

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA



FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN
EMBARAZADAS

POR
LIC. PATRICIA ISOLINA DEL S. GOMEZ AGUILAR

T E S I S
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER
EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

JULIO, 1996



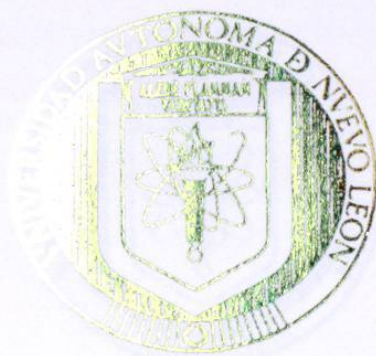
TM
RG551
G6
C.1



1080072407

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



TRABAJO DE INVESTIGACION QUE SE RELACIONAN CON LA CAPACIDAD DE
ACTIVIDAD EN EMBARAZADAS.

POR:

LIC. PATRICIA ISOLINA DEL SOCORRO GOMEZ AGUILAR.

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

JULIO, 1996



TM

RG 551

66



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS.**

POR:

LIC. PATRICIA ISOLINA DEL SOCORRO GOMEZ AGUILAR.

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA**

JULIO, 1996

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS.**

PRESENTA:

LIC. PATRICIA ISOLINA DEL SOCORRO GOMEZ AGUILAR.

ASESOR:

LIC. BERTHA CECILIA SALAZAR GONZALEZ. M. E. S.

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA**

JULIO, 1996

FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS

Aprobación de la tesis: B. Cecilia Salazar G.

B. Cecilia Salazar G.

Lic. Bertha Cecilia Salazar González M. E. S.
Presidente

Angelita R.

Lic. S. Angelita Luna López M. S. P.
Secretario

Dora E. Silva

Lic. Dora E. Silva Luna M. S. P.

Magdalena Alonso

Lic. Magdalena Alonso Castillo M. S. P.
Secretario de Postgrado

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a la **Universidad Autónoma de Yucatán**, a la **Asociación de Personal Académico** y a la **Dirección de la Facultad de Enfermería** de la misma Universidad por su confianza y apoyo para la culminación de mis estudios de Maestría.

A la **Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, A. C.**, por el apoyo financiero que me proporcionó.

Al **Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Yucatán**, y al **Sindicato de Trabajadores** del mismo, en particular al **Dr. Luis F. Reyes Cab** por su apoyo desinteresado para la obtención del tiempo necesario para mis estudios.

A todos y cada uno de mis compañeros y amigos de la **Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán**, por el apoyo, afecto y comprensión que de ellos recibí para la culminación de mi meta.

Mi más sincero agradecimiento y respeto a la **Lic. Bertha Cecilia Salazar González**, por su invaluable asesoría, por su disposición y apoyo para el desarrollo de esta investigación. De igual forma mi especial agradecimiento a la **Lic. María del Refugio Durán López** por su valiosa conducción para la conclusión del mismo.

Al **Ing. Marco Vinicio Gómez Meza, Ph. D.**, por su valiosa asesoría estadística.

A los maestros de la **Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León**, en especial a los que compartieron conmigo sus experiencias y conocimientos a lo largo de de mi trayectoria como estudiante de postgrado.

Con mucho afecto a la **Lic. Dora Elia Silva Luna**, y **Lic. S. Angelita Luna López** por sus acertadas observaciones durante los seminarios y la comisión de tesis, como por su apoyo constante aún en los momentos difíciles.

Agradezco sinceramente a la **Lic. Dacia Rueda Guerrero** y la **Lic. Santiago E. Esparza Almanza** por su apoyo en el área de computación y procedimientos estadísticos, así como a la **Lic. Guadalupe Martínez Márquez** por su asistencia en ortografía y redacción.

Al personal Administrativo de esta Facultad, en lo particular a **Maribel, Roxana, Coco, Miguel y Gustavo**, por la amistad y todas las facilidades recibidas durante mi estancia en esta casa de estudios.

De igual forma a la **Lic. Ma. Dolores Corona Lozano** y la **Lic. Alicia de León** por su desinteresada colaboración en la aplicación de los instrumentos.

A mis compañeros de estudio por tantos momentos agradables y experiencias inolvidables, en especial a **Yolanda Margarita Jiménez Meza** y **José Vitor Da Silva** por la amistad, el apoyo y especial interés en la conclusión de esta investigación.

A la **Dra. Jane Kelley Ph. D.**, por su valiosa colaboración en la búsqueda de información científica.

Mi eterno agradecimiento a todos los amigos y personas que hicieron confortable mi estancia en Monterrey, en especial a las familias **Azueta López, Jiménez Meza** y **Ortíz Barba**, a sí como a **Elsa, Karina, Rogelio** y **Edgar**.

DEDICATORIAS

A tí, que desde que me diste vida guías mi existencia, que a mi lado siempre estás aún sin que yo lo pida, que me has dejado vivir en el seno de una maravillosa familia, y que a mi corazón le has dejado sentir el amor, a tí Señor, humildemente te dedico todos los frutos de una de las etapas mas significativas de mi existir.

Por ser mis mejores amigos, por el amor incondicional que me profesan, por ser los pilares de cuanto tengo y soy, dedico este trabajo a **José Manuel y Dulce María**, como tributo de una hija a sus seres más queridos.

Para mi hermano **José Florentino**, a quien siempre he querido a pesar de no haber compartido su infancia, por ser el primer fruto de un gran amor y por abrirme las puertas de su corazón.

Para mis tíos **Hernando e Hilda**, para **Ileana** y mi abuelita **Isolina Mendoza**, por su entusiasmo y apoyo incondicional, indispensables para la culminación de mis estudios.

Para mi cuñada **Rocío** y mis sobrinos **Rocío Alejandrina, Reyna Elizabeth y José Israel** por todo su cariño.

Porque más que amigos son mis hermanos y por los grandes momentos que hemos compartido juntos como familia, a **Francisco, Elena, Lenny y Reyna** con todomi afecto.

Para todos y cada uno de los amigos de verdad que a lo largo de mi vida se han ganado mi corazón, especialmente a **Nela, Charo, Eva, Cary, Martha Ivonne y Trini**.

Dedico también esta tesis para los seres queridos que hoy ya no están físicamente conmigo pero que siempre permanecerán en mí. Con especial amor para **Wilberth y Florentino**, dos seres muy queridos, que serán por siempre la alegría familiar.

Finalmente, para tí... por siempre.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1. INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Hipótesis	5
1.3 Objetivos.	6
1.4 Importancia del Estudio.	6
1.5 Limitaciones	7
1.6 Definición de Términos	7
2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	10
2.1 La mujer y el Embarazo	10
2.2 Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado.	13
2.3 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría de Autocuidado. . .	18
2.4 Estudios relacionados	20
3. METODOLOGIA.	25
3.1 Diseño de la Investigación.	25
3.2 Sujetos	25
3.3 Material.	26
3.4 Procedimiento.	28
3.5 Ética.	29
4. RESULTADOS.	31
4.1 Datos Sociodemográficos de la Población Estudiada	31
4.2 Datos sobre Factores Condicionantes Básicos	35
4.3 Comprobación de las Hipótesis	46
5. DISCUSION	54

Capítulo	Página
5.1 Interpretación de resultados	54
5.2 Conclusiones	57
5.3 Recomendaciones	58
BIBLIOGRAFIA.	60
APENDICES	63
APENDICE A.- Instrumento de Recolección.	63
APENDICE B.- Contrato de Participación en Investigación	70
APENDICE C.- Puntos de Orientación para el Encuestador Auxiliar.	71

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
I. Edad de las Embarazadas	31
II. Meses de Embarazo de las Encuestadas	34
III. Asistencia al Médico en el Presente Embarazo	38
IV. Cambios Observados en la Forma de Comer	39
V. Alimentos que consume por el Embarazo Actual.	40
VI. Factores Condicionantes Básicos y Capacidad de Autocuidado	46
VII. Interacción de dos Variables demográficas y Capacidad de Autocuidado de la Embarazada	47
VIII. Interacción de una Variable Demográfica y Capacidad de Autocuidado.	48
IX. Variables Demográficas y Estado de Salud	49
X. Aspectos Demográficas e interacción de la Variable Trabajo con el Estado de Salud.	50
XI. Variable Demográfica y Número de Embarazos con el Estado de Salud	51
X. Aspectos Demográficas e interacción de la Variable Número de embarazos con el Estado de Salud.	52

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado	14
2. Estructura de la Capacidad de Autocuidado.	16
3. Relación de los Factores Condicionantes Básicos con Capacidad de Autocuidado en la Embarazada.	20
4. Estado Civil de las Embarazadas	32
5. Escolaridad de las Embarazadas.	33
6. Condición de Trabajo de las Embarazadas	33
7. Seguridad Social de las Embarazadas	35
8. Institución de Salud de las Embarazadas	36
9. Asistencia de las Embarazadas al Control Prenatal.	36
10. Opinión de las Embarazadas Sobre la Atención en el Control Prenatal.	37
11. Frecuencia en la Realización de Ejercicio.	41
12. Dificultad en la Eliminación Intestinal en las Embarazadas	42
13. Modificación de Ingesta de Alcohol en Embarazadas	43
14. Opinión de las Embarazadas Acerca de su Estado de Salud	44
15. Experiencia de Apoyo a Otras Embarazadas.	45

RESUMEN

Patricia Isolina del Socorro Gómez Aguilar

Fecha de Graduación: Julio, 1996

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS.

Número de Páginas: 71

**Candidato para el grado de Maestría en
Enfermería con Especialidad en Salud
Comunitaria.**

Area de estudio: Enfermería Comunitaria.

Propósito y Método del estudio: Los propósitos fueron identificar los factores que tienen alguna relación con la Capacidad de Autocuidado de las Embarazadas y explorar algunos cambios que las embarazadas tuvieron que efectuar durante el embarazo en torno a alimentación, eliminación, ejercicio y vestido. El diseño es descriptivo en su modalidad correlacional, retrospectivo y transversal con una sola medición; los factores que se exploraron fueron edad, estado de salud, orientación sociocultural, patrón de vida, adecuación y disponibilidad de recursos; se utilizó un solo instrumento integrado por dos escalas validadas a las cuales se les adicionaron algunas preguntas diseñadas por la autora para valorar sociocultura y patrón de vida. Las escalas fueron: subescala de salud mental (MH) y percepción de la salud (HP) del MOS, forma corta de la Encuesta General de Salud (SFGHS) para valorar el estado de salud y la Escala para Estimar la Capacidad de Autocuidado (ASA-1) para la Capacidad de Autocuidado. El instrumento se aplicó a los sujetos mediante entrevistas individuales.

Contribuciones y conclusiones: Los resultados corresponden a 89 mujeres embarazadas. Los factores que se relacionaron con la capacidad de autocuidado fueron, el estado de salud con $r=.633$ y $p=.00$. El número de embarazos resultó con $r=-.292$ y $p=.00$. Se encontraron diferencias de la capacidad de autocuidado cuando se relacionó con el servicio de salud y escolaridad ($FC=5.80$, $FT=4.00$, $GI=2$ y $p=.00$), así como con el número de embarazos ($FC=4.53$, $FT=3.15$, $GI=2$ y $p=.01$). El estado de salud de las embarazadas presentó diferencias con estado civil ($FC=4.06$, $FT=4.00$, $GI=1$ y $p=.04$), sólo servicios de salud con escolaridad resultaron con $FC=4.50$, $FT=3.15$, $GI=2$ y $p=.01$. En un segundo análisis el número de embarazos resultó con $FC=4.96$, $FT=4.00$, $GI=2$ y $p=.01$ y el estado civil con $FC=5.84$, $FT=4.00$, $GI=1$ y $p=.01$, en interacción de dos variables estado civil con servicios de salud ($FC=3.96$, $FT=4.00$, $GI=1$ y $p=.05$). Estado civil con número de embarazos $FC=3.47$, $FT=3.15$, $GI=2$ y $p=.03$. El estado de salud guardó relación positiva y directa respecto a la capacidad de autocuidado de las embarazadas. Se necesita un adecuado control del número de embarazos y regulación del control prenatal para el cuidado de la salud de la mujer. La forma en la que la mujer embarazada percibió su estado de salud influyó en su capacidad de autocuidado.

FIRMA DEL ASESOR: _____

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los resultados preliminares de las encuestas realizadas en los hogares de 16,000 mujeres en cinco países en desarrollo, siete de cada diez indicaron haber tenido algún problema de salud relacionado con su última experiencia protagónica dentro de la reproducción biológica, en dicho estudio se encontró que por cada 16 mujeres embarazadas que sufrían algún problema de salud, una moría (Finger, 1994).

El mismo autor reportó que aunque el número de muertes varía de país a país, se estima que a nivel mundial cada año ocurren 500,000 muertes maternas, lamentablemente casi el total de éstas son prevenibles. Es importante considerar que es posible que existan uno o más problemas de salud en diferentes momentos durante el mismo embarazo

Blanco, et al, en 1994, realizó un estudio en México con 349 familias del Estado de Jalisco, donde encontraron que los factores de riesgo sociales, demográficos, obstétricos y mórbidos predisponen a las mujeres a consecuencias negativas durante el embarazo o en cualquier momento del período perinatal. Se reconoció también que la mayoría de las enfermedades maternas se originaban por complicaciones obstétricas que pueden ser evitables. En el mismo sentido la situación epidemiológica identificada por el grupo de investigadores, demostró el riesgo prevaleciente en mujeres embarazadas, pues 16 de ellas fallecieron en un período de un año con una mortalidad por causa materna de

2.4 / 1000 mujeres, significativamente más alta que en otros estados de la república mexicana, e incluso otros países panamericanos.

