofágico.

*Intolerancia alimentaria*

La intolerancia alimentaria es una complicación común del prematuro. El sistema digestivo inmaduro presenta dificultad para digerir los alimentos necesarios para asegurar

un adecuado crecimiento y desarrollo. Los prematuros extremos deben recibir alimentación parenteral con aminoácidos, lípidos, glucosa y electrolitos. Los nacidos antes de la 34-35 semanas de edad gestacional pueden precisar alimentación enteral por falta de coordinación entre la succión-deglución y la respiración. Estos tratamientos pueden complicar otros problemas asociados con la prematuridad.

#### *Enterocolitis Necrotizante (ECN)*

Es una enfermedad gastrointestinal grave de causa desconocida que predominantemente afecta a niños prematuros y que habitualmente se sigue de sepsis bacteriana a partir de foco digestivo. Teorías iniciales propusieron que la causa era multifactorial y requerían interacción de inmadurez, isquemia gastrointestinal, alimentación enteral, e invasión bacteriana. En la actualidad la información disponible apoya el hecho que el desarrollo de ECN incluye múltiples factores en el contexto de intestino alterado con mecanismos protectores inmaduros. La causa primaria de la enfermedad permanece desconocido. Normalmente se presenta en las dos primeras semanas de vida y se debe sospechar ante una repentina distensión abdominal, deposiciones sanguinolentas y signos de sepsis como hipotensión.

#### *Reflujo Gastroesofágico (RGE)*

El RGE es un problema común tanto en el RNPT como para el Recién Nacido de Término (RNT). A menudo el primer síntoma es la regurgitación o el vómito, y si no se resuelve puede originar problemas de retraso pondoestatural. La neumonía por aspiración es una complicación peligrosa de este cuadro.

### **1.3.3. Piel**

La piel, que se empieza a formar en la sexta semana de gestación, es una barrera importante y fundamental entre el feto o el recién nacido y el medio ambiente que le rodea. La piel juega un papel fundamental en el balance de fluidos, en la termorregulación y en la prevención de infecciones. La piel de los nacidos en el límite bajo de la viabilidad (entre la 22 y la 25 semanas de gestación) es gelatinosa, fácil de dañar cuando se toca, permite una tremenda pérdida de fluidos y no cumple su papel de barrera contra las infecciones.

### **1.3.4 Sistema inmune e infecciones**

Los prematuros poseen un sistema inmune inmaduro que no es eficiente para luchar contra la mayor parte de bacterias, virus y otros organismos que pueden causar infecciones. Las manifestaciones más serias que pueden provocar dichos agentes en los prematuros son la sepsis, meningitis, neumonías e infecciones del tracto urinario. Estas infecciones las puede contraer el prematuro desde su madre o después del nacimiento a través de su piel inmadura, de los pulmones, o del tracto digestivo, los cuales no poseen las funciones inmunoprotectoras adecuadas.

### **1.3.5. Sistema cardiovascular**

Los recién nacidos prematuros pueden presentar una gran variedad de alteraciones desde el punto de vista cardiovascular, que van desde defectos morfológicos mayores hasta disfunción de la autorregulación de la presión arterial sanguínea.

### **1.3.6. Sistema sanguíneo**

*Anemia de la prematuridad*

Es la alteración hematológica más frecuente en los recién nacidos prematuros y se debe a una exageración de la anemia fisiológica de la infancia. Su etiología es multifactorial incluyendo la menor vida media de los hematíes y el déficit de eritropoyetina. Se suele presentar entre la 4 y la 12 semana posnatal y sus manifestaciones clínicas más comunes son apnea, mal incremento ponderal, palidez, hipoactividad, taquipnea, taquicardia y rechazo alimentario.

### **13.7. Sistema nervioso central**

Los signos más comunes de daño a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC) en los prematuros son: la hemorragia intraventricular, la hemorragia intraparenquimatosa y la afectación de la sustancia blanca (que incluye la leucomalacia periventricular). Para visualizar este daño cerebral se utilizan pruebas de neuroimagen donde se incluye la ecografía, la tomografía y la resonancia magnética cerebral.

### **1.3.8. Otros problemas asociados**

Además de los problemas descritos con anterioridad, los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer pueden presentar otros problemas como son: ictericia, alteraciones nutricionales y del equilibrio hidroelectrolítico y osteopenia.

## **1.4 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los factores que influyen en el autocuidado de las adolescentes embarazadas y su relación con la edad gestacional y el bajo peso al nacer del producto?

### **1.5 Objetivo general**

Reconocer los factores involucrados en el autocuidado de adolescentes embarazadas a través de la aplicación de un instrumento de autocuidado en la edad gestacional y bajo peso al nacer en sus productos.

