

La gestación en medio de la inseguridad alimentaria: Percepciones de un grupo de adolescentes embarazadas

A group of pregnant teenagers' perceptions regarding their pregnancy accompanied by food insecurity

Liliana A. López-Cano¹ y Sandra L. Restrepo-Mesa²

1 Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Colombia. lililopezcano@gmail.com

2 Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Colombia. sanresme@gmail.com

Recibido 9 Septiembre 2013/Enviado para Modificación 10 Octubre 2013/Aceptado 16 Diciembre 2013

RESUMEN

Objetivo Describir las percepciones de las adolescentes embarazadas frente a su situación de inseguridad alimentaria en el hogar.

Método Se realizó un estudio cualitativo bajo la perspectiva de etnografía focalizada, se entrevistaron 17 adolescentes en tercer trimestre de gestación, inscritas en el programa de control prenatal en la red pública hospitalaria de Medellín, quienes presentaban inseguridad alimentaria.

Resultados Algunas adolescentes expresaron que al principio no aceptaron el embarazo, pero sentir al bebé en el vientre se convirtió en un acto de aprobación y de amor del hijo por nacer. Sobresalió la conformación de familias con jefatura femenina y el antecedente de embarazo adolescente de las madres, de las mujeres participantes. Aunque las gestantes reconocieron los alimentos que deben consumir de acuerdo a su periodo fisiológico, sus creencias y preferencias, la difícil situación económica, limita el acceso a los alimentos, lo que hace que los alimentos más valorados, sean los menos consumidos.

Conclusiones La pobreza propaga en el hogar la experiencia de la inseguridad alimentaria y el hambre y genera en las futuras madres preocupación por la nutrición del hijo por nacer, sentimientos de intenso dolor, impotencia y desesperanza frente al futuro.

Palabras Clave: Percepción, adolescente, embarazo, nutrición, salud pública (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Describing pregnant adolescents' perceptions regarding food insecurity in their households

Method Quantitative methodology involving an ethnographic approach was used; seventeen adolescents in their third trimester of pregnancy were included in the

study; they were registered in the Medellín public hospital network's prenatal control program and living in households classified as being food insecure.

Results Some adolescents said that initially their pregnancies were unwanted; however, feeling a baby in their wombs became an act of love and became acceptance of their unborn children. Single-parent families headed by women and a background of adolescent pregnancy amongst the participants' mothers were striking findings. Although pregnant adolescents recognized the type of nutrition which should have been consumed according to their physiological period, beliefs and preferences, their financial difficulties and the situation that they lived in limited their access to food, thereby making the most valuable food in nutritional terms become the least consumed by them.

Conclusions Poverty spreads the experience of food insecurity and hunger within a household and generates concern in mothers-to-be about the future of their unborn children's nutrition, feelings of intense pain, helplessness and hopelessness concerning the future.

Key Words: Perception, adolescent, pregnancy, nutrition, public health, food insecurity (*source: MeSH, NLM*).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como el período de la vida entre los 10 y 19 años de edad, en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, el desarrollo psicosocial y la salud mental para afrontar el desafío de la edad adulta (1). Una problemática de alto impacto social en la adolescencia es el embarazo precoz, pues la madre no ha alcanzado la suficiente madurez emocional y biológica para asumir la compleja tarea de la maternidad (2).

Se estima que en la población mundial una de cada cinco personas son adolescentes y que cada año dan a luz 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años de edad, lo que supone aproximadamente 11% de todos los nacimientos registrados en el mundo, de los cuales la mayoría se producen en países en desarrollo (3). En Colombia para el año 2010, la proporción de adolescentes embarazadas alcanzó 19,5 % (4), en el Departamento de Antioquia 25,7 %, y en la ciudad de Medellín 23,1 % (5)

El embarazo en la adolescencia trae consigo consecuencias biológicas y socioculturales. Desde lo biológico, estudios concluyen que los embarazos en adolescentes en su mayoría generan riesgos para la madre como preeclampsia, eclampsia, partos pretérmino, anemia, abortos, y desproporción feto-pélvica, hemorragia y en el recién nacido dificultad respiratoria, ictericia, mayor proporción de bajo peso al nacer entre otras patologías que puede afectar la calidad de vida no solo en la infancia, sino en la adultez (6).