La existencia, accesibilidad y buena calidad de los servicios prenatales, pueden ser un factor determinante en la reducción de la mortalidad materna, sobre todo en países en desarrollo como México (Blanco, et al. 1994).

Las metas de salud para la mujer sólo pueden ser alcanzadas en la medida que ésta se involucre en la capacitación de su cuidado, visto como una tarea que cada individuo inicia y realiza para conservar la vida, salud y bienestar. Esta actitud contribuye al fomento de la integridad estructural, de funcionamiento y desarrollo del individuo de acuerdo a lo señalado por Griffith (1993).

En la teoría de autocuidado de Orem (1995) se señala que el cuidado de sí mismo es una acción autoreguladora de la persona, y se realiza dentro del contexto de su vida diaria, se extiende a las personas que dependen de ella. Considera también que existen factores que determinan la efectividad y realización de acciones de autocuidado.

El presente estudio tiene dos propósitos: a) identificar aquellos factores que tienen alguna relación en la capacidad de autocuidado de las mujeres embarazadas y b) explorar algunos cambios que las embarazadas tuvieron que efectuar durante el embarazo en torno a alimentación, eliminación, ejercicio y vestido. La investigación fue de tipo descriptivo en su modalidad correlacional, retrospectivo y transversal.

1.1 Planteamiento del Problema

El riesgo en la reproducción es una situación que amenaza al binomio madre - hijo en el período perinatal, especialmente en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. El riesgo es debido como dice Olds (1990), a que “los cambios físicos y la adaptación los hace particularmente vulnerables a situaciones que ordinariamente no serían peligrosas”

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud II de 1994, el 3.2 por ciento del total de la población usuaria de los servicios ambulatorios fue ocupado por mujeres embarazadas, esta situación resulta preocupante ya que no corresponde a lo esperado para dicho grupo etario, que se estimó fuera menor.

En las estadísticas del estado de Nuevo León, para 1991 ocurrieron 1,328 muertes en menores de un año, de éstos, 40.21 por ciento tuvieron como causa principal de muerte infecciones originadas en el período perinatal. Esta misma causa ocupó el octavo lugar en las defunciones generales, con el 3.8 por ciento, según los registros del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 1994).

Szasz, (1995) reveló que las dimensiones negativas para la salud de la mujer pueden relacionarse a varios factores incluidos en los siguientes aspectos:

- 1) Esfera social: prácticas discriminatorias hacia manifestaciones culturales, valoración de lo femenino basado en la maternidad y vida conyugal, escasa autonomía hacia el embarazo, ejercicio no deseado de la sexualidad, dificultad para separar la sexualidad de consecuencias reproductivas.

- 2) Desigualdad entre los géneros: asignación exclusiva de la crianza de los hijos, conflicto de roles derivados de las dificultades para ejercer la crianza entre madres trabajadoras, dificultad de prácticas de lactancia, discriminación ocupacional y salarial que podría incluso determinar menor acceso a seguridad social entre mujeres trabajadoras, menor ejercicio de poder, así como el lugar secundario que asume frente al jefe de familia varón o a los hijos mayores.
- 3) Riesgos biológicos: unión temprana, multiparidad, paridad en edades extremas, intervalos intergenésicos breves.

En concordancia con lo anterior, la Oficina Panamericana para la Salud, (OPS), 1994, sostiene que uno de los indicadores del mejoramiento de la calidad de vida en los individuos es la salud, la que puede ser alcanzada por la mujer en el momento en que disfrute de una mejor condición social y tenga acceso a la educación, ya que es un recurso de poder para el desempeño de actividades personales, familiares y sociales.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del gobierno e instituciones de salud, públicas y privadas, en relación al mejoramiento de las condiciones de salud de la mujer en etapa reproductiva, es evidente que falta mucho por hacer en función de las condiciones de morbilidad y mortalidad. El compromiso del equipo de salud, y particularmente de la enfermera comunitaria, es proporcionar educación para el cuidado a la salud, pues la experiencia cotidiana de esta última en el trabajo comunitario le permite buscar y tener acceso a este grupo de población (Hernández, Alvarado, Soto y Rodríguez, 1994).

Es amplia la evidencia de que la atención de las embarazadas ha sido por más de una década, una de las grandes prioridades mundiales y nacionales. La experiencia laboral

en el primero y segundo nivel de atención a la salud, ha evidenciado de igual forma los comentarios de Olds et al.(1990), de que las personas adultas y capacitadas deben adoptar conductas que contribuyan al mejoramiento de su propia salud.

De lo anteriormente expuesto se consideró de particular interés identificar:

¿ Qué Relación Existe Entre los Factores Condicionantes Básicos y la Capacidad de Autocuidado en las Embarazadas ?.

1.2 Hipótesis

- H₁ Existe relación positiva entre los Factores Condicionantes Básicos seleccionados la edad, el número de embarazos, el estado de salud y la capacidad de autocuidado.
- H₂ Existe diferencia en la capacidad de autocuidado de la embarazada por el estado civil, la escolaridad, el trabajo y los recursos de salud.
- H₃ Existe diferencia en la capacidad de autocuidado de la embarazada por estado civil, escolaridad, servicio de salud y número de embarazos.
- H₄ Existe diferencia en el estado de salud de la embarazada por el estado civil, la escolaridad, el trabajo y los recursos de salud.

H, Existe diferencia en el estado de salud de la embarazada por el estado civil, la escolaridad, los recursos de salud y el número de embarazos.

1.3 Objetivos

Objetivo General.

Determinar qué factores contribuyen a que la mujer embarazada tenga una mayor Capacidad de Autocuidado.

Objetivos específicos.

1. Conocer el perfil sociodemográfico de las embarazadas del estudio.
2. Distinguir la relación de los FCBs edad, estado de salud y recursos de salud con la capacidad de autocuidado de las embarazadas.
3. Describir el patrón de vida de las embarazadas.

1.4 Importancia del estudio

El conocimiento del perfil social y demográfico de las embarazadas de este estudio reflejó la importancia de contar o no con pareja y el número de embarazos, por ser factores que afectan al autocuidado de la mujer y por tanto su salud.

El conocimiento de los FCBs edad, estado de salud, orientación sociocultural, adecuación y disponibilidad de recursos de salud, así como, patrón de vida, asociados a la

capacidad de autocuidado de la embarazada servirá para orientar alternativamente el trabajo de la enfermera comunitaria toda vez que se tome en cuenta que la percepción del estado de salud se relaciona significativamente con la capacidad de autocuidado.

Los resultados apoyan las ideas de la implementación de programas educativos comunitarios, sobre el control del número de embarazos, así como la regulación y control de los cuidados prenatales.

1.5 Limitaciones del estudio

La selección por conveniencia de los sujetos de estudio no permite la generalización de los resultados.

Se obtuvo el Alfa de Cronbach para las escalas que midieron estado de salud y capacidad de autocuidado, no así las preguntas adicionadas por el autor.

Las variables fueron medidas de acuerdo a las respuestas emitidas por las encuestadas, por lo que sólo se contó con sus opiniones al respecto, no se efectuaron observaciones directas.

1.6 Definición de términos

Contar con servicios de salud.

Para este estudio se consideró el hecho de que la mujer tenga acceso a los servicios de salud para control prenatal, sin importar el tipo de institución ni nivel de atención.

Capacidad de autocuidado.

Es el poder del ser humano para realizar actividades necesarias para el cuidado de su propio funcionamiento y desarrollo (Orem, 1995). En otras palabras, es el poder de las mujeres en período gestacional de efectuar actividades necesarias para el funcionamiento y desarrollo de sí misma y del producto de la gestación y , que al mismo tiempo, sean *compatibles con la vida, salud y bienestar de ambos*. Para este estudio se consideraron los siguientes aspectos: las veces que acudió al médico, su opinión acerca de cuándo acudir al control, si ha tenido hijos, el conocimiento de cómo cuidar su embarazo, el conocimiento del aumento de su peso y si éste se relaciona a los meses del embarazo.

Para valorar la Capacidad de Autocuidado se utilizó la Escala de Capacidad de Autocuidado ASA-1.

Factores Condicionantes Básicos.

Elementos o características, internas o externas, que afectan los valores del individuo o su situación de vida. Influyen en la adecuación de las capacidades personales para cuidar de sí mismo o de los que dependen de él (Orem, 1995). Incluyen: 1) edad, 2) sexo, 3) estado de desarrollo, 4) estado de salud, 5) orientación sociocultural, 6) factores del sistema para el cuidado de la salud, 7) factores del sistema familiar, 8) patrones de vida, 9) factores ambientales, 10) adecuación y disponibilidad de recursos.

Como parte de los datos socio demográficos y culturales se consideraron en este estudio: la edad en años, escolaridad en años cursados, estado civil, si vive o no con pareja, trabajo fuera del hogar, el número de embarazos, los cambios que ha observado en su forma de comer, y tres alimentos que haya incorporado a su dieta debido a su embarazo.

Estado de Salud.

Es la percepción que la embarazada refiere tener en relación a aspectos físicos y de salud mental. Fue medido usando dos subescalas del MOS forma corta de la Encuesta General de Salud (SFGHS), la de salud mental (MH) y la de percepción de salud (HP). Para valorar los recursos, se consideró si cuenta con servicios de seguridad social de salud.

Patrón de vida.

Es una serie de actitudes que la mujer embarazada adopta o que ocurren en ella como resultado del embarazo. Para explorar el patrón de vida se consideró el cambio en el vestido dependiendo la edad de gestación, hábitos de ejercicio, las dificultades de eliminación, hábito de consumo de alcohol, así como los cambios observados para este hábito durante el embarazo.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 La Mujer y el Embarazo

Es ya internacionalmente reconocido el papel relevante que por tradición la mujer ha desarrollado en el seno familiar y en la sociedad respecto al cuidado a la salud, además de ocuparse de la limpieza del hogar, la educación, procurar o cuidar de la seguridad de la familia y en general de la mayoría de las necesidades familiares (González, 1995).

Todavía, al trabajo del hogar hay que agregarle las actividades extradomésticas que ha experimentado la mujer en apoyo a la economía familiar, sin que esto demerite su papel central en la integración familiar, pero que pone en tela de juicio la eficiencia del cuidado de su propia salud (Szazs, 1995).

Este hecho se refleja en la tasa de embarazos en México, con complicaciones como morbilidad materna, fetal o neonatal, que oscila entre 20 y 60 por ciento, de acuerdo a lo reportado por Salinas, Martínez y Pérez (1991), también comentan la existencia de múltiples factores de riesgo durante el embarazo, tales como la infraestructura para la atención, alimentación, aspectos culturales, sociales, económicos, políticos, demográficos y de operativización y uso de programas de salud existente, mismos que repercuten en la vida de la mujer grávida y del producto del embarazo y se reflejan en los altos índices de morbimortalidad.

La decisión de embarazarse para la mujer frecuentemente está sujeta a factores psicológicos de realización personal o socioeconómicos, como la educación, ocupación y sitio de residencia, entre otros, como comentan Reeder y Martin (1992). Los cambios que genera un nuevo miembro en la familia y los reajustes personales, de pareja o con los demás miembros de la familia, que necesariamente se presentan, también son considerados. Por esa razón la capacidad de la pareja humana para desarrollar y disfrutar su vida sexual con autonomía en la regulación del número y espaciamiento de sus hijos, debe ser seguida de la adecuada vigilancia y atención del embarazo, entre otros aspectos; estos hechos refuerzan la posición de la atención materno infantil como una de las vertientes fundamentales de la salud reproductiva (Alarcón, 1993)

La mujer en edad reproductiva está en posibilidad de embarazarse con cierta periodicidad, ya que el embarazo es un proceso normal que frecuentemente se presenta en determinado momento de la vida de la mujer; en este sentido y en base a experiencias previas, las mujeres están comprobando que el éxito en el embarazo suele tener que ver más con su propia función y actividades que las que efectúa el personal de salud, de hecho, la asistencia de las mismas a instituciones de salud, básicamente tiene como objetivo optimizar las posibilidades de un niño sano (Olds et al., 1990); en la experiencia práctica y apoyados en el Modelo de Creencias de Salud (MCS) de Rosenstock (1974), se tiene conocimiento que las mujeres acuden al control mes a mes, cuando se sienten amenazadas en su salud, o solamente una vez, para recibir el pase para la atención del parto. Ello habla de que la mujer embarazada de escasos recursos no lleva a cabo el

control prenatal con regularidad, especialmente si percibe que existe normalidad (Potter, 1988).

La mujer, desde el punto de vista social, ha sido el centro de interés en la familia debido a las funciones que, dentro del núcleo familiar y la sociedad misma, le han asignado por su género y tradición cultural. Sólo hace escasas décadas que inició la transformación de su imagen, pasando de ser la destinada exclusivamente al cuidado de los hijos y actividades de orden doméstico, a la mujer que ha iniciado la búsqueda de un mejor nivel económico y educacional (Pérez-Loredo Díaz, 1992).

Estrada, Treviño y Ray (1990), a su vez, encontraron evidencia de que los grupos de escasos recursos, grupos de menor edad, los que no tienen seguro médico, muestran mayores problemas para obtener un cuidado para su salud, no obstante se reconoce que existen otros factores que determinan la presencia del mismo fenómeno.