### **1.6 Objetivos específicos.**

- Analizar cómo influye la perspectiva de autocuidado de los familiares hacia el embarazo en las adolescentes
- Asociar los riesgos que conlleven el parto prematuro
- Determinar la importancia de una vida sana, de la importancia del ejercicio y una dieta equilibrada durante esta etapa.
- Diseñar un plan estandarizado de autocuidados en el embarazo en adolescentes

### **1.7 Justificación de la Investigación**

Un embarazo en la adolescencia es más peligroso por todos los riesgos que esto plantea, no solo los que involucran a la salud, que serían los mayores, sino los psicológicos y los sociales que conllevan a una vida más difícil, si se entiende que ya no solo es una vida la afectada. Pero las complicaciones más graves son para sus productos ya que hay que contemplar los autocuidados que un embarazo plantea, y si no hay una madurez necesaria para planear tal suceso, no habrá una planeación para el cuidado de una tercera persona. Lo que se traduce en complicaciones y un parto prematuro, naciendo niños con poco peso al nacer, no aptos para enfrentar la vida, por toda la inmadurez de órganos y sistemas, y todas las complicaciones que ello conlleva.

Agregando que hoy en día, los adolescentes crecen en una cultura donde se les bombardea a través de la televisión, el internet, las redes sociales, el cine, la música y

revistas, diciéndoles que la sexualidad es normal y frecuente, donde las relaciones sexuales en los noviazgos son normales y a veces hasta esperadas. Y a pesar de que estamos en el siglo XXI aun encontramos a familias donde es tabú hablar de sexualidad, lo cual hace que las inquietudes de su comportamiento sexual, sea intercambiado con sus pares o a través de filtros de todos los medios anteriores que los confunden aún más.

En México se han realizado diversos programas que atacan al problema desde sus inicios, fomentando la educación sexual y trabajando con madres adolescentes para darles una atención adecuada durante el mismo y así evitar complicaciones durante esta etapa que se manifestarían en el futuro en el producto. Como complicación más común se encuentra la prematurez del inicio de trabajo de parto. Lo que manifestaría un problema nuevo, no solo a los padres ya que eso los llevaría a modificar sus acciones como respuesta a los nuevos problemas que conlleva el tener un familiar hospitalizado. Debido a la prematurez de los órganos y sistemas de producto, este no podría adaptarse a la vida, poniendo de inmediato en grave riesgo la vida del producto.

En el país este problema suele ser común en estratos socioeconómicos bajos, ya que la educación muchas veces suele ser interrumpida a edades cortas, lo que conlleva a una educación sexual pobre o mal informada. Lo que deja como resultado embarazos a tempranas edades, que dejan a la vez embarazos interrumpidos como son los abortos y que suelen ser en lugares clandestinos que ponen en grave riesgo la vida de las adolescentes. O en embarazos aun deseados suelen tener complicaciones del embarazo que conllevan a tener productos de edades gestacionales cortas, que les impiden desarrollarse adecuadamente y enfrentarse a la vida. Muchas veces esto es derivado de la falta de educación de no solo de lo que es un embarazo, sino cuales son los cuidados básicos a

llevar durante un embarazo. Las fallas durante el autocuidado de esta etapa suelen ser fatales no solo para la madre, sino para el producto.

En investigaciones y datos estadísticos anteriores se han demostrado los motivos y causas de la maternidad a edades tempranas y de cómo influyen en la sociedad, pero la presente indagación busca examinar la estructura y función de los autocuidados en esta etapa. Además de medir, alcances, consecuencias y posibles efectos colaterales. En respuesta a esta inquietud que se ha convertido en un problema social de proporciones internacionales y que afecta drásticamente a la sociedad, se ha decidido estudiar cómo influye el autocuidado de madres adolescentes en la baja edad gestacional y peso al nacer de sus hijos.

La mayoría de los neonatos con muy bajo peso al nacer (MBPN) ingresa a las unidades de cuidado intensivo (UCI) neonatal, y esto se ha asociado con la disminución de su mortalidad, debido al soporte de ventilación artificial y a la investigación de nuevas terapias en numerosos ensayos clínicos. Tin y colaboradores (1997) encontraron que ningún bebé de 22 semanas de gestación sobrevivía durante el tiempo de observación, y sólo ocho de 197 bebés de 23 semanas, sobrevivieron al trabajo de parto.

Cuatro de esos ocho sobrevivientes tuvieron discapacidades severas en observaciones posteriores, pero ninguna fue tan grave como para carecer de movilidad independiente o habilidad de comunicarse libremente con los demás durante la edad escolar, o ambas. Existen otros estudios con tasas de supervivencia para nacidos vivos muy similares, y que fueron realizados en el Reino Unido (Johnson 1993, Bohing 1997 )

## **1.8 Alcances y Limitaciones**

Hacer una propuesta de autocuidados recomendados durante el embarazo, y la importancia de la participación del personal de Enfermería en el embarazo durante la adolescencia.

