

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN UNA AREA URBANO
MARGINADA DE APODACA, NUEVO LEON**

Por

LIC. MABEL ELIZABETH GUEVARA HENRIQUEZ

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Materno Infantil Pediátrica**

Julio de 1997

1905

1905

1905

1905

1905

ALLIQUICLIIDADDO ENNADDO EISSCENNTES

EMBARAZADAS EN UN AURRIBANNO

MARGINA DOA DE APPODAVO LEON

1905

1905



1080071204

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS EN UNA AREA URBANO
MARGINADA DE APODACA, NUEVO LEON

Por

LIC. MABEL ELIZABETH GUEVARA HENRIQUEZ

LIC. MABEL ELIZABETH GUEVARA HENRIQUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Materno Infantil Pediátrica

Julio de 1997



POSIF

TM
RF556
.5
G8



F NDU
TESIS

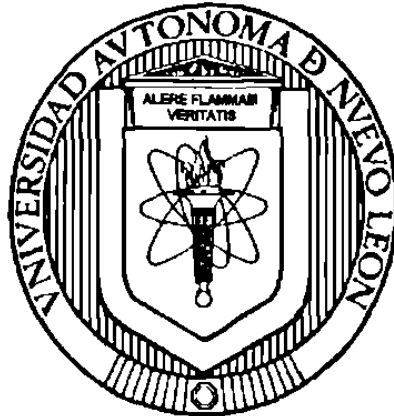
71204



FON
TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN UNA ÁREA URBANO MARGINADA DE
APODACA, NUEVO LEÓN**

Por

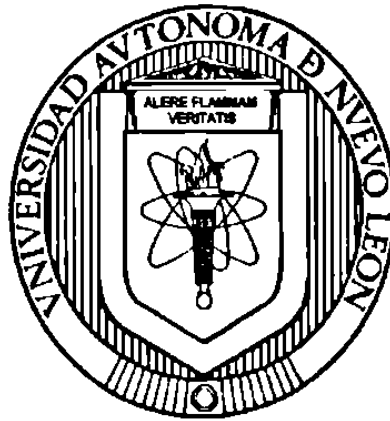
Lic. MABEL ELIZABETH GUEVARA HENRIQUEZ

**Como requisito parcial para obtener el Grado
MAESTRA EN ENFERMERIA
con Especialidad en Materno Infantil Pediátrica**

JULIO, 1997

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN UNA ÁREA URBANO MARGINADA DE
APODACA, NUEVO LEÓN**

Por

Lic. MABEL ELIZABETH GUEVARA HENRIQUEZ

ASESOR

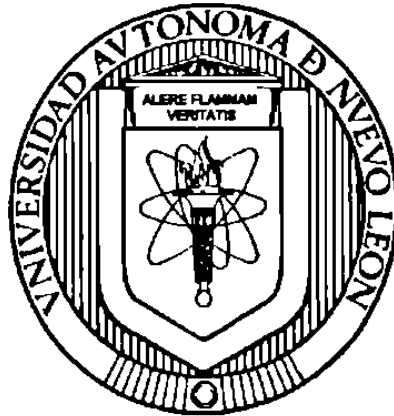
Lic. MAGDALENA ALONSO CASTILLO M.S.P.

**Como requisito parcial para obtener el Grado
MAESTRA EN DE ENFERMERIA
con Especialidad en Materno Infantil Pediátrica**

JULIO, 1997

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN UNA ÁREA URBANO MARGINADA DE
APODACA, NUEVO LEÓN**

Por

Lic. MABEL ELIZABETH GUEVARA HENRIQUEZ

ASESOR

Lic. MAGDALENA ALONSO CASTILLO M.S.P.

ASESOR ESTADÍSTICO

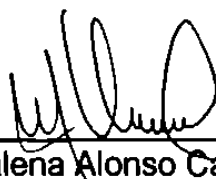
Dr. MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA Ph.D.