Los estilos de vida y patrones culturales han sido estudiados respecto a la salud, Sanders-Phillips (1994), expresa que la forma de vida de un determinado grupo social o étnico, está relacionado con las diferencias de su cultura, de la forma en que perciba su estado de salud y de su propia definición de cómo cuidar su salud.

La importancia de una buena nutrición antes, durante y después de la gestación se manifiesta precisamente porque la malnutrición guarda relación con problemas en la reproducción, como dificultades en el embarazo, trabajo de parto, menor peso neonatal que el aceptable e incluso la muerte del producto de la gestación. Además, el hecho de equiparar la delgadez con el atractivo físico puede ocasionar mayor incidencia de

trastornos de nutrición, sobre todo porque en el proceso del embarazo normalmente se presentan períodos de anorexia (Reeder y Martin, 1992).

El ejercicio, a pesar de no ser una práctica muy frecuente, sí es una actividad benéfica durante el embarazo, aunque el tipo recomendado depende de cada mujer, de su estado general y la fase del embarazo. Sin embargo, caminar al aire libre es un recurso que frecuentemente es utilizado por la mujer sin importar su condición reproductiva (Reeder y Martin, 1992).

Respecto al consumo de alcohol, se ha observado que es una práctica que aun no se puede considerar generalizada en las mujeres latinas, pero sí tiene influencia negativa para el resultado del período de gestación (Torres, 1993).

2.2 Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado.

Existen algunas posiciones respecto a la teoría de autocuidado, de hecho son varios los autores que hablan acerca de este concepto como una forma de prever el cuidado individual y familiar. El concepto que Dorothea E. Orem desarrolló, formalizó y validó en 1970, presenta elementos con una infraestructura conceptual que ha evidenciado su utilidad en el campo de la práctica e investigación propiamente (Isenberg, 1993).

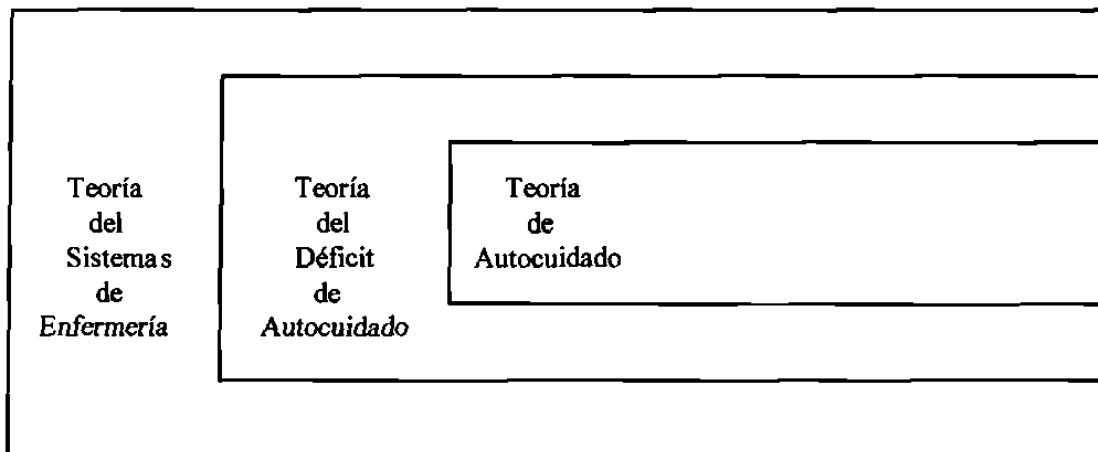
El trabajo de Orem y del Grupo de la Conferencia de Desarrollo en Enfermería dió lugar a la Teoría General de Enfermería, conocida como Teoría de Enfermería sobre el Déficit de Autocuidado, conformada por tres teorías: a) Teoría de Autocuidado, b) Teoría del Déficit de Autocuidado y c) Teoría del Sistema de Enfermería (Isenberg, 1993).

Orem, (1995) expresa que la Teoría del Autocuidado fundamenta una categoría mayor que es la Teoría del Déficit del Autocuidado, misma que está incluida en la Teoría de Sistemas de Enfermería, como muestra la figura 1.

La primera Teoría describe el autocuidado y sus características en busca de la continuación de la vida, del automantenimiento, así como la salud y el bienestar personal. También explica los requisitos de autocuidado y su función reguladora sobre el estado de salud (Orem, 1993).

Figura No. 1

Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado.



(Tomado de Nursing of Practice de Dorothea E. Orem, 1995).

La segunda, la Teoría del Déficit de Autocuidado, es el elemento crítico y se origina en la finalidad de la enfermería, lo que es igual, que el individuo que tiene a su cargo, cuide, controle o regule su propio funcionamiento o a un tercero que del cliente

dependa; es la respuesta a la incapacidad de acción del autocuidado o del cuidado dependiente, (Orem, 1993).

La tercera teoría, describe la organización esencial de toda la teoría, porque establece el ejercicio de las capacidades de enfermería y su relación con las características del paciente (Orem, 1993).

Los conceptos centrales que la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado comprende son: Autocuidado, Capacidad de Autocuidado, Demanda de Autocuidado Terapéutico, Déficit de Autocuidado y Agencia de Enfermería.

El Autocuidado es una actividad aprendida, una acción deliberada que las personas realizan en situaciones concretas para regular su propio funcionamiento y desarrollo en beneficio de su vida, salud o bienestar (Orem, 1993, 1995; Isenberg, 1993).

El concepto de Capacidad de Autocuidado se refiere a un conjunto complejo de habilidades adquiridas por el individuo que le permite comprometerse con el autocuidado y discernir los factores que deben ser controlados (Gast, Denyes, Campbell, Hartweg, Schott-Baer, Isenberg, 1989; Orem, 1993; Isenberg, 1993; Orem, 1995).

Como resultado del proceso para clarificar este concepto Gast, et al., (1989) explican las dimensiones de la Capacidad de Autocuidado. La consideran como una estructura compleja que consiste en tres tipos de habilidades, que pueden ser jerarquizadas:

- a) Capacidades fundamentales y disposición: entran en juego cuando los individuos realizan cualquier tipo de acción deliberada, no propiamente actividades de

Autocuidado. Consisten, por ejemplo en habilidades concernientes a sensaciones, percepción, memoria y orientación.

- b) Componentes de poder: son menos fundamentales. Son las determinaciones o motivadores que permiten capacidades específicas para el autocuidado.
- c) Operaciones de Autocuidado: son las habilidades más inmediatas que son necesarias realizar. Es el límite entre las capacidades y el autocuidado mínimo.

La figura 2 muestra la estructura de la Capacidad de Autocuidado.

FIGURA No. 2

Estructura de la Capacidad de Autocuidado.



Traducido y tomado del artículo "Self Care Agency: Conceptualizations and Operationalizations". por Gast, Denyes, et al., 1989).

La Demanda de Autocuidado Terapéutico, es la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos en tiempo y espacio determinados con una duración limitada, necesarios para cubrir los requisitos de autocuidado de los individuos.

Estas actividades cubren los requisitos que pueden ser: universales, del desarrollo o de desviación a la salud (Orem, 1993).

El Déficit de Autocuidado puede estar asociado a los desordenes funcionales o estructurales presentes en el ser humano. Este término se refiere a la relación entre la Capacidad de Autocuidado y las Demandas de Autocuidado Terapéutico, que se presentan en los individuos cuando las limitaciones son suficientes como para que las Demandas de Autocuidado Terapéutico no sean satisfechas en forma total o parcial (Orem, 1993).

La Agencia de Enfermería son atributos de personas que poseen la capacidad y voluntad de ejercer el entrenamiento y conocimientos para: a) conocer y ayudar a conocer las Demandas de Autocuidado Terapéutico, b) cubrir las demandas, c) ayudar a la autosatisfacción de las demandas y d) desarrollar y regular cualidades de Capacidad de Autocuidado y de Autocuidado Dependiente (Orem, 1993).

Los Requisitos de Autocuidado son propósitos para ser alcanzados a través de las acciones que regula el funcionamiento y desarrollo humanos. Son expresiones de los objetivos a lograr. Son las razones para realizar las acciones de autocuidado. Se identifican tres tipos de requisitos: a) universales, válidos para todos los seres humanos en todas las etapas, b) de desarrollo, asociados a procesos del desarrollo y eventos que lo pueden afectar, c) de desviación a la salud, asociados a defectos genéticos y de constitución; asociado a desviaciones estructurales y a las medidas de diagnóstico y tratamiento médico (Orem, 1993; Isenberg, 1993).

Los Factores Condicionantes Básicos son elementos o características internas o externas que afectan los valores del individuo o su situación de vida. Influyen en la

adecuación de las capacidades personales para cuidar de sí mismo o de los que dependen de él (Orem, 1995).

Los factores que se incluyen son: 1) edad, 2) sexo, 3) estado de desarrollo, 4) estado de salud, 5) orientación sociocultural, 6) factores del sistema de salud, 7) factores del sistema familiar, 8) patrón de vida, 9) factores ambientales y 10) disponibilidad y adecuación de los recursos.

Los conceptos de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado postulan dos variables del paciente, la Capacidad de Autocuidado y la Demanda de Autocuidado Terapéutico. La adecuación de la Capacidad de autocuidado es determinada comparando las acciones de autocuidado que las personas pueden realizar con las acciones de autocuidado requeridas para satisfacer la demanda existente o proyectada de autocuidado terapéutico. El papel de los Factores Condicionantes Básicos tales como la edad, sociocultura, estado de salud, patrón de vida, la disponibilidad y adecuación de los recursos, influyen en la adecuación de las capacidades personales para cuidar de sí mismo o de los que dependen de otra persona (Orem, 1995; Hart, 1995).

2.3 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría de Autocuidado

Para el desarrollo del presente estudio se seleccionaron dos conceptos de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado para explicar el cuidado del embarazo, que son los *factores condicionantes básicos* y *la capacidad de autocuidado*.

El hecho que estos factores posean una cualidad doble al ser internos o externos y afecten las capacidades del individuo para ocuparse de su autocuidado o bien afecten el tipo y cantidad de autocuidado requeridos, los ubica en un papel trascendente, sobre todo porque las afecciones o limitaciones que puedan causar en la embarazada afectan, positiva o negativamente, según sea el contexto, la salud del binomio madre-hijo.

Las orientaciones socioculturales de las personas respecto a la salud y su cuidado pueden condicionar que las medidas de cuidados prescritas por su cultura interfieran o condicionen la aceptación o rechazo de los recursos que pudieran tener a su alcance para la satisfacción de las demandas de autocuidado de las embarazadas.

La edad, el estado de salud y el desarrollo de patrones de vida están asociados a factores que demandan una acción reguladora. De igual forma la disponibilidad de recursos y la adecuación de los mismos afecta en la selección de los medios para satisfacer los requisitos de autocuidado y las medidas de cuidados asociadas. (Orem, 1995).

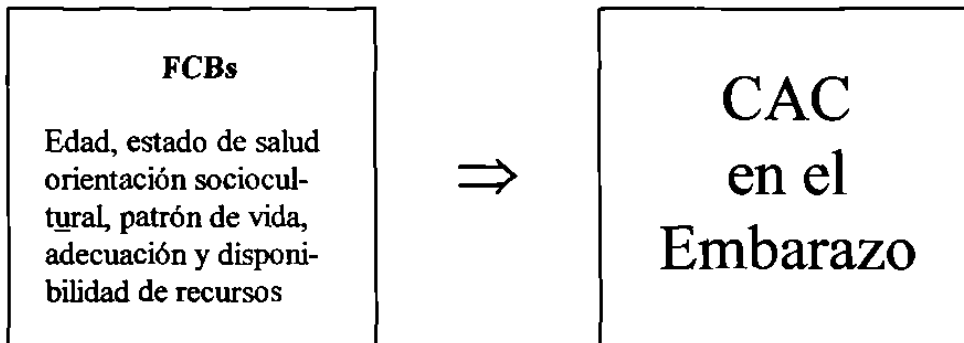
La capacidad de autocuidado describe la habilidad que la persona necesita para llevar a cabo sus acciones de autocuidado, vistas estas últimas como acciones que son tomadas para mantener la salud y bienestar de una persona (Hart, 1995).

Se asume que la mujer embarazada está ansiosa de cuidarse a ella misma y a su bebé en crecimiento, al mismo tiempo, la teoría de Orem presenta conceptos que permiten su utilización para enmarcar este estudio.

La figura 2.3 muestra la ubicación de los factores condicionantes básicos con la capacidad de autocuidado y el embarazo.

FIGURA No. 3

Relación de los Factores Condicionantes Básicos y Capacidad de Autocuidado en la Embarazada.



Elaborado por Gómez y Salazar, 1996.

2.4 Estudios Relacionados

Orem y el autocuidado han sido estudiados en muy diversos y variados estudios. Sin embargo, el uso de la Teoría de Orem con mujeres embarazadas ha recibido una atención limitada en la literatura (Hart, 1995).

Un estudio para conocer la capacidad de autocuidado y algunos aspectos sociales de importancia en la histerectomizada y la identificación de cambios en la pareja, efectuado a 150 mujeres con histerectomía, se llevó a cabo en instituciones públicas de segundo y tercer nivel de atención del Área Metropolitana de Monterrey, N. L.; se encontró que en el 84 por ciento de las mujeres la capacidad de autocuidado fue

inadecuada y el 16 por ciento adecuada. En términos generales, se observó un notable deterioro posterior a la histerectomía; la escolaridad mostró una significancia de 0.001 respecto a la capacidad de autocuidado (López, 1995).