Los factores limitantes dentro de esta investigación pueden incluir varios como:

- Renuencia a la participación.
- Que la información proporcionada sea errónea.
- Que los padres o parejas de las participantes alteren la información proporcionada
- Que el tiempo proporcionado para la investigación sea corto

## CAPÍTULO 2.

### MARCO TEÓRICO

Dorothea Elizabeth Orem, nació en Baltimore, Maryland Estados Unidos de América, en 1924, inicio su carrera con las Hermanas de Caridad en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Washington D.C. De 1940 a 1949 fue directora de la Escuela de Enfermería y del Departamento de Enfermería del Providence Hospital, Detroit; su meta fue mejorar la calidad de la Enfermería en los Hospitales Generales de todo el estado. De 1958 a 1960 fue asesora de Programas de Estudios en el Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar de la Oficina de Educación de los Estados Unidos. En 1959 publicó *Guidelines for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses* (*Directrices para el Desarrollo de Currículos para la Educación de Enfermería Práctica*). En 1962 escribió “*The Hope of Nursing*” (*La Esperanza de la Enfermería*) y lo publicó en el *Journal of Nursing Education* (*Revista de Educación en Enfermería*). En 1971 publica su primer gran libro “*Nursing: Concepts of Practice*” (*Enfermería: Conceptos de la Práctica*) y en 1972 “*Concept Formalization in Nursing: Procces and Product*” (*Formalización de Conceptos en Enfermería: procesos y Producto*).

La Georgetown University le confirió el título honorario de Doctor of Science (Doctora en Ciencias) en 1976. Recibió el premio Alumni Association Award for Nuring Theory de la CUA (Asociación para la Teoría de Enfermería de la Universidad Católica de América) en 1980. Entre los demás títulos recibidos se incluye el Honorary Doctor of Science, (Honorario Doctor en Ciencias), Incarnate Word College (Colegio del Verbo Encarnado), en 1980; el Doctor of Humans Letters (Doctor en Letras Humanas), Illinois Wesleyan University (IWU) en 1988; el Linda Richards Award, National League for

Nursing (Premio Linda Richards, Liga Nacional de Enfermería), en 1991; y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing (Miembro Honorario de la Academia Americana de Enfermería), en 1992. En 1998 fue nombrada doctora Honoris Causa por la Universidad de Missouri. Desde 1970 empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. Se jubiló en 1984 y siguió trabajando en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado. Falleció el 22 de Junio del 2007.

## **2.1 Conceptos de la Teoría**

El Modelo de Enfermería de Dorothea Orem es utilizado como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras, necesarios para brindar cuidados a los pacientes. Orem proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

Es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con que se construyó: mejorar los cuidados de enfermería.

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas (Ver figura 1)

- La teoría del autocuidado
- La teoría del déficit de autocuidado
- La teoría de los sistemas de enfermería

(Ver mapa conceptual No. 1 de la Teoría del Autocuidado)

*La teoría del autocuidado* muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos.

*La teoría del déficit de autocuidado* postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.

*La teoría de los sistemas de enfermería* proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado.

## **2.2 Naturaleza del Autocuidado**

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

### **2.3 Requisitos de Autocuidado**

Los requisitos de autocuidado son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración del paciente. El término requisito se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo. Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado que son los requisitos de autocuidado universal. Hay dos tipos más de autocuidado, los de desarrollo y los de desviación de la salud.

### **2.4 Requisitos de Autocuidado Universal**

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano. (Ver figura 2)

## **2.5 Requisitos de Autocuidado en la Desviación de la Salud**

Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. El individuo tiene demandas adicionales de cuidados de la salud. La principal premisa es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo. La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria. La prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o de la incapacidad prolongada. La prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad. (Ver figura No. 3)

## **2.6 Requisitos de Autocuidado del Desarrollo**

Estos requisitos se clasifican en: etapas específicas de desarrollo y condiciones que afectan el desarrollo humano. Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de

organización de las estructuras humanas y hacia la maduración. Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento.
2. Vida neonatal.
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo, en la adolescencia o en la edad adulta.

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Tiene dos subtipos: el primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de la condición es adversas. El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición particular.

La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano. Las consideraciones relevantes incluyen:

1. Deprivación educacional.
2. Problemas de adaptación social.
3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
4. Pérdida de posesiones o del trabajo.
5. Cambio súbito en las condiciones de vida.
6. Cambio de posición, ya sea social o económica.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. Enfermedad terminal o muerte esperada.

## 9. Peligros ambientales.

Estar sujeto a una de estas condiciones o una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado

### **2.7 Factores Básicos Condicionantes**

Son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos.