**Como requisito parcial para obtener el Grado
MAESTRA EN DE ENFERMERIA
con Especialidad en Materno Infantil Pediátrica**

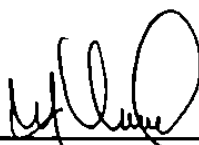
JULIO, 1997

AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN UN ÁREA URBANO MARGINADA DE
APODACA, NUEVO LEÓN

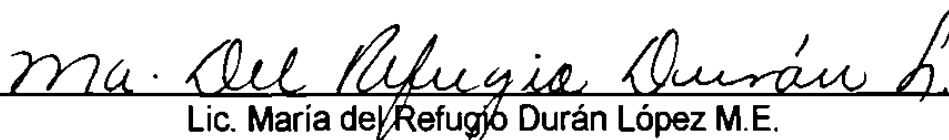
Aprobación de la Tesis




Lic. Magdalena Alonso Castillo M.S.P.
Asesor de Tesis



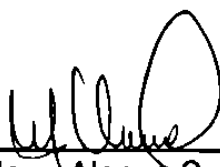
Lic. Magdalena Alonso Castillo M.S.P.
Presidente



Lic. María del Refugio Durán López M.E.
Secretario



Dr. Marco Vinicio Gómez Meza Ph.D.
Vocal



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

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a:

Fundación W. K. Kellogg por: la labor filantrópica, beca concedida, la oportunidad y constante apoyo que me brindo, para realizar estudios de maestría en enfermería e intercambio profesional y cultural, hecho que me ha permitido alcanzar mayor desarrollo profesional y personal.

Al **Dr. Francisco Tancredi** por la oportunidad y por ser mi asesor.

Universidad Nacional de Trujillo - Perú, Facultad de Enfermería y al Departamento Académico de la Mujer y el Niño, por su apoyo y confianza en mi persona, en especial a las **Lic. Esmilda Castillo y Noemí Díaz** y a todo el personal docente de la facultad por su amistad.

Proyecto UNI – Trujillo, en la persona del **Dr. Julio Vásquez Vargas**.

A la **Facultad de Enfermería de la UANL** en especial a la **Secretaria de Posgrado** por su aceptación al programa de Maestría en Enfermería y por todo lo que me brindaron.

Lic. Magdalena Alonso Castillo por su amistad y por su valioso asesoramiento para la elaboración de la tesis.

Lic. María del Refugio Durán López por su amistad, apoyo y por ser mi asesor ante la **Fundación W. K. Kellogg**.

Dr. Marco Vinicio Gómez Meza, Ph.D por su valiosa asesoría estadística.

A los maestros de la **Facultad de Enfermería de la UANL**, en especial a la **Lic. Bertha Cecilia Salazar y Dra. Charlotte Rappsilber** por su amistad y sus conocimientos que me brindaron; al personal administrativo de la biblioteca: **Maribel, Roxana, Nidia, Eladia, Gustavo, Miguel y Marla** y a las **Lic. Ana María Castillo y Virginia López** por su apoyo, su amistad y al personal de intendencia.

A todas mis compañeras (os) de maestría y en especial a: **Angélica, Teresita, Luxana, Claudia, Víctor, Verónica, Liliana, Magda y Julia** por sus experiencias profesionales, su amistad y por compartir conmigo momentos agradables y difíciles.

Lic. Javier Suárez, y a la **Lic. Rosa Velia Castillo**. por su valioso apoyo.

Lic. Dacia Rueda por su amistad y asistencia técnica.

A todo el personal de la **Clínica Universitaria de Pueblo Nuevo de Apodaca** por las facilidades brindadas y su amistad.

A las **Lic. Julieta Aguilar y Patricia Moreno**

A todas las **Adolescentes** que participaron en el estudio por su colaboración.

A las familias **Treviño Castillo, Castillo Cisneros, Heredia Cáceres, Garza González y Moreno Mijares** por su amistad y su invaluable apoyo.