Un estudio con adolescentes es el de Stonebraker (1994), quien se interesó por la relación entre la agencia de autocuidado y la salud en adolescentes embarazadas, para esto utilizó un diseño descriptivo, correlacional, para determinar la relación entre factores de condicionamiento básico, agencia de autocuidado, autocuidado y salud en adolescentes embarazadas de 14-19 años. Trabajó con 100 adolescentes voluntarias de dos clínicas de atención prenatal, efectuó un muestreo no probabilístico por conveniencia, encontrando que el promedio de edad de las adolescentes fue de 17.48 años, trabajó con una muestra que representó el 50 por ciento de raza negra, 78.8 por ciento solteras, 60.6 por ciento eran escolares y 86 por ciento no tenían trabajo, el nivel de educación mínimo fue de 6° grado y el ingreso familiar era bajo.

El mismo autor encontró una correlación no significativa entre los factores condicionantes básicos seleccionados: edad, estado civil, y autocuidado. Se encontró una relación significativamente positiva entre la agencia de autocuidado y el autocuidado ($r = .7648$, $p < .001$), así como también entre el autocuidado y la salud ($r = .7650$, $p < .001$).

Burk, Wieser y Keegan (1995) comentan en su artículo "Creencias culturales y comportamiento de salud de las mujeres embarazadas mexicano-americanas: las implicaciones del cuidado primario de maternidad", que este grupo poblacional tiende a buscar cuidado sólo cuando se sienten enfermos y generalmente presentan menos cuidados

para la salud por lo que las embarazadas pueden atrasar o discontinuar los cuidados prenatales debido a que se sienten bien y no contemplan las posibles consecuencias de un cuidado prenatal inadecuado, según datos de la Coalición Nacional de Salud Hispana y Organizaciones de Servicios Humanos (COSSMHO).

Sin embargo, las autoras comentan que a pesar de que este grupo tiene un rango de fertilidad mayor que el resto de la población, el uso de los servicios de salud por parte de ellos es realmente bajo.

En un estudio de comportamientos para el mejoramiento de la salud en mujeres negras y latinas efectuado por Sanders-Phillips (1994), se pudo observar, a través de un análisis de regresión, que este último grupo poblacional presentó mejor estilo de vida respecto a la salud ($\beta = 0.173$; $r^2 = 0.113$; $p < 0.001$), y con respecto a los hábitos alimenticios se reportó: $\beta = -0.76$; $r^2 = 0.019$, $p < 0.07$. La autora expresa que el estilo de vida de las latinas puede estar relacionados con las percepciones del estado de salud y la definición del estado de salud que conciben, posiblemente influenciado por factores culturales.

En su artículo, "Embarazo en la mujer hispana", Poma (1987), expresa que las variantes significativas entre los individuos de este grupo posiblemente hicieron que los hispanos presentaran un rango mayor de nacimientos y de fertilidad que el promedio. El rango de nacimientos en Chicago fue de 17.8 en contraste con 26.5 entre los hispanos y el de fertilidad fue de 75.4 en contraste con 119.1 entre este grupo de población. Sin embargo del 82 por ciento de las mujeres blancas que en 1981 recibieron cuidados prenatales durante el primer trimestre, el 60 por ciento eran mexicanas.

El mismo estudio reportó que en los Estados Unidos, para 1984, la mortalidad prenatal ocupó el 16^a lugar y que se relacionó directamente con el peso de la mujer a la hora del parto, antes del embarazo, y el ganado durante el mismo, pero también con el tipo de nutrición, actividades físicas, uso de tabaco, drogas, alcohol, entre otros elementos.

Torres (1993) reportó que en un estudio realizado con mujeres mexicano-americanas, éstas exhibieron una menor incidencia al alcohol, tabaco y uso de drogas, hecho que posiblemente contribuyó a que presentaran menores rangos de nacimientos de poco peso y mortalidad infantil que el resto de la población estudiada de raza blanca.

La utilización de los servicios de atención materna está condicionado por una diversidad de factores, al respecto Potter (1988), efectuó un estudio sobre la utilización de los servicios de Salud Materna en el México Rural en una muestra de 1,579 embarazadas, de las cuales el 31 por ciento recibieron atención prenatal durante los cinco primeros meses y sólo el 36 por ciento de los partos se atendieron en el hospital. Encontró que ninguna de las dos variables mencionadas fueron pronosticadores significativos para la utilización de los servicios perinatales pues para la atención perinatal se obtuvo una ($p = 0.5$) y para la atención de los partos hospitalarios ($p = 0.2$). También refiere el autor que el 95 por ciento de su muestra no tenía más de seis años de estudio y que el usuario que hablaba sólo lengua indígena se asoció con una disminución del 57 por ciento en las probabilidades de uso de los servicios.

Hartweg (1993), en su estudio para describir las acciones de autocuidado de la mujer saludable de edad media realizadas para promover el bienestar, estudió a 153 mujeres entre 40 y 59 años de edad; encontró que caminar fue una actividad física

frecuentemente identificada por las mujeres, y la educación estuvo relacionada con la frecuencia de las acciones relacionadas a los requisitos universales y de desarrollo. Para las acciones relacionadas con la desviación de la salud, el número de hijos explicó el 6 por ciento de la varianza.

CAPITULO 3

METODOLOGIA

3.1 Diseño de la Investigación.

La investigación fue de tipo descriptivo en su modalidad correlacional, retrospectivo y transversal, (Polit, 1995).

3.2 Sujetos

La muestra estuvo conformada por 89 mujeres embarazadas que fueron seleccionadas por conveniencia en hospitales del área Metropolitana de Monterrey, así como una colonia de Cd. Guadalupe, Nuevo León.

Criterios de inclusión:

Embarazadas, sin importar la edad gestacional, nivel socioeconómico ni escolaridad, que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

3.3 Material

Para la recolección de la información se utilizaron dos escalas validadas y preguntas diseñadas por el autor, que se integraron en un sólo instrumento, con 59 preguntas en total (ver apéndice A).

El instrumento fue organizado de la siguiente manera:

Datos Sociodemográficos, Culturales, y Factores de Condicionamiento Básicos.

Los aspectos sociodemográficos y culturales, así como los FCBs, recursos de salud, patrón de vida y los aspectos de capacidad de autocuidado en el embarazo se evaluaron con preguntas diseñadas por el autor.

Las once primeras preguntas correspondieron a los datos sociodemográficos y culturales como edad, estado civil, si vive con su pareja, escolaridad, trabajo fuera del hogar, embarazos anteriores, meses de embarazo, ¿quién le ayuda con los cuidados de su embarazo?, los cambios que ha observado en su forma de comer y tres alimentos que incorporó a su alimentación.

Los recursos de salud se midieron con las siguientes preguntas: Cuando acude a control, ¿cómo considera la atención que le proporcionan?, ¿cuenta con servicios de salud o no?. Las preguntas, 12 a la 15 y la 57 midieron el patrón de vida: ¿Ha tenido que cambiar su forma de vestir?, ¿practica algún ejercicio?, ¿acostumbra ingerir bebidas alcohólicas?, ¿ha cambiado sus hábitos respecto al alcohol con el embarazo? ¿tiene dificultad para la eliminación?.

El estado de salud fue medido usando el MOS forma corta de la Encuesta General de Salud (SFGHS). El instrumento consta de 20 ítems, consiste en seis subescalas relacionadas a funcionamiento físico, social, el papel que desempeña, la salud mental, percepción de salud y dolor. Para este estudio sólo se utilizaron 10 preguntas para cada una de la subescalas de salud mental (MH) y percepción de la salud (HP) y les correspondieron las preguntas 18 a 27. Se eligieron estas dos subescalas por considerarse que evaluar los aspectos mentales y la percepción física respecto al estado de salud proporciona una evaluación más completa del mismo por su relación estrecha con el crecimiento y desarrollo del individuo (Orem,1995).

Capacidad de Autocuidado.

La Capacidad de Autocuidado se midió usando la “Escala para Estimar la Capacidad de Autocuidado” (ASA-1), validada y traducida por Gallegos (1995) . Es un instrumento tipo Likert de 24 ítems. Los ítems fueron utilizados con oraciones afirmativas, excepto las dos últimas preguntas de la escala para no modificar el sentido de la pregunta. La pregunta 38 se subdividió en dos, se separaron los términos ejercicio y descanso.

Por último se agregaron seis preguntas para medir otros aspectos del embarazo. Las preguntas que le correspondientes fueron: ¿Cuántas veces ha acudido al médico en el presente embarazo?, durante el embarazo, ¿cuándo considera que debe acudir a control?, ¿considera que si una mujer ha tenido varios hijos ya conoce cómo cuidar su embarazo?,

¿ha cuidado a alguien embarazada?, ¿sabe cuánto ha aumentado de peso?, ¿sabe si el aumento de peso está de acuerdo con los meses de embarazo?.

3.4 Procedimiento

Antes de iniciar la recolección de los datos, se efectuó una prueba piloto a cinco mujeres embarazadas con características semejantes a las de la muestra, que no fueron incluidas en el estudio, por que los resultados generaron modificaciones en el instrumento.

Los cambios en el instrumento fueron: a) *modificación de la redacción en la pregunta referente al trabajo y en la pregunta respecto a la percepción de salud; en el primer caso se preguntó originalmene su ocupación y las opciones de respuestas consistían en elegir “ama de casa” o “trabajo fuera del hogar”, si la situación era la segunda se cuestionaba cuál era su actividad. En el segundo caso, respecto a la percepción de salud originalmente la pregunta fue: ¿Estoy tan saludable como cualquiera que conozco?;* b) en la Escala para Estimar la Capacidad de Autocuidado la pregunta 38 fue dividida formando la 38 y 39 porque generó confusión a las mujeres en quienes se aplicó la prueba piloto, ya que contempla en una misma pregunta dos ideas distintas y opuestas como ejercicio y descanso.

El instrumento se aplicó a 89 mujeres embarazadas a quienes se les solicitó su participación voluntaria y autorización verbal. Posteriormente se les explicó las características del instrumento y el tiempo aproximado de la entrevista. El entrevistador formuló los registros en el instrumento en todos los casos. La entrevista tuvo un promedio de duración de 25 minutos.

La recolección de la información se efectuó en 8 semanas; para ello se contó con la participación voluntaria de dos encuestadores, quienes recibieron una orientación general para la aplicación de los instrumentos. (Ver anexo C).

Los datos fueron recolectados en dos hospitales privados de segundo y tercer nivel y tres hospitales públicos de los mismos niveles; las pacientes fueron entrevistadas en el momento en que acudían a solicitar los servicios de salud o por consulta de control. También se aplicaron encuestas a embarazadas que viven en la Colonia Vicente Guerrero del Municipio de Guadalupe, Nuevo León. Estas embarazadas fueron localizadas en sus domicilios, ya sea referidas por el personal del Centro de Salud del Programa UNI, Centro Comunitario de primer nivel ubicado en la colonia, o por referencia de personas embarazadas antes encuestadas.

La captura de los datos fue semanal. El procesamiento se efectuó por medio del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), para aplicar la estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias), así como análisis de varianza y coeficiente de relación de Pearson.

3.5 Ética

El estudio contó con el respaldo de la Reglamentación de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. En la inteligencia de que se apegó al Capítulo I de disposiciones comunes Artículos 20, 21 fracciones I a la VIII, Artículo 22 fracciones I a la V y Artículo 24, en lo que respecta a la solicitud de participación, (véase apéndice B). De igual forma con el Capítulo referido a Investigaciones en Mujeres en Edad Fértil,

Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Obitos y Fetos y de la Fertilización Asistida, Artículo 40 fracción II, Artículo 45 por considerarse estudio de riesgo no mayor al mínimo y totalmente en apego al Artículo 48 fracciones I a la III.

CAPITULO 4

RESULTADOS

La presentación de los resultados que se reportan corresponde a 89 embarazadas captadas en Instituciones de Salud de los tres niveles de atención de la zona Metropolitana de Monterrey y de Cd. Guadalupe Nuevo León.

Se presenta primero la estadística descriptiva. Posteriormente la inferencial, de acuerdo al orden de las hipótesis.

4.1 Datos Sociodemográficos de la Población Estudiada.

La edad de las mujeres embarazadas osciló entre 17 y 39 años, de las cuales la mayor frecuencia se encontró en el grupo de 25 a 28 años equivalente al 28 por ciento. (Tabla No. 1).

TABLA No. 1
Edad de las Embarazadas.
Monterrey N. L. 1996

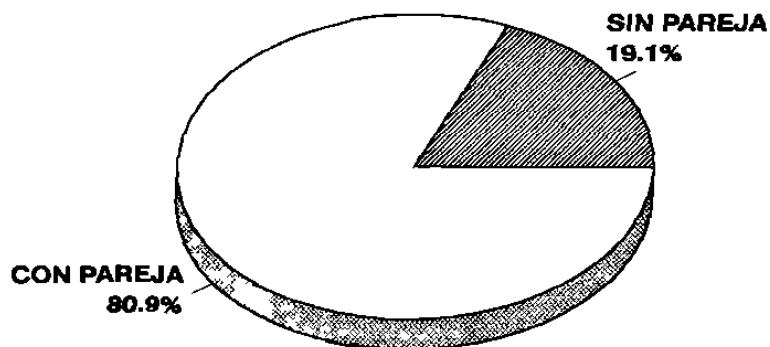
EDAD	F	%
17 - 20	19	21.3
21 - 24	17	19.1
25 - 28	25	28.1
29 - 32	16	17.9
33 - 36	8	8.9
37 - 39	4	4.4

FUENTE: FRCAE

n = 89

Para el análisis del estado civil se reagruparon los datos de la siguiente manera: las madres solteras y separadas como personas que viven sin pareja y las casadas o en unión libre, como mujeres con pareja. El 80.9 por ciento de la muestra, es decir, 72 mujeres, aceptaron estar en la última situación (Figura No. 4).