Uno de los aspectos trascendentales en la salud del binomio madre-hijo es el estado nutricional previo a la gestación y durante ésta, en especial en el embarazo adolescente que demanda mayor consumo de micronutrientes como hierro, ácido fólico, calcio y zinc (7) y una ingesta de alimentos suficiente en cantidad y calidad. En Colombia, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2010, presentó que las gestantes entre 13 y 17 años tienen los porcentajes más altos de ferropenia y que son los recién nacidos de las madres adolescentes los que presentan mayor proporción de bajo peso al nacer (8). Además, mostró una prevalencia de inseguridad alimentaria de 42,7 %, siendo los hogares más vulnerables los encabezados por mujeres, y aquellos donde los adultos estaban desempleados (8). Lo anterior tiene serias implicaciones en la salud infantil, dado que la adecuada nutrición durante el embarazo es fundamental en la formación de tejidos, órganos, funciones y expresión genética del feto (9).

Desde lo psicosocial, estudios describen que una proporción considerable de adolescentes embarazadas se sienten estigmatizadas y emergen en ellas sentimientos de culpa y deseos de abortar cuando no se anhela la gestación o no cuenta con el apoyo de la familia o la pareja (10). Además, la deserción escolar, el desempleo, la inestabilidad familiar, el sesgo de género y en especial la inseguridad alimentaria, contribuyen a perpetuar el ciclo de pobreza y afectan el capital humano y el desarrollo del país (11). Por lo anterior, este estudio tuvo como propósito describir las percepciones de las adolescentes embarazadas frente a su situación de inseguridad alimentaria en el hogar.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo etnográfico, ya que éste por su carácter reflexivo, busca comprender lo que se estudia desde la perspectiva *emic*, es decir desde las personas participantes y desde la perspectiva *etic*, desde el investigador y lo que la literatura le aporta (12). Se utilizó la etnografía enfocada, la cual investiga un solo aspecto de la cultura, en un corto período de tiempo y en un grupo de personas que comparten características sociales y culturales semejantes (12).

Las participantes del estudio fueron 17 adolescentes entre 10 y 19 años que se encontraban en tercer trimestre de gestación, inscritas en el programa de control prenatal en la red pública hospitalaria de Medellín y que habían participado en la investigación “Evaluación de las características socio

demográficas, de seguridad alimentaria y del estado nutricional de un grupo de gestantes adolescentes y sus recién nacidos” (13). Las gestantes que se incluyeron en el componente cualitativo fueron seleccionadas del estudio marco, por presentar inseguridad alimentaria leve, moderada o severa, según la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria, ELCSA (14). De acuerdo con los lineamientos internacionales y con el Departamento Nacional de Planeación de Colombia, este proyecto entiende la inseguridad alimentaria como la disponibilidad limitada e incierta de alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos, o la capacidad limitada e incierta de adquirir alimentos adecuados en formas socialmente aceptables (15).

Para establecer el criterio de heterogeneidad (16), las gestantes adolescentes pertenecieron a diferentes barrios y estratos socioeconómicos. El muestro fue intencional, al elegirse los casos que resultaron ser típicos y que aportaron a los objetivos del estudio (17). Se dio por terminada la recolección de los datos, cuando se presentó el criterio de saturación del conocimiento, que para Bertaux (18) se da cuando no se produce ninguna comprensión automáticamente nueva.

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista semi-estructurada y la observación. Se realizaron 17 entrevistas individuales y cinco observaciones en los hogares de algunas gestantes, con el fin de describir el escenario y sus prácticas alimentarias.

El proceso de análisis de los datos, se hizo de forma manual de acuerdo con los lineamientos propuestos por Taylor y Bogdan (19) y se inició simultáneamente con la recolección de la información. Cada transcripción se leyó, se codificó manualmente y posteriormente, se elaboraron los memos y se agruparon los códigos hasta la conformación de categorías empíricas. La relectura de las entrevistas y de los códigos permitió avanzar hacia la conformación de categorías analíticas. Se construyeron mapas de las categorías más significativas, que fueron la guía para la escritura descriptiva.