DEDICATORIAS

A **Dios** por la vida, por ser mi guía, mi refugio y por todo lo que me permite vivir.

A mi Mamá **Sra. Candelaria Henríquez Bustamante** por su amor, cariño, comprensión y por ser mi mejor amiga.

A mis hermanos **Jorge, Rosario, Jenny** y muy en especial a **Nelver Arturo** por su cariño, comprensión y constante apoyo.

A mi Papá **Sr. Víctor Guevara** y su esposa **Etelgiba Díaz de Guevara**, a mis hermanos, **Jorge, Luis, Miriam, Yeimy** y **Ethel** por su cariño.

A mis Tías **Zenaida, Esperanza, Alvina, Rosalía[†]** y **Consuelo** por todo su cariño y apoyo que me brindan.

A mi gran amiga y comadre **Rosario Huertas de Koga** y a toda familia **Huertas Angulo** por su amistad, cariño y apoyo en todo mi desarrollo profesional.

A mi prima **Nelly Gutiérrez** por su amistad y apoyo que me brindó en la distancia.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema	2
Pregunta de Investigación	5
1.2 Hipótesis	5
1.3 Objetivos	6
1.4 Importancia del Estudio	7
1.5 Limitaciones del Estudio	7
1.6 Definición de Términos	8
2. MARCO TEORÍCO CONCEPTUAL	11
2.1 Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado.....	11
2.1.1 Conceptos de la Teoría	13
2.1.2 Ubicación del Problema en la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado	17
2.1.2.1 Factores Condicionantes Básicos	18
2.1.2.2 Capacidades de Autocuidado	20
2.1.2.3 Acciones de Autocuidado	24
2.2 Adolescentes Embarazadas	26
2.3 Estudios Relacionados	28
2.3.1 Estudios Cuantitativos	28
2.3.2 Estudio Cualitativo	31

3. METODOLOGÍA	33
3.1 Diseño de Investigación	33
3.2 Sujetos	33
3.3 Material	34
3.4 Procedimiento	37
3.5 Ética del Estudio	40
4. RESULTADOS	41
4.1 Datos Descriptivos	41
4.2 Análisis Estadístico	54
4.2.1 Estadísticas Descriptivas	54
4.2.2 Datos Correlacionales	55
4.2.3 Estadísticas Inferenciales	56
4.2.3.1 Prueba de Kruskal Wallis	56
4.2.3.2 Prueba de Hipótesis	62
5. DISCUSIÓN	70
5.1 Conclusiones	80
5.2 Recomendaciones	81
REFERENCIAS	83
APÉNDICES	
APÉNDICE A.- INSTRUMENTO FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS	87
APÉNDICE B.- ESCALA PARA ESTIMAR CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO	91
APÉNDICE C.- INSTRUMENTO ACCIONES DE AUTOCUIDADO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS	94

APÉNDICE D.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	96
APÉNDICE E.- CONTRATO DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN.....	103

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
1.	Características y Cronbach Alfa de las subescalas y de Escala Total de FCBAE	35
2.	Características y Cronbach Alfa de EECA	36
3.	Características y Cronbach Alfa de AACAE	37
4.	Sistema Familiar de las Adolescentes Embarazadas.....	46
5.	Orientación Sociocultural de las Adolescentes Embarazadas.....	47
6.	Adecuación y Disponibilidad de Recursos de las Adolescentes Embarazadas	48
7.	Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado	49
8.	Requisitos Universales de Alimentación de las Adolescentes Embarazadas	51
9.	Requisitos Universales Eliminación Urinaria Intestinal de las Adolescentes Embarazadas	52
10.	Requisitos Universales de Prevención de Peligros de las Adolescentes Embarazadas.....	52
11.	Requisitos de Desarrollo de las Adolescentes Embarazadas.....	53
12.	Medidas Descriptivas a los FCBAE, EECA, AACAE	54
13.	Coeficiente de Correlación y Significancia entre los FCBAE, EECA, AACAE a través del Índice de Correlación de Spearman de las Adolescentes Embarazadas.....	55