FIGURA 4
Estado Civil de las Embarazadas.
Monterrey, N. L. 1996.

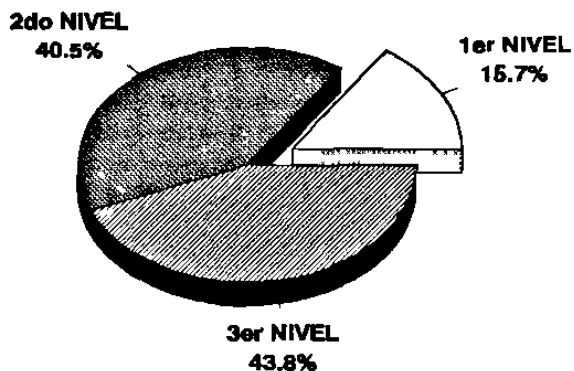


FUENTE: FRCAE
n = 89

Respecto a la escolaridad, las que saben leer y escribir, hasta la primaria total fueron reagrupadas como primer nivel. En el segundo nivel se ubicaron a las personas que completaron la secundaria hasta haber cursado una carrera técnica o comercio. El último nivel comprende desde la preparatoria hasta haber cursado una carrera profesional.

Precisamente en este último nivel fue donde se ubicaron las frecuencias mayores, con 39 mujeres que representan el 43.8 por ciento del total (Figura No. 5).

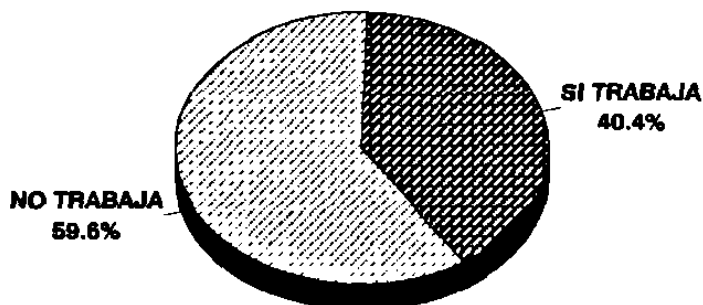
FIGURA 5
Escolaridad de las Embarazadas
Monterrey, N. L. 1996.



FUENTE: FRCAE
 n = 89

La Figura seis muestra que el 59.6 por ciento de la muestra no trabaja fuera del hogar (53 persona).

FIGURA 6
Condición de Trabajo de las Embarazadas
Monterrey, 1996.



FUENTE: FRCAE
 n = 89

De las personas que si colaboran con la economía familiar, 31.5 por ciento permanecen fuera del hogar por razones laborales 40 horas a la semana (28 mujeres).

El 66.3 por ciento de las embarazadas, es decir 59 personas, respondieron tener por lo menos un hijo, las 30 restantes aceptaron tener 2 o más.

Respecto a la edad gestacional de las encuestadas, 49.4 por ciento, es decir 44 mujeres, se ubicaron en el segundo trimestre. De estas, 21 fueron de 6 meses con un 23.6 por ciento, como se puede observar en la Tabla No. 2

Tabla No. 2

Meses de Embarazo de las Encuestadas Monterrey, N. L. 1996

Trimestre	Meses de embarazo	Frecuencia	Porcentaje %
1	2	2	2.2
	3	4	4.5
2	4	9	10.1
	5	14	15.7
	6	21	23.6
3	7	15	16.9
	8	15	16.9
	9	9	10.1
TOTAL		89	100

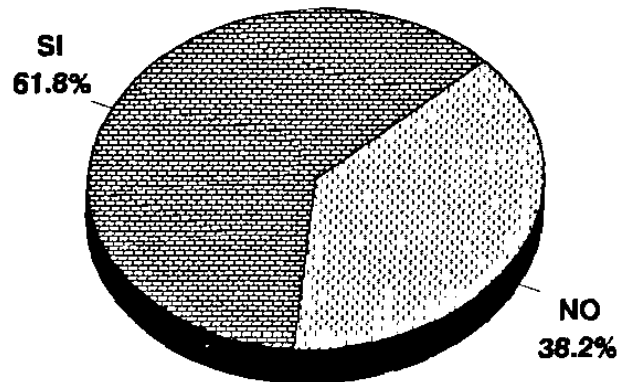
FUENTE: FRCAE

n = 89

4.2 Datos Sobre los Factores Condicionantes Básicos.

El 61.8 por ciento (55 mujeres) aceptó que cuenta con servicios de salud. Sólo el 38.2 por ciento utiliza el servicio de salud que tiene, así mismo, el 38.2 por ciento que refirieron no contar con seguridad social se atienden en la Secretaría de Salud o con médico particular (Figura No. 7).

FIGURA 7
Seguridad Social de las Embarazadas
Monterrey, N. L. 1996



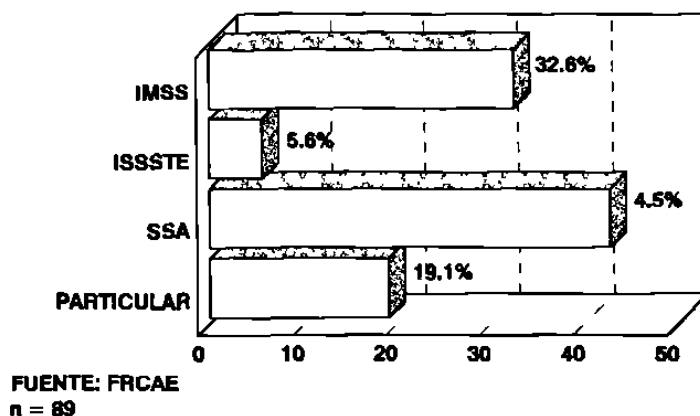
FUENTE: FRCAE
n = 89

Cuando se les preguntó a cerca de la institución de servicio de salud a la que pertenecían, tal como ilustra la Figura No. 8, corresponde el 42.7 por ciento a la Secretaría de Salud (SSA) y el 38.2 por ciento a instituciones de seguridad social, como el

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

FIGURA 8

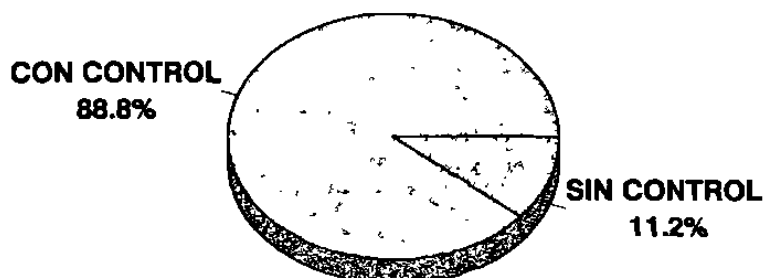
Institución de Salud de las Embarazadas Monterrey, N. L. 1996.



De las 89 embarazadas, 79 respondieron que sí acuden a control del embarazo, lo que representó el 88.8 por ciento, como muestra la Figura No. 9.

FIGURA 9

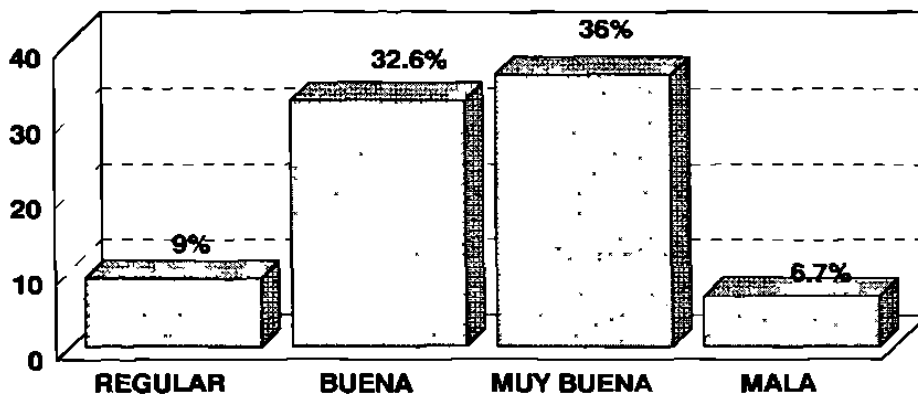
Asistencia de las Embarazadas al Control Prenatal Monterrey, N. L. 1996



FUENTE: FRCAE
n = 89

De las 79 pacientes que acuden a control del embarazo, 84.3 por ciento calificaron la atención que reciben como: Excelente, muy bueno y bueno, mientras que el 15.7 por ciento la consideraron entre regular y mala, tal como lo ilustra la Figura No. 10.

FIGURA 10
Opinión de las Embarazadas Sobre la Atención
en el Control Prenatal.
Monterrey, N. L. 1996



FUENTE: FRCAE
n = 89

De las cinco opciones de respuesta que se presentaron en el instrumento para que respondieran quién le ayuda en los cuidados de su embarazo, las mujeres sólo utilizaron tres: nadie, el esposo o familiares. De estas opciones, el 44.9 por ciento, es decir, 40 de las 89 madres, respondieron que el apoyo lo recibieron de familiares.

Respecto a las veces que las embarazadas han acudido al médico en el presente embarazo, se pudo observar que la más alta frecuencia (14 mujeres), refirió haber asistido 6 veces. 69 mujeres, con un porcentaje de 71.9 por ciento asistieron entre 4 y 9 veces con el médico, como muestra la Tabla No.3.

TABLA No. 3

Asistencia al Médico en el Presente Embarazo. Monterrey, N. L. 1996.

Veces que acudieron	Frecuencias	Porcentaje
1 - 3	19	21.4
4 -6	37	41.6
7 -9	27	30.3
10, 12 y 16	6	6.7
TOTAL	89	100

FUENTE: FRCAE

n = 89

Quando se cuestionó acerca de los cambios observados en su forma de comer se observaron cuatro características: a) aumento de cantidad cuando refirieron: cena mucho, aumento de apetito, come más o más veces, b) disminución de cantidades con respuestas

como: pérdida de apetito, como menos o come poco, c) las que no manifestaron ningún cambio y d) las que manifestaron cambios hacia una mejor calidad en la alimentación como comer mejor, comer cosas que no le gustan, menos sal, comer lo necesario o más nutritivo. Los resultados se ilustran en la Tabla No. 4. Llama la atención que es precisamente el cambio hacia una mayor calidad de alimentos el que presenta el más bajo porcentaje.

TABLA No. 4

Cambios observados en la forma de comer.
Monterrey, N. L. 1996.

CAMBIOS	FRECUENCIA	%
Aumento de cantidad	26	29.2
Disminución de cantidad	21	23.7
Mayor calidad	15	16.8
Ninguno	27	30.3
TOTAL	89	100

FUENTE: FRCAE

n = 89

Al preguntar sobre los alimentos que come ahora que está embarazada, se obtuvieron 45 alimentos distintos que fueron clasificados según la Tabla de Valores Nutricionales Representativos de los Alimentos (Cameron, Hofvander, 1989).

Las frutas y los cereales, fueron los alimentos que más frecuencias alcanzaron (69 y 36, respectivamente) de acuerdo a las respuestas emitidas. La tabla No. 5 ilustra lo descrito.

TABLA No. 5

Alimentos que Consume por el Embarazo Actual.
Monterrey, N. L. 1996.

CLASIFICACION DE LOS ALIMENTOS	F	CLASIFICACION DE LOS ALIMENTOS	F
Cereales y productos derivados	36	Leguminosas y productos derivados	21
Verduras	31	Frutas	60
Raíces, tuberosas y frutas amiláceas	26	Huevo	14
Carne	8	Leche y productos lácteos	30
Azúcares	9	Comidas elaboradas	20

FUENTE: FRCAE

n = 89

El café y la coca cola también fueron mencionados en seis ocasiones cada uno. El renglón de comidas elaboradas fue agregado debido a que son alimentos mezclados con

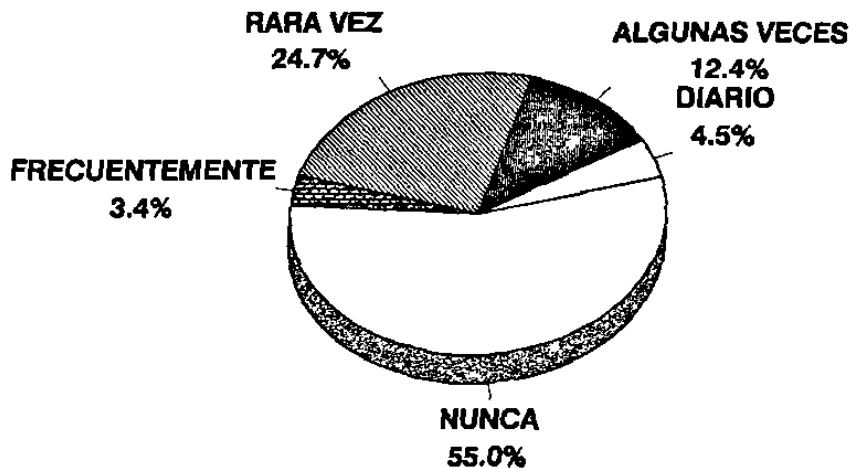
otros para su elaboración, como enchiladas, flautas, caldos con verduras y pollo, entre otros.