El estudio se clasificó sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993 (20), además, se mantuvieron presentes como criterios éticos, el reconocimiento de la dignidad de las gestantes adolescentes, materializada en la declaración de su libertad de participar o no en el estudio. Antes de realizar las entrevistas se informó a cada gestante y acudiente, los objetivos de la investigación y

se obtuvo de ellos el consentimiento informado. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética para la investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

RESULTADOS

De las 17 participantes en el estudio, cinco tenían entre 14 y 16 años y 12 entre 17 y 19 años. La mayoría vivían en el área urbana y pertenecían a los estratos socioeconómicos 1 y 2, tres de las gestantes manifestaron estar en situación de desplazamiento. Con respecto a la vivienda, diez vivían en casas arrendadas y el promedio de habitantes en el hogar fue de 4 a 6 personas.

Todas refirieron haber recibido información relacionada con el uso de los métodos anticonceptivos, sin embargo en el momento de tener relaciones sexuales no los utilizaron, porque se sentían invulnerables y pensaron que el embarazo no se iba a presentar. Al llegar la gestación, la mayoría no la aceptaron e incluso pensaron en abortar, pero el acompañamiento de la familia influyó de manera importante para dar continuidad al proceso. Otro aspecto importante que contribuyó al mantenimiento y aceptación del embarazo fue el crecimiento y los movimientos del bebé en el vientre materno, el sentir al bebé se convirtió en un acto de amor y aprobación del hijo por nacer: “Cuando lo siento, cuando se mueve, veo que es una alegría para mi vida, a pesar de que al principio pensaba que era un error” E15.

Al momento de la entrevista, 14 de las adolescentes eran solteras y solo 5 estaban estudiando. Como causa para abandonar sus estudios refirieron el embarazo, seguido por la desmotivación y la pereza que les generaba estudiar, ésta condición se presentó en la mayoría de ellas previa a la gestación y se agudizó durante la misma: “No estudio porque me dio pereza, no me gusta estudiar. Me salí de estudiar hace tres años, porque no me gustó, no quería” EA14.

Se observó que las familias a las que pertenecían las adolescentes presentaban unas características sociodemográficas similares, la mayoría eran familias extensas, compuestas por la fusión de otras familias emparentadas o por la adición al núcleo familiar de nuevos miembros, con el fin de ajustar los gastos del hogar, pese a esto, las dificultades económicas persistían. A su vez, sobresalió la conformación de familias con jefatura femenina, donde predominaba el aporte económico de la madre o abuela de la adolescente ante la ausencia por abandono o muerte

del padre. Finalmente, llama la atención que 14 de las gestantes refirieron como antecedente el hecho de que su madre también tuvo una gestación durante la adolescencia.

Percepciones de las gestantes frente al contexto de pobreza e inseguridad alimentaria en el hogar.

Según las adolescentes del presente estudio, el consumo de los alimentos está influenciado por las costumbres familiares y locales: “lo que nos enseñaron a comer”, pero está determinado por el acceso a los alimentos: “cuando hay dinero para comprarlos”.

En los relatos, se encontró que por la falta de dinero las adolescentes no podían acceder a la compra de algunos alimentos, lo que limitó el número de comidas al día, caracterizadas por ser poco elaboradas y de bajo valor nutricional. “Cuando hay plata se come carne, si no hay plata ni para carne, ni para huevos, se come arroz con tajadas” EA16. En la mayoría de los casos se hacía un desayuno y un almuerzo al día, con pequeñas porciones de alimentos que no alcanzaban a ser catalogadas como una comida principal como; arroz con huevo o salchichón, coladas de bienestarina, aguapanela y pan. Así se expresa a continuación: “Si el mercado está que se acaba, si desayunamos no almorzamos, si almorzamos no cenamos o si cenamos una aguapanelita o una limonadita con un pancito y ya” EA5.

En otros casos las gestantes refieren la vivencia del hambre, por la carencia de alimentos en el hogar o porque pese a agotar todas las estrategias para conseguirlos, no lo lograron: “Muchas veces no tenemos para comer, cuando no hay... se busca, pero si tampoco es posible... se aguanta hambre” EA2.

Otro aspecto que predominó en medio de la inseguridad alimentaria, fue la distribución diferenciada de las preparaciones, en primer lugar, en las familias donde habían niños, se dio prioridad a su alimentación, seguido por la alimentación a la gestante; esta situación se trasladó cuando la adolescente, además de estar en embarazo tenía otro hijo: “La comida, primero a mi niño, porque yo de comer sola no soy capaz, siempre pienso en él” EA2.