Tabla	Página
14. Prueba de Kruskal Wallis	56
15. Medias para las Combinaciones Viven con Pareja - Posición de la Adolescente en la Familia con Sistema Familiar	57
16. Medias para las Combinaciones Período de Gestación – Posición de la Adolescente en la Familia – Edad – Escolaridad con Orientación Sociocultural	58
17. Análisis de Varianza para el Modelo de Lineal Regresión Múltiple cuando la Variable Dependiente es Capacidad de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas	62
18. Estimaciones en el Modelo de Regresión Lineal Múltiple cuando la Variable Dependiente es Capacidad de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas	63
19. Análisis de Varianza para el Modelo de Regresión Lineal Múltiple cuando la Variable Dependiente es Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas	64
20. Estimaciones en el Modelo de Regresión Lineal Múltiple cuando la Variable Dependiente es Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas	65
21. Análisis de Varianza para el Modelo de Regresión Lineal Simple cuando la Variable Dependiente es Acciones de Autocuidado de las adolescentes Embarazadas	66
22. Estimaciones en el Modelo de Regresión Lineal Simple cuando la Variable Dependiente es Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas	66
23. Análisis de Varianza para el Modelo de Regresión Lineal Múltiple cuando la Variable Dependiente es Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas	67
24. Estimaciones en el Modelo de Regresión Lineal Múltiple cuando la Variable Dependiente es Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas	68

Figura	Página
13. Rangos Medios para Combinaciones Edad - Viven con Pareja con Orientación Sociocultural de las Adolescentes Embarazadas	60
14. Rangos Medios para Combinaciones Viven con Pareja - Posición en la Familia y Orientación Sociocultural de las Adolescentes Embarazadas	61
15. Rangos Medios para Combinaciones Viven con Pareja - Escolaridad y Orientación sociocultural.....	61

RESUMEN

Mabel Elizabeth Guevara Henriquez

Fecha de Graduación: Julio 1997.

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

**Título del Estudio: AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS
EN UN ÁREA URBANO MARGINADA DE APODACA.**

Número de páginas: 103

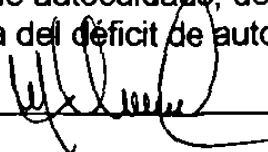
**Candidato para el grado de
Maestría en Enfermería con
Especialidad Materno Infantil
Pediátrica.**

Área de Estudio: Enfermería Pediátrica

Propósito y Método del Estudio: El propósito fue identificar qué factores condicionantes básicos se relacionan con las capacidades y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas. Se utilizó el diseño descriptivo, correlacional y transversal; el tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple y el tamaño de la muestra lo constituyeron 102 sujetos. Se aplicaron dos cuestionarios diseñados por la investigadora: factores condicionantes básicos y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas y una escala para estimar capacidades de autocuidado diseñado por Isenberg y Evans.

Contribuciones y Conclusiones: Se obtuvo que los factores condicionantes básicos fueron predictores de las capacidades de autocuidado ($F_{(3,98)} = 2.745$, $p = .047$, $R^2 = 7.754$). Los factores condicionantes básicos fueron predictores de las acciones de autocuidado ($F_{(3,98)} = 2.665$, $p = .052$, $R^2 = 7.545$). Las capacidades de autocuidado fueron predictoras de las acciones de autocuidado ($F_{(1,100)} = 17.321$, $p = .0001$, $R^2 = 14.934$). Los factores condicionantes básicos y las capacidades de autocuidado fueron predictores de las acciones de autocuidado ($F_{(4,97)} = 5.300$, $p = .0007$, $R^2 = 17.936$). Los factores del sistema familiar se correlacionaron en forma positiva y significativa con las capacidades de autocuidado y las capacidades se correlacionaron en forma positiva y significativa con las acciones de autocuidado. Los resultados del estudio apoyan la relación entre las capacidades y acciones de autocuidado y entre las capacidades y acciones de autocuidado, de acuerdo con lo establecido en la teoría de enfermería del déficit de autocuidado.