Al preguntar sobre el ejercicio, las que nunca, rara vez o algunas veces practican algún ejercicio alcanzaron el 92.2 por ciento de la muestra, es decir, 82 embarazadas permanecen pasivas respecto a este hábito, a pesar de no estar contraindicado en el embarazo excepto en casos que pongan en riesgo el bienestar del binomio madre-hijo

Sólo el 4.5 por ciento aceptó hacer ejercicio diario (Figura No.11).

FIGURA 11

Frecuencia en la Realización de Ejercicio. Monterrey, N.L. 1996

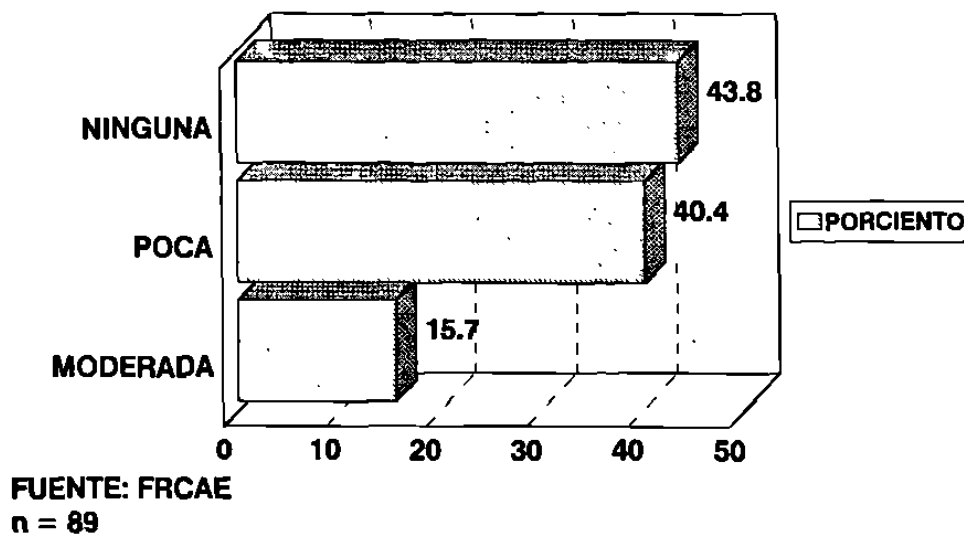


FUENTE: FRCAE
n = 89

Con respecto a la dificultad para eliminación intestinal, de las cuatro opciones que se presentaron, 71.8 por ciento respondieron de moderada a poca, y sólo el 43.8 por ciento, es decir 39 embarazadas respondieron que ninguna (Gráfica No. 12).

FIGURA 12

Dificultad en la Eliminación Intestinal en las Embarazadas. Monterrey, N.L. 1996



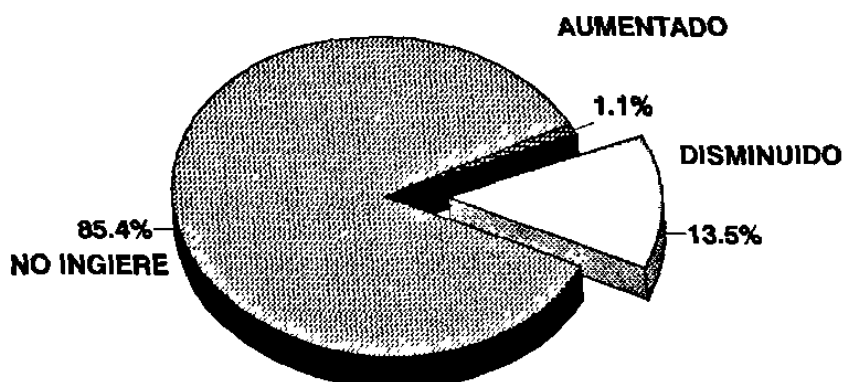
Respecto a la ingesta de alcohol durante el embarazo, 86.5 por ciento negaron contacto con el mismo.

De las pacientes que sí acostumbran las bebidas alcohólicas, sólo una aceptó haber aumentado la costumbre. Las otras 12 pacientes (13.5 por ciento) disminuyeron el hábito (Figura No. 13).

FIGURA 13

Modificación en Ingesta de Alcohol en Embarazadas.

Monterrey, N. L. 1996

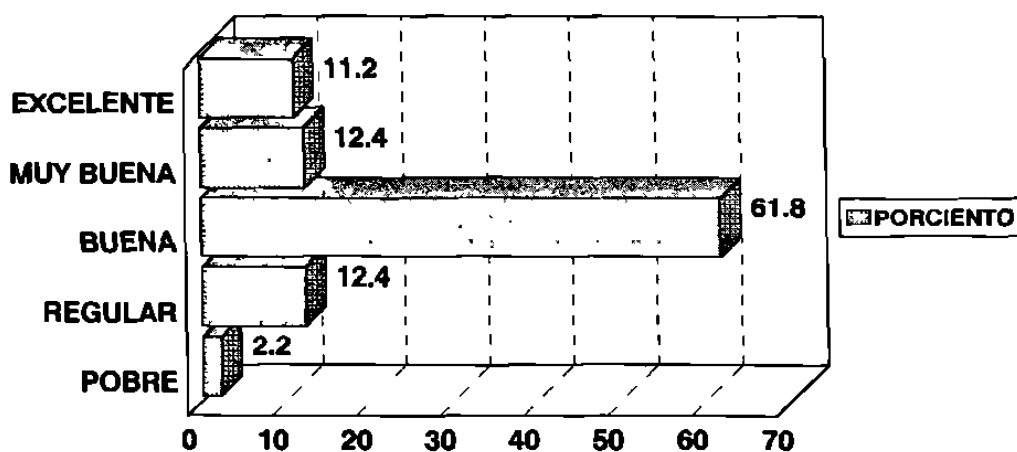


FUENTE: FRCAE
n = 89

Respecto a la forma de vestir 93.3 por ciento, es decir 83 pacientes contestaron que sí necesitaron cambiar su guardaropa por comodidad, esto está relacionado con el 87.3 por ciento de las pacientes cuya edad gestacional declarada fue entre cuatro y nueve meses.

La Figura No. 14 muestra que el 61.8 por ciento consideró su salud como buena, en contraste con el 2.2 por ciento que la aceptó como pobre.

FIGURA 14
Opinión de las Embarazadas Acerca
de su Estado de Salud.
Monterrey, N. L. 1996



FUENTE: SFGHS
n = 89

Otro dato que se obtuvo fue respecto a las ocasiones que debe acudir a control la embarazada según su opinión. En este caso 74 mujeres (83.1 por ciento) respondieron que se debe acudir a control al inicio del embarazo y cada mes.

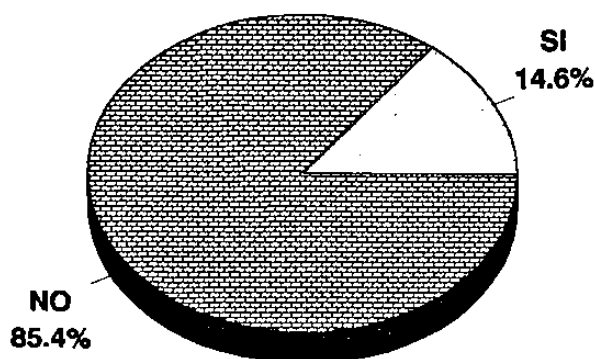
Al preguntar que si se han tenido varios hijos ya se conoce cómo cuidar el embarazo, 67.4 por ciento, es decir 60 personas respondieron que sí.

Respecto al peso se hicieron dos preguntas, una si sabía cuanto había aumentado de peso y si sabía si el aumento estaba de acuerdo con los meses del embarazo. Para la primera pregunta, 82 por ciento, es decir 73 mujeres afirmaron saber el aumento de peso. En tanto 65 mujeres (73 por ciento) aceptaron saber que el aumento de peso concuerda con los meses de embarazo.

También se les preguntó si han cuidado a alguna persona embarazada, a lo que 76 mujeres, que representaron el 85.5 por ciento respondieron que no (fig. 15).

GRAFICA 15

Experiencia de Apoyo a otras Embarazadas Monterrey, N.L. 1996



FUENTE: FRCAE
n = 89

4.3 Comprobación de las Hipótesis

Con el propósito de conocer el grado de relación entre las variables edad, número de embarazos, estado de salud y la capacidad de autocuidado, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r). Se encontraron los siguientes resultados:

Al relacionar la capacidad de autocuidado con el número de embarazos, se encontró una relación negativa baja de $-.2920$, y un valor estadístico de $.005$. La capacidad de autocuidado con el estado de salud, presentó una relación moderada sustancial de $.6334$, y un valor estadístico altamente significativo de $.000$. (Tabla No. 6)

TABLA No. 6

Factores Condicionantes Básicos y Capacidad de Autocuidado Monterrey, N. L. 1996.

Valores estadísticos Capacidad de Autocuidado con:	Correlación r.	Valor de p
Edad	$-.1437$	$.179$
Número de embarazos	$-.2920$	$.005 *$
Opinión del Estado de salud	$.6334$	$.000 *$

$p \leq .05$

$n = 89$

Al relacionar el estado de salud con número de embarazos se obtuvo una relación negativa definida pero baja de $-.3008$ y el valor estadístico fue muy significativo ($.004$).

La relación de la edad con el número de embarazos fue definida pero baja de .3029 y el valor estadístico fue muy significativo (.004).

Para la segunda hipótesis se planteó buscar diferencias en la capacidad de autocuidado de la embarazada por el estado civil, escolaridad, trabajo y servicio de salud. Para ejecutar la inferencia estadística se practicó el Análisis de Varianza, encontrando que al medir los efectos principales, es decir, introducir cada variable en forma independiente, no se encontró diferencia significativa. Pero al efectuar una interacción de las variables, se observaron diferencias significativas entre las siguientes variables: estado civil con trabajo fuera del hogar con una FC = 3.73, FT = 4.00, Gl = 1, (p = .57) y la interacción cuenta con servicios de salud con escolaridad FC = 5.80, FT = 3.15, Gl = 2, con un valor estadístico muy significativo de .005 (Tabla No.7).

TABLA No. 7

Interacción de dos Variables Demográficas y Capacidad de Autocuidado de la Embarazada.
Monterrey, N. L. 1996.

Índice de Capacidad de Autocuidado con:	Suma de Cuadrados	Gl	Cuadrado de las Medias	F Calculada	F Teórica	p
Estado civil/ trabajo	343.789	1	343.789	3.73	4.00	.057 *
Estado civil/servicios de salud	158.572	1	158.572	1.72	4.00	.194
Estado civil/ escolaridad	21.082	2	10.541	.11	3.15	.892
Trabajo/servicio de salud	125.757	1	125.757	1.36	4.00	.246
Trabajo/escolaridad	434.628	2	219.314	2.38	3.15	.100
Servicio de salud/ escolaridad	7069.452	2	534.726	5.80	3.15	.005 *

FUENTE: FRCAE

* p ≤ .05

n = 89

Para la tercera hipótesis se aplicó análisis de varianza para encontrar diferencia en la capacidad de autocuidado de la embarazada por el estado civil, escolaridad, servicios de salud y número de embarazos. Los resultados que se encontraron fueron los siguientes:

Al introducir la variable en forma independiente se observó diferencia significativa en la variable número de embarazos previos con una $FC = 4.53$, $FT = 3.15$, $GI = 2$, ($p = .014$). Sin embargo, al hacerlas interactuar no se presentó diferencia significativa.

TABLA No. 8

Interacción de una Variable Demográfica y Capacidad de Autocuidado Monterrey, N. L. 1996.

Indice de Capacidad de Autocuidado con:	Suma de Cuadrados	GI	Cuadrado de las Medias	F Calculada	F Teórica	p
Estado civil	345.735	1	345.735	3.49	4.00	.066
Escolaridad	2.883	2	1.441	.01	3.15	.096
contar con Servicio de Salud	20.137	1	20.137	.20	4.00	.653
Número de embarazos	896.386	2	448.196	4.53	3.15	.014 *

FUENTE: FRCAE

* $p \leq 0.05$

n = 89

El análisis de varianza efectuado para la cuarta hipótesis que afirma que existe diferencia en el estado de salud de la embarazada por estado civil, escolaridad, trabajo y contar con servicio de salud presentó lo siguiente:

Al introducir la variable en forma independiente la variable estado civil presentó diferencias significativas $FC= 4.06$, $FT = 4.00$, $Gl = 1$, ($p = .047$), sin embargo, en la interacción las variables, el estado civil no tuvo diferencia significativa en ningún cruce (Tabla No. 9).