Los factores son los siguientes:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado de desarrollo.
4. Estado de salud.
5. Orientación sociocultural.
6. Factores del sistema de cuidados de salud; por ejemplo, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
7. Factores del sistema familiar.
8. Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente.
9. Factores ambientales.
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos

### **2.8 Capacidad de Autocuidado**

Es la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. (Ver figura No. 4)

Las personas que realizan su autocuidado son conocedoras de sí mismas, de sus estados funcionales y de los cuidados que necesitan. Quieren saber. Valoran, investigan, emiten juicios y toman decisiones. Se ocupan de cursos de acción para el logro de resultados y son capaces de auto dirigirse en sus ambientes.

Las habilidades de autocuidado son expresiones de lo que las personas han aprendido a hacer y saben hacer en la fase de investigación y toma de decisiones del autocuidado, y en su fase de producción en las presentes condiciones humanas y ambientales. Las limitaciones de autocuidado son expresiones de lo que impide a los individuos proporcionar la cantidad y clase de autocuidados que necesitan en las condiciones y circunstancias existentes y cambiantes. Se expresan en términos de influencias restrictivas en las operaciones de autocuidado. Se han identificado tres clases: restricciones de conocimiento, restricciones de juicio y toma de decisiones y restricción de las acciones para el logro de resultados, tanto en la fase de investigación como en el autocuidado.

## **2.9 Proceso de Enfermería**

Orem aboga por el uso del proceso de enfermería, pero de una forma más coherente con su teoría. (Ver figura No. 5)

Contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.

Los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias.

En particular las enfermeras deberían:

1. Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros.
2. Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud.
3. Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente y otros.

Las operaciones tecnológico-profesionales son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos.

Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración. Las operaciones de cuidados de casos (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de enfermería), continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes.

La realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores.

## **CAPITULO 3**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 Alcances y enfoque de la investigación**

Con esta investigación se pretende investigar cómo afectan los autocuidados en las embarazadas adolescentes y cómo influyen los factores externos como familiares, pares, y medios de comunicación como internet, redes sociales y televisión en el autocuidado.

Respondiendo la pregunta: ¿Cuáles son los factores que influyen en el autocuidado de la adolescente embarazada y su relación con la edad gestacional y el bajo peso al nacer del producto?

#### **3.2 Hipótesis**

En el marco del día internacional de la Prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes, celebrado el 26 de septiembre, la Secretaría General del CONAPO presenta algunos de los datos más relevantes referentes a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes mexicanos, con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2009) y su relación con el Índice de Marginación a nivel entidad federativa. A nivel nacional, 38.5% de las adolescentes usaron métodos anticonceptivos en la en la primera relación sexual, y dependiendo del lugar de residencia este porcentaje varia: el 29.9%, de las adolescentes que viven en entidades de muy alta y alta marginación hicieron uso de algún método, mientras que en el caso de las adolescentes viviendo en entidades de marginación media, y en entidades con baja y muy baja marginación, el porcentaje de uso de anticoncepción fue de 34.9% y 45.3%.

La tasa de fecundidad adolescente en 2007, fue de 69.5 nacimientos por cada mil adolescentes, destacando el hecho de que la tasa de fecundidad fue mayor en entidades con baja y muy baja marginación (70.8 nacimientos por cada mil adolescentes), menor en entidades con marginación media (69.5 nacimientos por cada mil adolescentes) y la más baja en entidades con alta y muy alta marginación de (67.7 nacimientos por cada mil adolescentes).

Con estas cifras en incremento a pesar de los programas que cada día se suman para su combate, el problema persiste. Muy a pesar de la facilidad en la que hoy podemos acceder a la información, las cifras aumentan y con ello los partos prematuros y los recién nacidos no aptos para la vida por la inmadurez de órganos y sistemas. No porque no existan programas para su combate, tal vez porque esos programas no tienen supervisión o seguimiento para valorar los resultados de parte de las autoridades responsables para su aplicación y por lo consiguiente no existe una propuesta de intervención para prevenir el embarazo en la adolescente. Lo que nos dice que el problema continuara, muy a pesar de todos los esfuerzos, pero que es lo que sucede cuando el embarazo ya está presente, quien y como se informa a las adolescentes cuales son los mejores cuidados en esta etapa, a ello hay que sumar que es lo que entienden de ello. Considerando que muchos de esos futuros padres aún son unos niños que no visualizan la magnitud del problema y que un embarazo en esta etapa no es considerada como debería. En segundo lugar no existen programas específicos que ayuden a las adolescentes embarazadas a llegar a un parto a término, explicándoles cómo deben autocuidarse. Porque hay muchos programas para evitar un embarazo en adolescentes, que es lo mejor desde el punto de vista de salud pública, evitar el problema antes que inicie, y aunque existen programas para un buen control prenatal,

estos no están dirigidos para la comprensión de adolescentes, y mucho menos que exista una persona asignada para darle seguimiento específicamente a embarazos adolescentes.