La pobreza limita el acceso a los alimentos, a una dieta nutritiva y balanceada, que propaga en el hogar la experiencia de la inseguridad alimentaria, y cuando marca la vivencia de la gestación genera en las futuras

madres preocupación y sentimientos de intenso dolor, vivencia compartida por los miembros del hogar de la gestante. Algunas adolescentes, refirieron su preocupación por la nutrición del hijo por nacer, ya que el hambre percibida físicamente por ellas es transmitida a quien aún está en el vientre materno, situación que describieron con angustia: “Uno trata de dormir, pero las tripas por allá revolcándose no lo dejan y más que uno siente cuando el bebé se mueve como pidiéndole comida y uno sólo puede tomar agua para que el bebé se calme” EA15.

Inseguridad alimentaria en el hogar y redes de apoyo

Las gestantes que presentaron problemas de acceso a los alimentos, relataron contar con el apoyo de familiares cercanos que se comportan como cuidadores, en su mayoría fueron la madre y la abuela quienes se preocuparon por su alimentación. Se accede a los alimentos mediante la solidaridad de la familia, de los amigos y vecinos, estas redes de apoyo se constituyen en estrategias para mitigar el hambre.

Otra red de apoyo percibida por las adolescentes y sus familias, es la conformada por los programas de complementación alimentaria; quienes recibieron mercados en el programa Buen Nacer, reconocieron que es vital que este programa tenga continuidad y que se haga extensivo a otras familias que lo necesitan: “Buen Nacer, nos da los mercados y uno quisiera que fuera para todos. Uno agradece todas estas ayudas, yo digo que eso es una bendición que nos mandó Dios por medio del bebé, una gran ayuda” EA7. Por otra parte, los relatos de las adolescentes denotaron que en algunos casos el complemento, como la bienestarina, entregada por las entidades gubernamentales es la única opción que se tiene para alimentarse.

Perspectivas de futuro en medio de la situación de inseguridad alimentaria en el hogar

La inseguridad alimentaria limita no solo las posibilidades de alimentarse, sino las posibilidades de soñar: vivir en un ambiente con carencias hizo que las gestantes percibieran el futuro de manera dolorosa e incierta: “Yo quiero ser doctora, pero primero quiero sacar mis niños adelante, si no me sale lo de doctora, quiero ser fisioterapeuta, pero como tenemos deudas y tampoco hay con que comer, pues ya me decidí que si no puedo estudiar me tengo que meter a trabajar para ayudar. Trabajar en una empresa, pero si me toca trabajar en otra cosa... lo único que no haría es robar o prostituirme. Que sea lo que Dios quiera” EA1.

Algunas expresaron el interés de luchar por sus sueños, para que el

deseo de estudiar y de obtener un título universitario no se esfume, aunque las condiciones de pobreza en muchos casos limitan sus posibilidades: “Yo no quiero hacer un curso, hay unos que se conforman con eso, yo deseo estudiar una carrera, aunque por ahora me siento un poco estancada, pero sé que después de mi embarazo yo puedo seguir dando la lucha y no dejarme vencer” EA10.

En relación con su futuro, las adolescentes reconocieron que no es fácil lograr lo que sueñan sin la ayuda de la familia, de la pareja y principalmente sin la ayuda del Estado, le reclaman a este último y a la sociedad porque sienten que han sido abandonadas, pues las ayudas son mínimas o no existen.

DISCUSIÓN

El embarazo en adolescentes es un fenómeno complejo, que se asocia con el inicio temprano de la actividad sexual sin el uso de métodos de anticoncepción. Vargas (21) afirma que las adolescentes piensan que a su edad no van a quedar embarazadas y menos la primera vez, de ahí que exista una percepción de invulnerabilidad, como se encontró en el presente estudio.

A esta percepción se suma la transmisión de hábitos y costumbres generacionales que se convierten en modelos a seguir, esta situación se vio reflejada en la mayoría de las gestantes entrevistadas, quienes tenían como antecedente el hecho de que sus madres también vivieron una gestación durante la adolescencia, este hallazgo tiene profundas implicaciones sociales, pues el antecedente de embarazo adolescente en la familia hace más probable que se presente de nuevo esta condición en las generaciones futuras. Lo anterior, es coherente con los hallazgos de un estudio realizado en México, por Herrera y colaboradores, donde 70 % de las gestantes adolescentes participantes, eran hijas de mujeres que vivieron un embarazo adolescente (22).