TABLA No. 9

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y ESTADO DE SALUD. Monterrey, N. L. 1996

Estado de Salud Con:	Suma de Cuadrados	Gl	Cuadrado de las Medias	F Calculada	F Teórica	p
Estado civil	963.888	1	963.888	4.06	4.00	.047 *
Trabajo	233.650	1	233.650	.98	4.00	.324
Contar con Servicio de Salud	237.920	1	237.920	1.00	4.00	.320
Escolaridad	191.244	2	95.622	.43	3.15	.670

FUENTE: FRCAE

* $p \leq 0.05$

n = 89

En cambio, el cruce de dos vías entre servicio de salud y escolaridad presentó una FC = 4.50, FT = 3.15, GI = 2, ($p = .014$). Tabla No. 10.

TABLA No.10

Aspectos Demográficos e Interacción de la Variable trabajo con el Estado de Salud. Monterrey, N. L. 1996.

Estado de Salud con:	Suma de Cuadrados	GI	Cuadrado de las Medias	F Calculada	F Teórica	p
Estado civil/ Trabajo	388.878	1	388.878	1.64	4.00	.204
Estado civil/ servicio de salud	31.191	1	31.191	.13	4.00	.718
Estado civil/ escolaridad	14.833	2	7.417	.03	3.15	.969
Trabajo/ servicio de salud	62.631	1	62.631	.26	4.00	.609
Trabajo/ escolaridad	1133.596	2	566.798	2.39	3.15	.099
Servicio de salud/ escolaridad	2134.635	2	1067.318	4.50	3.15	.014 *

FUENTE: FRCAE

* $p \leq 0.05$

n = 89

La última hipótesis afirma que existe diferencia en el estado de salud de la embarazada por estado civil, escolaridad, trabajo y número de embarazo. Para establecer diferencias entre las variables, se utilizó un análisis de varianza donde se encontraron las siguientes diferencias estadísticas:

Cuando se introdujo cada variable en forma independiente al estado civil tuvo una FC = 5.84, FT = 4.00, Gl = 1, con un valor estadístico de .018, el número de embarazos obtuvo una FC = 4.96, FT = 3.15, Gl = 2, con un valor estadístico muy significativo de .010. Los resultados están ubicados en la Tabla No. 11.

TABLA No.11.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y EL NÚMERO DE EMBARAZOS CON EL ESTADO DE SALUD. Monterrey, N. L. 1996.

Estado de Salud con:	Suma de Cuadrados	Gl	Cuadrado de las Medias	F Calculada	F Teoría	p
Estado civil	1340.847	1	1340.847	5.84	4.00	.018 *
Escolaridad	189.007	2	94.504	.41	3.15	.664
Servicio de salud	40.788	1	40.788	.17	4.00	.675
Número de embarazos	2276.262	2	1138.131	4.96	3.15	.010* *

FUENTE: FRCAE

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

n = 89

Al efectuarse el cruce de variables con interacción de dos vías la variable estado civil continuó presentando diferencia estadística con respecto a la variable servicio de salud con FC = 3.96, FT = 4.00, Gl = 1, y un valor estadístico de .050 y al cruzarse estado

civil con número de embarazos se obtuvo una $FC = 3.47$, $FT = 3.15$, $GI = 2$ y un valor estadístico de .037.

CUADRO No.12.

Aspectos Demográficos e Interacción de la Variable Número de Embarazos con el Estado de Salud. Monterrey, N. L. 1996.

Estado de Salud Con:	Suma de Cuadrados	GI	Cuadrado de las Medias	F Calculada	F Teórica	p
Estado civil/ escolaridad	711.364	2	355.682	1.55	3.15	.219
Estado civil/ Servicio de salud	908.940	1	908.940	3.96	4.00	.050 *
Estado civil/ número de embarazos	1591.523	2	795.762	3.47	3.15	.037 *
Escolaridad/ servicios de salud	907.484	2	453.742	1.97	3.15	.146
Escolaridad/ número de embarazos	1180.773	4	295.193	1.28	2.52	.284
Servicio de salud/ número de embarazos	405.168	2	202.584	.88	3.15	.418

FUENTE: FRCAE

* $p \leq 0.05$

n = 89

Finalmente, la Escala utilizada para el Estado de Salud (MOS, subescalas de salud mental, MH, y percepción de la salud, HP) y la Escala para Estimar la Capacidad de Autocuidado (ASA-1) se manejaron con índices individuales, el valor promedio para el último fue de 69.77, en tanto el valor promedio para el de estado de salud fue de 70.59.

CAPITULO 5

DISCUSION

5.1 Interpretación de Resultados.

La situación en el cuidado materno ha sido por mucho tiempo preocupante para los prestadores de servicio, pues aunque se observan logros, las metas para alcanzar la disminución de la morbilidad constituyen un reto debido a que existen factores que interfieren con el trabajo del gobierno, instituciones de salud y población misma. Explorar la capacidad de autocuidado en esta población y su relación con variables específicas podría marcar pautas para programas futuros; en este sentido, el presente trabajo demostró que la capacidad de autocuidado de las embarazadas y su relación con el estado de salud como factor de condicionamiento básico presentó una correlación moderada sustancial de .6334 y significancia de .000, lo que demuestra la importancia de considerar aquellos aspectos sociodemográficos y culturales como elementos que tienen una influencia directa en la conservación de la salud. Esta misma relación fue encontrada por Hart (1995), quien al utilizar la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem en mujeres embarazadas, encontró que los factores de condicionamiento básico influyen positiva y directamente con el cuidado a la salud.

Lo anteriormente señalado concuerda con la propuesta de Orem en relación a que los Factores Condicionantes Básicos permiten cubrir requisitos de autocuidado de las

personas, y que estos a su vez, tienen que ver con adecuaciones de las Capacidades de Autocuidado de acuerdo a condiciones o acontecimientos individuales, como es el caso de las embarazadas (Orem, 1993).

Contrario a lo esperado se encontró que el número de embarazos tuvo una relación negativa baja pero muy significativa con el estado de salud, hallazgo que concuerda con lo encontrado por Poma (1987) cuando en un estudio del embarazo en la mujer hispana describió un rango de nacimientos y de fertilidad mayor que el promedio y que afectó la salud del binomio madre-hijo.

Por otro lado, contar con un servicio de salud y la escolaridad fueron estadísticamente significativas con ($p = .005$) en relación al índice de capacidad de autocuidado ya que la F calculada fue diferente a lo esperado ($FT = 3.15$ y $FC = 5.80$). Esta situación se volvió a evidenciar cuando las mismas variables interaccionaron con el estado de salud y se obtuvo un valor estadístico muy significativo de $.014$, y una $FC = 4.50$. Al respecto Bobadilla (1988) encontró que a nivel individual la educación es importante para el uso de los recursos de salud pues la educación a niveles elementales de la madre generó uso eventual de los recursos y por tanto un control inadecuado del período perinatal. Zolla y Mellado (1995), por su parte afirman que mientras más elevado sea el grado de escolaridad de las personas, mayor semejanza guardan sus conocimientos en torno al embarazo, por lo que se esperaría una relación directa entre los conocimientos y las prácticas de salud que se llevan a cabo en relación con el embarazo.

A pesar que la deficiencia nutricional desencadena complicaciones serias en el embarazo por el incremento en las necesidades alimenticias, en este estudio las embarazadas

refirieron haber aumentado en un 29.2 por ciento la cantidad de los alimentos pero únicamente el 16.8 por ciento mejoró la calidad de los mismos. Este hallazgo concuerda con lo encontrado por Hartweg (1993) en donde las mujeres tampoco identificaron la nutrición como importante para su salud durante el embarazo.

El estado civil y el número de embarazos son variables demográficas que con frecuencia se utilizan para valorar su relación con el estado de salud del individuo. Alarcón (1993) afirma que los embarazos múltiples afectan a toda la familia y ponen en riesgo la vida de la mujer y el producto, por lo que se ha buscado disminuir la multiparidad; además encontró que desde 1987, la mortalidad materna presentó una clara y sostenida tendencia descendente en México.

Por su parte Hartweg (1993) encontró que el número de hijos obtuvo una F de 8.49 y un valor estadístico muy significativo y además esta variable explicó el 6 por ciento de la varianza de su estudio efectuado con mujeres de edad media.

En el presente estudio el 80.9 por ciento de las mujeres refirió tener pareja y del total de la muestra 71.9 por ciento tuvo por lo menos un embarazo. En interacción individual, es decir, cuando se relacionó sola con el estado de salud, estadísticamente el estado civil obtuvo una FC de 5.84, FT = 4.00, GI = 1 y el valor estadístico muy significativo (.018). A su vez, el número de embarazos presentó una FC = 4.96, FT = 3.15, GI = 2 y su valor estadístico fue muy significativo de .010. Además, en interacción de dos vías, juntas las dos variables, estado civil y número de embarazos, presentaron una FC = 3.47, FT = 3.15, GI = 2 y un valor estadístico de .037, con lo que se puede afirmar

que existe diferencia en el estado de salud de las mujeres con las condiciones antes referidas con respecto a la muestra.

El 61.8 por ciento de las mujeres refirieron contar con algún servicio de salud, sin embargo el 88.8 por ciento aceptó llevar control de su embarazo lo que permite ver que aún que no cuente con ese servicio, es buscado por las mujeres en período gestacional, preferentemente en los últimos trimestres. En el mismo sentido en un estudio realizado por Alarcón en 1993, encontró que de 1985 a 1991 se incrementaron las consultas prenatales en un 50 por ciento.

El estudio permitió conocer que el estado de salud percibido por las mujeres se relaciona significativamente con la Capacidad de Autocuidado, situación que de alguna manera puede confirmar que las que acuden a recibir atención tienen mejor percepción de salud ya que ésta respondió a un 88.8 por ciento.

5.2 Conclusiones

- La Teoría de Autocuidado de Orem es de gran utilidad para explorar la Capacidad que las mujeres embarazadas tienen en relación al cuidado de su salud.
- El Estado de Salud guardó una relación positiva y directa respecto a la Capacidad de Autocuidado de las embarazadas.
- La edad y número de embarazos permitieron, conocer resultados contrarios a los esperados, con una relación negativa para capacidad de autocuidado.

- Para el cuidado de la salud de la mujer embarazada es necesario un adecuado control del número de embarazos, así como la regulación del control prenatal.
- La edad no tuvo significancia respecto a la capacidad de autocuidado.
- La forma en la que la mujer embarazada percibió su estado de salud influyó en su capacidad de autocuidado.
- El perfil sociodemográfico que se obtuvo fue el siguiente: a) la edad de las mujeres osciló entre 17 y 39 años, b) el 80.9 por ciento de ellas refirió vivir con pareja, c) el 84.3 por ciento cuenta por lo menos con estudios de secundaria completa, d) el 59.6 por ciento no trabaja fuera del hogar, e) el 93.3 por ciento estuvieron entre el segundo y tercer trimestre de embarazo.

5.3 Recomendaciones

1. Continuar con la utilización de la Teoría de Autocuidado de Orem para investigaciones futuras en el área Materno Infantil, pues a pesar de haberse probado su utilidad en otros contextos, en esta área es escasa la referencia.
2. Efectuar investigaciones similares proando otros Factores Condicionantes Básicos que influir en la Capacidad de Autocuidado de la mujer gestante.
3. Se recomienda que la enfermera que se dedica a la atención directa del paciente dirija su cuidado tomando en consideración las percepciones que las mujeres embarazadas tengan de su propio estado de salud.

4. Efectuar estudios longitudinales donde se realicen observaciones directas para identificar la capacidad de autocuidado de las mujeres durante el embarazo y su relación con los factores condicionantes básicos.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcón, N Salud Reproductiva. Revista Médica el IMSS. 31, 1993.
- Blanco, Julia R. Hernández, A. Montiel, y otros Mortalidad Materna en el área Huichol del Estado de Jalisco, México. Salud Pública, 36, (3), Mayo-Junio, 1994.
- Bobadilla, J. L. Los Efectos de la Atención Médica en la Supervivencia Perinatal. Salud Pública de México, 30, (3), 1988.
- Bronfman, Mario y R. Castro. Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión. Cuadernos de Salud Pública. 9, (3), 1993.
- Bruk, Martha, P. Wieser y L. Keegan. Cultural Beliefs and Health Behaviors of Pregnant Mexican-American Women: Implications for Primary Care. Advances Nursing Science. 17, (4). Aspen Publishers, Inc. 1995.
- Cameron, M, Y, Hofvander. Manual para Alimentación de Infantes y Niños Pequeños. Ed. Pax, México, 1989.
- Estrada Antonio L. F. M. Treviño, L. A. Ray Health Care Utilization Barriers Among Mexican Americans: Evidence from HHANES 1982-84. AJPH. 80, December, 1990.
- Finger W: R. Millones Afectedos por Morbilidad Materna. Network en Español. Trad. Guillermo Baserva de Family Health International, Abril, 1994.
- Gallegos Esther C. Validación de la Escala: Capacidades para el Autocuidado con Población Mexicana. Investigación inédita. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey N. L. México, 1995.
- Gast, B. M. J. Denyes, J. C. Campbell, D. L. Hartweg, D. Schott-Baer, M. Isenberg. Self-care Agency: Conceptualizations and Operationalizations. Advances Nursing Science. 12, (1), 1989.
- González Soledad. Las mujeres y la salud. Compliación. Colegio de México. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, 1995.
- Griffith, J y P. Christensen. Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Modelos. 3er. Reimpresión, Ed. Manual Moderno, México, 1993.
- Hart, M. A. Orem's Self-care Deficit Theory Research With Pregnant Women. Nursing. Science Quaterly O. 8, (3), Fall, 1995.