Estos cambios en el cuidado perinatal, incluyendo el aumento en la remisión prenatal; el tratamiento con esteroides prenatales; la asistencia ventilatoria al momento del parto y la terapia con surfactante, han sido asociados con un aumento sustancial de supervivencia en los neonatos con MBPN (Hack M, Fanaroff, 1999). La inmadurez está asociada sin ninguna duda con altos niveles de morbilidad y mortalidad neonatales.

Con estos datos se puede observar que la mortalidad neonatal temprana, antes de los 28 días, son: trastornos respiratorios específicos del período perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y otras afecciones originadas en el periodo perinatal. Este panorama es muy desolador, más aun al considerar que la mayoría de los partos prematuros, la morbilidad que éste genera y las muertes neonatales, no sólo le generan altos costos al sistema, sino que podrían evitarse desde el embarazo con una identificación adecuada y oportuna del riesgo materno- neonatal.

### **3.3 Diseño de la Investigación**

Descriptivo, cuantitativo, transversal y correlacional.

### **3.4 Selección de la muestra**

Tipo de muestreo determinístico intencional

#### **UNIVERSO**

Mujeres adolescentes en edad fértil

#### **POBLACION**

Mujeres de entre 11 y 19 años de edad

### **3.5 Selección del Instrumento**

El instrumento seleccionado fue creado por Achury D, Sepúlveda G, Rodríguez M. en el año 2008 en la investigación; Validez de apariencia y de contenido de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo y avalado por la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia en el año 2009. Evaluando la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente, basándose en la teoría de autocuidado de Dorotea Orem. Consta de 16 ítems modificados y adaptados a la investigación, agrupados en tres dimensiones: (capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad de operar el autocuidado).

## REFERENCIAS

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: Mc Graw-Hill.

Alligood, y Marriner Tome. (2011) *Modelos y teorías de Enfermería* (7ª ed.) EUA: Elsevier

Morales Rodríguez y Martínez Reyes (2001) *Antología Historia y Filosofía de Enfermería*

Orem D.E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.) St. Louis: Mosby.

Estadísticas poblacionales por región (2010) México. Recuperado de

<http://www.inegi.org.mx>

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2010) México. Recuperado de

<http://www.conapo.org.mx>

Boletín de Prevención del Embarazo no Planeado en los Adolescentes (2002), Secretaria de

Salud. Recuperado de [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf)

<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/recuperado>

Publicación de Modelo de Autocuidado de Dorotea Orem (2005) Universidad Nacional

Autónoma de México recuperado

[http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion\\_teorica](http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica)

Pronóstico neonatal en bebés con muy bajo peso al nacer, (2005), Investigaciones Andina,

núm. 11, pp. 29-37, Fundación Universitaria del Área Andina, Colombia Recuperado de:

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239017502004>

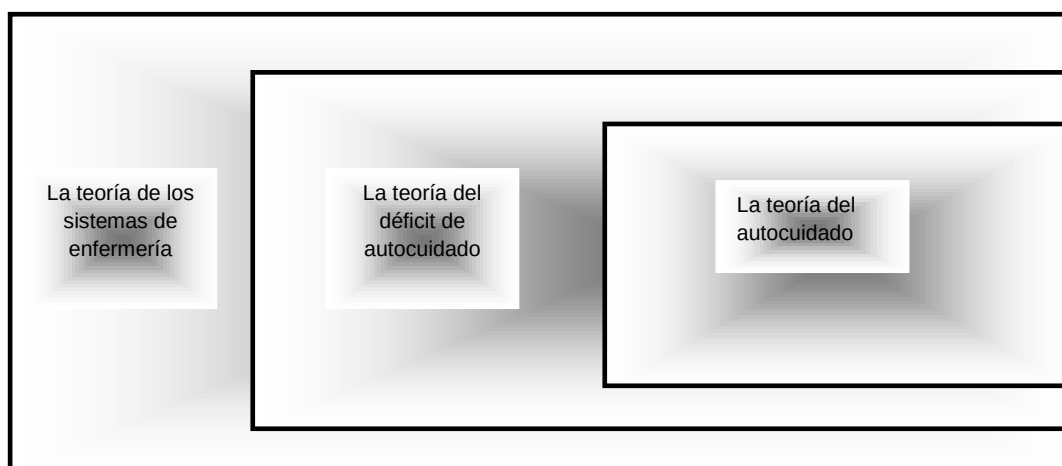
Tesis doctoral, Pablo de Cabo Moreno, Desarrollo motor durante los dos primeros años de vida de nacidos con peso inferior a 1.500 gramos. Factores determinantes del desarrollo y evaluación de un programa de estimulación, (2009) España.

## INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

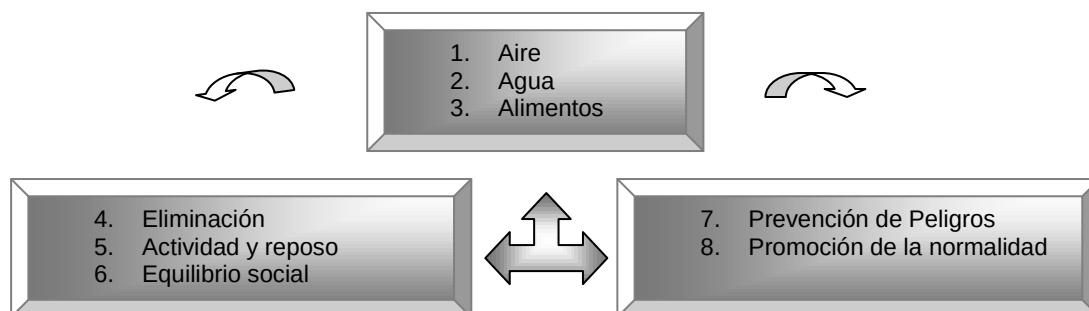
**Tabla 1. Bajo peso según UNICEF en 2004. Países desarrollados y subdesarrollados**

|                            | % Nacidos Bajo Peso) | NºNBP(x1000) | Nº Nacidos vivos(x1000) |
|----------------------------|----------------------|--------------|-------------------------|
| <b>P. Desarrollados</b>    | 7                    | 916          | 13,160                  |
| <b>P. Subdesarrollados</b> | 16,5                 | 19,71        | 119,721                 |
| <b>Mundial</b>             | 15,5                 | 20,63        | 132,882                 |

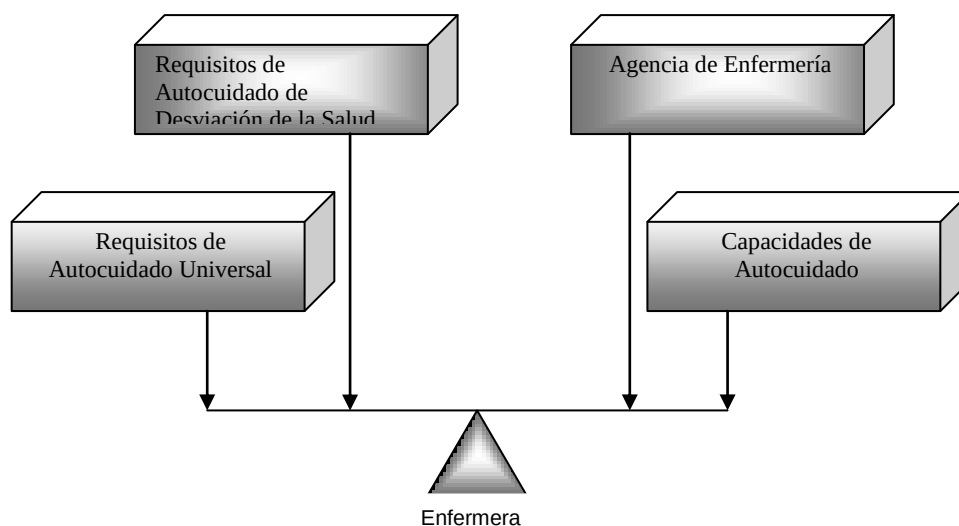
**Figura No. 1 Teorías constituyentes**



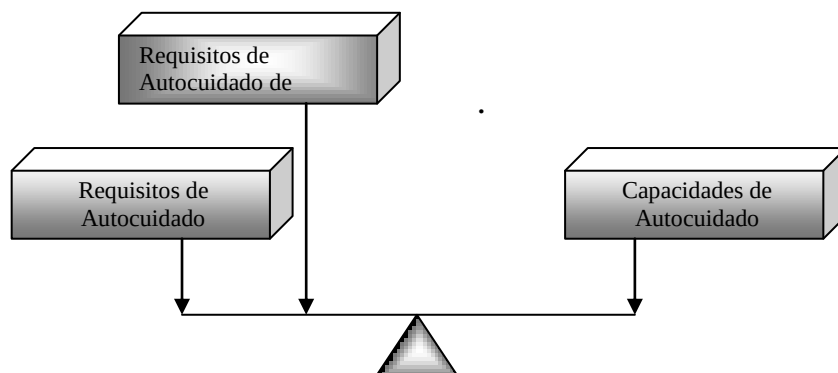
**Figura No. 2 Interacciones de Requisitos de Autocuidado Universal**