Las gestantes del presente estudio, pertenecían en su mayoría a familias con jefatura femenina y no se encontraban estudiando, lo que demuestra su alta vulnerabilidad social. En este sentido, De los Ríos (23) expresa cómo las mujeres evidencian desigualdades en las esferas de la educación, del trabajo y de la salud con respecto a los hombres. Particularmente, en términos de acceso a los recursos, son las mujeres quienes tienen menores posibilidades, debido al desempleo y bajos ingresos, que no son suficientes para cubrir sus necesidades básicas, ni las de sus familias (24). Además

de lo anterior, el bajo nivel educativo y la deserción escolar son factores que perpetúan la pobreza, al reducir las posibilidades de acceder a niveles educativos mayores (25).

Aunque la alimentación se considera un acto complejo, construido en lo colectivo y determinado por la cultura, finalmente el consumo de alimentos está condicionado por aspectos económicos, políticos y ambientales. Cuando se vive la gestación en medio de la pobreza, se modifican los hábitos alimentarios y la alimentación cobra otros significados y propósitos como cubrir necesidades básicas, eliminar la sensación de hambre y reponer el desgaste físico (26).

Para Rivera, los alimentos están disponibles, pero no para todos, pues muchos sectores de la población han encontrado dificultades crecientes para acceder a mismos, a menor ingreso menor capacidad de compra y por tanto, menores posibilidades de satisfacer el hambre (27). En éste sentido Uribe Merino plantea como el factor económico es un modificador importante del comportamiento alimentario y se expresa en el acceso franco o limitado a alimentos centrales de la canasta familiar y en la posibilidad de consumir productos básicos de esta canasta (28), lo que limita la ganancia de peso y la ingesta de micronutrientes indispensables para el buen desarrollo de la gestación, en especial en una gestación adolescente, donde las demandas de macro y micronutrientes son mayores para poder atender las demandas no solo del feto, sino de la madre en crecimiento.

Al igual que en nuestro estudio, uno desarrollado por Ribeiro, en Brasil (29), mostró como la calidad y variedad en la alimentación de las gestantes adolescentes dependía de su situación económica, lo que tiene consecuencias en el nacimiento ante la probabilidad de presentarse bajo peso en el recién nacido, y en etapas posteriores de la vida, trastornos en el aprendizaje, enfermedades crónicas y de origen metabólico (9).

Cuando la pobreza e inseguridad alimentaria marca la vivencia de la gestación genera en las futuras madres sentimientos de intenso dolor e impotencia ante la falta de oportunidades para mejorar su condición económica y por ende su alimentación. En medio de la desesperanza emerge “el amor materno” y la conexión natural madre-hijo. Lo anterior muestra la adopción de un nuevo rol que asume la adolescente definido por Mercer (30) como: “un proceso interactivo donde la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado, expresa gratificación y experimenta un

sentimiento de confianza y competencia”. Todo esto en conjunto se convierte en una fuerza interior que motiva a la gestante a luchar por sus sueños pese a las condiciones de pobreza e inseguridad alimentaria.

Si vivir la inseguridad alimentaria en cualquier momento de la vida es un fenómeno complejo, vivirla durante la gestación y en especial si se es adolescente, lo es más, al limitar no solo las posibilidades de alimentarse, sino las posibilidades de soñar, hace que las gestantes perciban su futuro y el de sus hijos de manera incierta. Lo anterior amerita el redireccionamiento de los programas prenatales para mejorar el acompañamiento durante y después de la vivencia de una gestación adolescente, estas madres requieren una atención de acuerdo con su contexto, características familiares y particulares; además necesitan apoyo psicosocial para continuar en el sistema educativo y para la planeación de su proyecto de vida.

Con el fin de motivar la resiliencia, es necesario fortalecer las redes sociales de apoyo y la autoestima de las adolescentes, para mejorar la toma de decisiones en las esferas familiar y social. Lo anterior demanda trabajo interdisciplinario e intersectorial para disminuir el impacto deletéreo que la inseguridad alimentaria genera en la gestante adolescente y en su hijo por nacer ♦

Agradecimientos: A las gestantes adolescentes, a la red pública hospitalaria de Medellín y al Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia. Este proyecto fue financiado por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia, por la convocatoria de mediana cuantía 2012.