- Hartweg, Donna. Self-care Actions of Healthy Middle-age Women to Promote Wellbeing. Nursing Research, 42, (4), 1993.
- Hernández, Maricela. M. Alvarado, V. soto. Análisis Psicosocial de Experiencias Comunitarias de Educación en Salud. Salud Pública de México, 36, (3), Mayo-Junio, 1994.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México, 1994.
- Isenberg, Marjorie A. Desarrollo de la Teoría de Enfermería y su Aplicación a la Práctica. XIV Reunión de Licenciados en Enfermería Teorías y Modelos para la Profesionalización en Enfermería, 1993.
- López, Julia. Aspectos Sociales que Influyen en la Capacidad de Autocuidado de Mujeres con Histerectomía. Tesis inédita de Maestría en Enfermería. Monterrey, N. L. 1995.
- Mellado, Virginia, C. Zolla. La Función de la Medicina Doméstica en el Medio Rural Mexicano. En González Soledad. Las mujeres y la salud. Compliación. Colegio de México. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, 1995.
- Olds, Sally B. M. London y P. A. Ladewing. Enfermería Materno infantil. Un Concepto Integral Familiar. Ed. Interamericana, México, 1990.
- OPS/OMS, México, un Esfuerzo Conjunto para el Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud. Educación Médica y Salud, Julio-Septiembre, 1994.
- Orem, Dorothea E. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica. Masson-Salvat Enfermería, 1993.
- Orem, Dorothea, 1991. Citada en Isenberg, Marjorie A. Desarrollo de la Teoría de Enfermería y su Aplicación a la Práctica. XIV Reunión de Licenciados en Enfermería Teorías y Modelos para la Profesionalización en Enfermería, 1993.
- Orem, Dorothy. Nursing. Concepts of Practice. Ed. Mosby, Missouri, 1995.
- Pérez-Loredo Luz. Notas Sobre el Proceso Histórico-social de Enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 5, (1), Enero-Abril, 1992.
- Polit, D y B. Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4º Ed. Ed. Interamericana, México, 1995.
- Poma, Pedro. Pregnancy in Hispanic Women Journal of the National Medical Association. 79, (9), 1987.

- Potter, J. E. Utilización de los Servicios de Salud Materna en el México Rural. Salud Pública de México, 30, (3), 1988.
- Reeder, Sharon, L. Martin Enfermería Materno Infantil. La Familia, el Neonato y el Cuidado de la salud de la mujer. Decimosexta edición. Harla, México, 1992.
- Rosenstock Y. Historical Origns of Health Belief Model. Health Education Monographs 2, 4, (1974). Citado por Quintero, A. L. Creencias de la Mujer Embarazada Asociados al Cuidado Prenatal. Tesis inédita Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, 1995.
- Salinas, A. M., C. Martínez y J. Pérez. Percepción de Sintomatología Comun Durante el Embarazo, Puerperio y Lactancia. Salud Pública de México, 33, (3), Mayo-Junio, 1991.
- Sanders-Phillips, Kathy. Health Promotion Behavior in Low Income Black and Latino Women. Women & Health, 21, (2/3), 1994.
- Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud, 1987.
- Stonebraker, D. H. The Relationship between Self-care Agency. Self-care and Health in the pregnant Adolescent, 1994.
- Szazs, Ivonne. Condiciones Sociales de la Mujer y la Salud. Las mujeres y la salud. Colegio de México; Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, 1995.
- Torres S. Nursing Care of Low Income Battered Hispanic Pregnant Women. AWHONN'S. Clin. Issues, 4, 1993.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECRETARÍA DE POSTGRADO**

**ESTUDIO: FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS**

Datos de identificación

No. de Cuestionario: _____

INSTRUCCIONES: Escuche cada una de las siguientes preguntas e indique la respuesta que sea apropiada para usted.

Domicilio: _____

A. FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO

1. Edad: _____

2. Estado civil:

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. Madre Soltera | 4. Divorciada |
| 2. Casada | 5. Separada |
| 3. Unión Libre | 6. Viuda |

3. ¿Actualmente su pareja vive con usted?

1. Sí
2. No

4. Escolaridad:

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. No sabe leer y escribir | 6. Secundaria completa |
| 2. Sabe leer y escribir | 7. Técnica o comercio |
| 3. Primaria incompleta | 8. Preparatoria incompleta |
| 4. Primaria completa | 9. Preparatoria completa |
| 5. Secundaria incompleta | 10. Profesional |

5. ¿Trabaja fuera del hogar ?

- | | | | | | |
|--------|-----------------------|----|----|----|-------------|
| 1. Sí. | Horas a la semana: 40 | 30 | 20 | 10 | Menos de 10 |
| 2. No. | | | | | |

6. ¿Cuántos embarazos anteriores ha tenido ?

- | | | | |
|---|---|---|----------|
| 0 | 1 | 2 | más de 2 |
|---|---|---|----------|

7. ¿Cuántos meses de embarazo tiene ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

8. ¿Acude usted a control de su embarazo ?

1. Sí
2. No

9. Quién le ayuda en los cuidados de su embarazo ?

1. Nadie
2. Esposo
3. Familiares
4. Amigos
5. Vecinos

10. ¿Qué cambios ha observado en su forma de comer ?

11. Señale por lo menos tres alimentos que come ahora que está embarazada y antes no.

12. Cuando acude a control, la atención que le proporcionan la considera

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

13. ¿Cuenta usted con servicios de salud ?

1. Sí Cuál ? : _____
2. No

14. Ha tenido que cambiar su forma de vestir ?

1. Si
2. No

15. Practica algún ejercicio:

1. Nunca
2. Rara vez
3. Algunas veces
4. Frecuentemente
5. Diario

16. ¿Acostumbra ingerir bebidas alcohólicas ?

1. Sí
2. No

17. ¿Han cambiado sus hábitos respecto al alcohol con el embarazo ?

1. Disminuyendo
2. Aumentando
3. No aplica

B. ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Para cada pregunta indique la respuesta que mejor refleje su salud.
Señale la respuesta que mejor lo describa a usted.

18. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Pobre

19. Durante el mes pasado, ¿qué tanto tiempo ha sido usted una persona nerviosa ?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco Tiempo	Nada de Tiempo
----------------	---------------------------	----------------------------	-----------------	-------------	----------------

20. Durante el mes pasado, ¿qué tanto tiempo se ha sentido calmada y en paz ?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco Tiempo	Nada de Tiempo
----------------	---------------------------	----------------------------	-----------------	-------------	----------------

21. Durante el mes pasado, ¿qué tanto tiempo se ha sentido usted una persona triste, (apachurrada) o deprimida ?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco Tiempo	Nada de Tiempo
----------------	---------------------------	----------------------------	-----------------	-------------	----------------

22. Durante el mes pasado, ¿qué tanto tiempo ha sido usted una persona feliz ?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco Tiempo	Nada de Tiempo
----------------	---------------------------	----------------------------	-----------------	-------------	----------------

23. ¿Qué tan frecuente, durante el mes pasado, se ha sentido tan deprimida que nada la puede animar ?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco Tiempo	Nada de Tiempo
----------------	---------------------------	----------------------------	-----------------	-------------	----------------

24. Estoy algo enferma:

Totalmente cierto	Algo cierto	No estoy	Algo falso	Totalmente Falso
-------------------	-------------	----------	------------	------------------

25. Estoy tan saludable como cualquier persona sana que conozco:

Totalmente cierto	Algo cierto	No estoy	Algo falso	Totalmente Falso
-------------------	-------------	----------	------------	------------------

26. Mi salud es excelente:

Totalmente cierto	Algo cierto	No estoy	Algo falso	Totalmente Falso
-------------------	-------------	----------	------------	------------------

27. Me he sentido mal últimamente:

Totalmente cierto	Algo cierto	No estoy	Algo falso	Totalmente Falso
-------------------	-------------	----------	------------	------------------

C. CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

ESCALA PARA ESTIMAR LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO.

INSTRUCCIONES:

Los enunciados que se listan a continuación son utilizados por algunas personas para describirse a sí mismas. Por favor escuche cada uno de ellos, indique el número que corresponda al grado que mejor lo describe a usted. No hay respuestas correctas o

incorrectas, pero asegúrese de que selecciona el número que mejor le corresponda a su persona.

	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
28. Conforme cambia mi vida, hago cambios para mantenerme sana.					
29. Por lo general checo si las medidas que tomo para mantenerme sana son las adecuadas.					
30. Si no me puedo mover con facilidad hago los cambios o ajustes necesarios					
31. Tomo las medidas necesarias para mantener higiénico mi medio ambiente.					
32. Cuando es necesario hago cambios en mi forma de vida para mantenerme sana					
33. Casi siempre tengo la energía suficiente para cuidarme como debiera.					
34. Busco mejores formas de cuidarme a mí misma.					
35. Puedo ajustar la frecuencia con que me baño a fin de mantenerme limpia.					
36. Me alimento de manera que mantenga mi peso a un buen nivel.					
37. Cuando es necesario me las arreglo para estar a solas.					
38. Con frecuencia pienso en tomar tiempo para hacer ejercicio durante el día, pero nunca lo hago.					
39 Con frecuencia pienso en Tomar tiempo para descansar durante el día, pero nunca lo hago.					

	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuer do ni de acuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
40. A través de los años he hecho amigos a los que puedo llamar cuando necesito ayuda					
41. Generalmente duermo lo suficiente para sentirme descansada.					
42. Cuando recibo información sobre mi salud generalmente pido que me expliquen las palabras que no entiendo					
43. Generalmente examino mi cuerpo para ver si hay cambios.					
44. Si debo tomar una nueva medicina busco información sobre los efectos no esperados.					
45. En el pasado he cambiado algunos de mis viejos hábitos para mejorar mi salud.					
46. Habitualmente me aseguro de que mi familia y yo estemos a salvo.					
47. Regularmente checo la utilidad de lo que hago para mantenerme sana.					
48. En las actividades de mi vida diaria generalmente me doy el tiempo para cuidarme a mí misma					
49. Cuando mi salud se ve en peligro soy capaz de buscar la información que necesito.					
50. Busco ayuda cuando no puedo cuidarme sola.					
51. Casi nunca tengo tiempo para mí.					
52. Debido a que no puedo movilizarme con facilidad, no siempre puedo cuidarme como me gustaría.					

INSTRUCCIONES: Escuche cada una de las siguientes preguntas e indique la respuesta que sea apropiada para usted.

53. ¿Cuántas veces ha acudido al médico en el presente embarazo?

54. Durante el embarazo, ¿cuándo considera que debe acudir a control ?

1. Al inicio y al final
2. Al inicio y cada mes
3. Cada tres meses y al final
4. Cuando necesite pase al hospital
5. Cuando me sienta mal

55. ¿Considera que si una mujer ha tenido varios hijos ya conoce cómo cuidar su embarazo ?

1. Sí
2. No

56. ¿Ha cuidado a alguien embarazada ?

1. Sí
2. No

57. ¿Qué tanta dificultad tiene para hacer del baño ?

1. Mucha
2. Moderada
3. Poca
4. Ninguna

58. Sabe cuánto ha aumentado de peso ?

1. Si
2. No

59. ¿Sabe si el aumento de peso está de acuerdo con los meses de embarazo ?

1. Sí
2. No

Apéndice B

CONTRATO DE PARTICIPACION EN INVESTIGACION

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

O en su defecto s representante legal:

y por la investigadora Lic. Patricia I. del S Gómez Aguilar (responsable de la Investigación).

CLAUSULAS:

1. Ha recibido una explicación clara y completa a cerca de:
 - a) La justificación del estudio así como los objetivos de la investigación.
 - b) Los procedimientos que van a usarse y su propósito.
 - c) Los beneficios que puede esperar de la investigación.
 - d) La garantía de que recibirá respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento.
 - e) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se cree prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
 - f) La seguridad de que no le identificará y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Acepto ser estudiado

Testigo

Testigo

Apéndice C

Puntos de Orientación para el Encuestador Auxiliar.

1. Solicitar la participación y autorización verbal de cada persona a encuestar.
2. Estimar el tiempo aproximado de la entrevista.
3. Explicar en forma general el tipo de información que se requerirá.
4. Puntualizar que la información proporcionada respetará el anonimato.
5. Leer claro y pausado.
6. Repetir las preguntas las veces que sea necesario para la paciente.
7. **NO** explicar las preguntas que refiera la encuestada para evitar sugerir las respuestas.
8. Proporcionar la réplica en grande de las opciones de cada escala utilizada, al momento de medirla.

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Patricia Isolina del Socorro Gómez Aguilar

Cantidata para el Grado de

Maestra en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria

**Tesis: FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS.**

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud.

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Mérida, Yucatán el 29 de Febrero de 1964, hija de Profr. José Manuel Gómez Basto y Profra. Dulce María del Socorro Aguilar Mendoza.

Educación: Egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán, estudios realizados: Enfermera en 1986, Licenciatura en Enfermería en 1990. Egresada de la Facultad de Educación de la Universidad Autónoma de Yucatán, estudios realizados: Especialidad en docencia en 1991. Egresada de la Escuela Normal Superior de Yucatán, estudios realizados: Licenciada en Educación Media Básica con Especialidad en Ciencias Naturales en 1987.

Experiencia Profesional: Enfermera en el Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado Delegación Yucatán hasta 1993, Enfermera en el Instituto Mexicano del Seguro Social desde 1988 y Profesor Asociado A de Medio Tiempo en la Universidad Autónoma de Yucatán desde 1992.