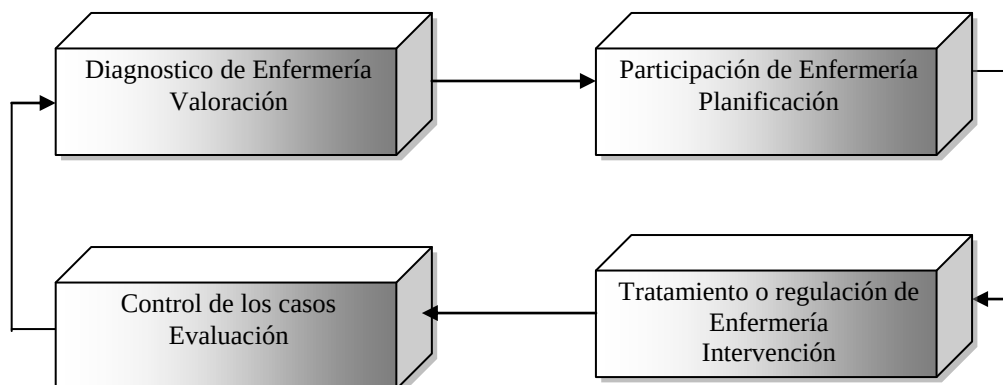
**Figura No. 3 Individuo capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal a través de la enfermera**



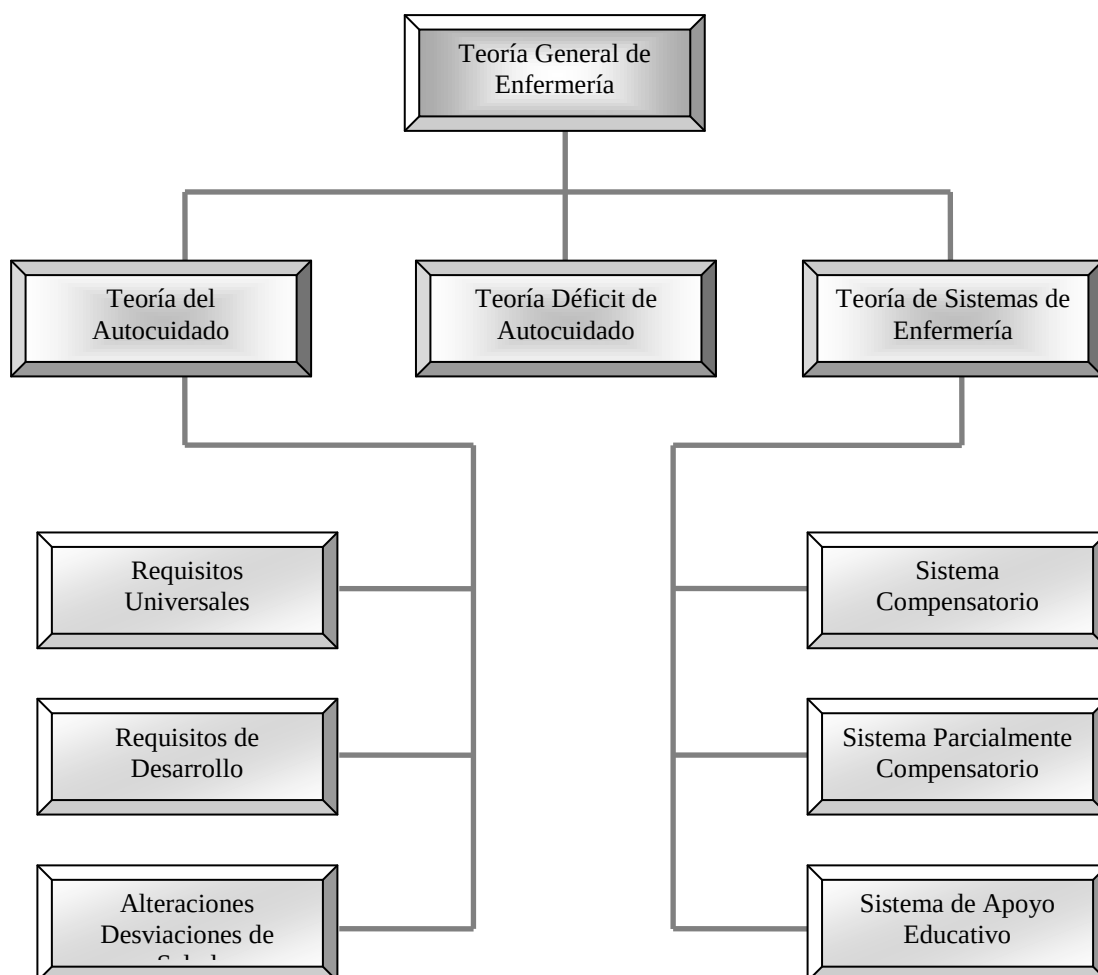
**Figura No. 4 Individuo capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de salud**



**Figura No. 5 Perspectiva del Proceso de Enfermería usando el Modelo de Orem**



**Mapa Conceptual No. 1. Teoría General de Enfermería de Dorotea Orem**



## **Apéndice A: Consentimiento Informado**



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA  
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE POSGRADO INVESTIGACIÓN Y CONSULTORÍA  
POSGRADO DE ENFERMERÍA PEDIATRÍCA  
CAMPUS PUEBLA

### **Apéndice A Consentimiento Informado**

A quien corresponda:

Fecha \_\_\_\_\_ del 20\_\_

Al firmar este documento acepto participar de manera voluntaria en esta investigación, en donde se me informa, que no corro ningún riesgo y que puedo retirarme cuando yo así lo decida. Se me aseguró que se me respetará mi privacidad y mis derechos como ser humano. La información que facilitaré será confidencial, a la que tendrá acceso únicamente el investigador.