Conflicto de intereses: Ninguno

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones estrategias para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes. [Internet]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_CAH_02.21_spa.pdf?ua=1. Consultado septiembre de 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer. [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>. Consultado septiembre 2011.
3. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. [Internet]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf?ua=1. Consultado noviembre de 2013.

4. Profamilia; Ministerio de la Protección Familiar; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; UnitedStates Agency for International Development. Quinta Encuesta Nacional de Demografía y Salud: ENDS 2010. Bogotá: Profamilia; 2011.
5. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Estadísticas de Fecundidad: embarazos 2009. [Internet]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/fecundidad>. Consultado enero de 2013.
6. Viellas de Oliveira E, Granado Nogueira de Gama, S, FurtadoPassos da Silva, C. Gravidéz en la adolescencia y otros factores de riesgo para mortalidad fetal e infantil en el Municipio de Rio de Janeiro, Brasil. *RevSaúde Pública*. 2010; 26(3):567-578.
7. Lathan M. Nutrición durante períodos específicos del ciclo vital: embarazo, lactancia, infancia, niñez y vejez. [Internet]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0a.htm#bm10>. Consultado septiembre de 2011.
8. Ministerio de la Protección Social, Profamilia. Situación Nutricional en Colombia. ENSIN. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.
9. Skinner M, Manikkam M, Guerrero B. Epigenetictransgenerational. *TrendsEndocrinolMetab*. 2010 Apr; 21(4):214-222.
10. Prías-Vanegas H, Miranda-Mellado C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. *Aquichan*. 2009; 9(1):93-105.
11. Flórez C, Soto V. Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política. Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2007.
12. Morse JM. Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
13. Zapata López N, Restrepo Mesa SL. Factores asociados con el índice de masa corporal materno en un grupo de gestantes adolescentes, Medellín, Colombia. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(5): 921-934.
14. Muñoz Astudillo M, Martínez J, Quintero A. Validación de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria en gestantes adolescentes. *Rev Salud Pública*. 2010; 12(2):173-183.
15. Departamento Nacional de Planeación, Colombia. Documento CONPES 113 mediante el cual se expide la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2008.
16. Valles MS. Técnicas Cualitativas de Investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1997.
17. Pardo de Vélez G, Cedeño Collazos M. El muestreo en pocas palabras. Bogotá: Mc Graw Hill; 1997.
18. Bertaux D. El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. Historia oral e historias de vida. Costa Rica: Flacso; 1988.
19. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1992.
20. Ministerio de Salud. Colombia. Resolución 8430 de 1993. [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>. Consultado diciembre de 2012.
21. Vargas Trujillo E, Barrera F. Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Rev. colomb. psicol.* 2002; (11):115-134.
22. Herrera C, García de Alba J, Vásquez-Garibay E, Romero-Velarde E, Romo Huerta H, Troyo-Sanromán R. Hábitos de alimentación y factores culturales en adolescentes embarazadas. *Arch Latinoam Nutr*. 2008; 58(1):19-26.
23. De los Ríos R. Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción. En: Género, Mujer y Salud en las Américas. Washington: OPS; 1993.
24. Pérez Orozco A. Feminización de la Pobreza. *Rev. Materiales de Reflexión* 2003; 3(1):1-15. [Internet]. Disponible en: <http://informacioncgt.info/ateneo/materiales-reflexion/MR03.pdf>. Consultado febrero de 2012.

25. Guzmán JM. Diagnóstico sobre salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe. Pensilvania: Fondo de Población de las Naciones Unidas, Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe; 2001.
26. Ortiz L. La necesidad de un nuevo paradigma en el campo de la alimentación y nutrición. En: Temas y desafíos en salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
27. Rivera Márquez JA. La satisfacción colectiva de las necesidades de alimentación-nutrición y su relación con la salud enfermedad. En: Temas y desafíos en salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
28. Uribe Merino JF. Las Prácticas alimentarias relacionadas con la búsqueda del ideal corporal: El caso de la ciudad de Medellín, Colombia. Bol. Antropol. 2006; 20(37): 227-250
29. Ribeiro M, Ferreira S. Prácticas alimentares na gravidez: un estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc. saúdecoletiva. 2010; 15(Supl. 2): 3199-3206.
30. Meighan M, Mercer R. Adopción del rol materno. En: MarrinerTomey A, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 7ed. Barcelona: Mosby Elsevier; 2011.