Por lo que doy mi autorización a: \_\_\_\_\_ quien llevara a cabo la investigación \_\_\_\_\_, para que aplique la \_\_\_\_\_, y cuyo propósito es \_\_\_\_\_ en los que se recabará la información necesaria para esta Investigación, por lo que contestaré de conformidad.

Firma del Informante

Firma del Investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Apéndice B: Cuestionario, Datos de Identificación o Sociodemográficos



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA  
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE POSGRADO INVESTIGACIÓN Y CONSULTORÍA  
POSGRADO DE ENFERMERÍA PEDIATRICA  
CAMPUS PUEBLA

### Apéndice B DATOS DE IDENTIFICACIÓN (DI)

Datos personales del paciente

No. \_\_\_\_\_

Edad en años:

Fecha:

Marque con una X la respuesta correcta.

|                    |                    |                       |                      |                               |                   |
|--------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------|
| Estado civil:      | Casada             | Soltera               | Unión libre          | Divorciada                    | Viuda             |
| Ocupación          | Estudiante         | Empleada              | Desempleada          | Ama de casa                   | Sin actividades   |
| Escolaridad:       | Ninguna            | Primaria              | Secundaria           | Preparatoria/<br>Bachillerato | Estudios técnicos |
| Vive con:          | Pareja             | Sola                  | Padre/Madre          | Familiar                      | Otros             |
| Hijos:             | Ninguno            | 1                     | 2                    | Especificar _____             |                   |
| Cuidador:          | Cónyuge            | Padre/Madre           | Familiar             | Otros _____                   |                   |
| Ingresos mensuales | Menos de \$1000.00 | \$1000.00 a \$2000.00 | \$2000.00 a \$300.00 | Especificar _____             |                   |
| Redes de apoyo:    | Familia            | Grupo de amigos       | Grupo religioso      | Grupo social                  | Otro              |

## Apéndice C: Cuestionario, “Escala de Valoración de Autocuidado”



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA  
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE POSGRADO INVESTIGACIÓN Y CONSULTORÍA  
POSGRADO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA  
CAMPUS PUEBLA

### Apéndice C

#### ESCALA DE VALORACIÓN DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO

**Instrucciones:** Los enunciados que se enlistan a continuación, son utilizados por algunas personas para describirse a sí mismas en su forma habitual de ser. Por favor lea cada uno de ellos, tache el espacio que corresponde al grado que mejor la describa a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas solo asegúrese de seleccionar lo que mejor corresponda a sus capacidades o habilidades.

| No. | Ítem                                                                                                                                                   | Nunca | Casi nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|---------|--------------|---------|
|     |                                                                                                                                                        | 1     | 2          | 3       | 4            | 5       |
| 1   | Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme                                                                                                      |       |            |         |              |         |
| 2   | Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansada                                                                                                  |       |            |         |              |         |
| 3   | Invierto tiempo en mi propio cuidado                                                                                                                   |       |            |         |              |         |
| 4   | Considero importante realizar ejercicio                                                                                                                |       |            |         |              |         |
| 5   | Busco información y orientación sobre el manejo de mi embarazo                                                                                         |       |            |         |              |         |
| 6   | Considero que las consultas prenatales son necesarias                                                                                                  |       |            |         |              |         |
| 7   | Cuando tengo que iniciar un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la correcta administración |       |            |         |              |         |
| 8   | Camino diariamente como mínimo 30 minutos                                                                                                              |       |            |         |              |         |
| 9   | Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes                                                                         |       |            |         |              |         |
| 10  | Conozco las complicaciones derivadas del embarazo                                                                                                      |       |            |         |              |         |
| 11  | Reconozco los signos de alarma del embarazo                                                                                                            |       |            |         |              |         |
| 12  | Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente mi                                                                |       |            |         |              |         |

|    |                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|    | embarazo                                                                                                            |  |  |  |  |  |
| 13 | Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado                                                          |  |  |  |  |  |
| 14 | Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi embarazo permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia |  |  |  |  |  |
| 15 | Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas                                       |  |  |  |  |  |
| 16 | Siento que mi embarazo ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual                         |  |  |  |  |  |