FIRMA DEL ASESOR: _____



CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas revelan que el estado de salud de las adolescentes se ha debilitado en los últimos 20 años, mientras que en todos los demás grupos de edad ha mejorado. Parte de este debilitamiento se debe al embarazo y éste constituye la causa principal de morbilidad y mortalidad de las adolescentes; el embarazo en esta edad se ha convertido en uno de los problemas de salud más difíciles de solucionar, ya que muchas de ellas no reciben la atención prenatal adecuada, lo que incrementa el riesgo a que están sometidas (Young, 1989; Organización Panamericana de la Salud, 1995).

Muchas veces el embarazo representa el primer contacto de la adolescente con el sistema de salud, en donde el personal de enfermería participa en la atención; para lo cual este profesional debe estar preparado para atender a esta población basándose en el reconocimiento de las capacidades y acciones que las adolescentes embarazadas realizan para cuidarse; de acuerdo a la Teoría de Enfermería del Déficit del Autocuidado

(Orem, 1991), el individuo posee ciertas capacidades y habilidades para llevar a cabo el autocuidado, mismo que le permite satisfacer los requisitos universales y de desarrollo con el propósito de mantener la vida, conservar la salud y el bienestar.

En este contexto el profesional de enfermería en el área de pediatría y en el caso de las adolescentes embarazadas podrá plantear intervenciones tendientes a incrementar sus capacidades para que desarrollen acciones en su propio cuidado y cubrir sus demandas de salud.

Por lo anterior se realiza la presente investigación con el propósito de identificar qué factores condicionantes básicos tienen relación con las capacidades y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas; a través de un estudio descriptivo, correlacional y transversal, en una comunidad urbano marginada del municipio de Apodaca, Nuevo León.

1.1 Planteamiento del Problema

La estructura poblacional en América Latina se caracteriza por ser eminentemente joven; en donde, la población adolescente ha alcanzado un número sin precedentes, representa el 25 por ciento de la población total. Se estima que para el año 2000 la población adolescente en América será de 160 millones (Organización Panamericana de la Salud, 1995). En México, de acuerdo con el censo de población y vivienda de 1995, el 30.26 por ciento de la población es adolescente, y en el Estado de Nuevo León ésta representa el 17

por ciento, es decir, 606 826 adolescentes, de los cuales el 55 por ciento son del sexo femenino (INEGI, 1996).

La población femenina adolescente tiene un impacto numérico importante como grupo poblacional; sin embargo, su salud puede verse comprometida por problemas propios del desarrollo o por su capacidad reproductiva.

Wong (1995) señala que un aspecto importante en el desarrollo de la adolescente es la sexualidad como parte del proceso de transformación en adultas; y son capaces de iniciar relaciones sexuales con el fin de satisfacer su curiosidad, expresar algún grado de afecto o por la incapacidad de soportar las presiones y ser aceptadas en el grupo de amigos; en estas condiciones surge el embarazo como respuesta al inicio de la actividad sexual; y como consecuencia de esta actividad, la literatura refiere que una de cada diez adolescentes queda embarazada (Friedman, 1994; Mendoza, 1994).

Muchos factores psicodinámicos contribuyen al creciente índice de embarazos en las adolescentes, por ejemplo: la afirmación sexual, la representación de una fantasía de la familia ideal o la utilización del embarazo como vínculo de ingreso en el mundo adulto y como solución de los problemas de la escuela o del hogar, en especial en el caso de adolescentes solitarias, pues para ellas el quedar embarazadas puede colocarlas en el centro de atención de la familia y de los amigos; por otro lado, muchas de ellas poseen un bajo nivel de autoestima, lo cual las hace más susceptibles de embarazarse (Chelala, 1990; Marlow, 1991).

Se calcula que en América Latina más de tres millones de mujeres adolescentes completan cada año el período de gestación (Organización Panamericana de la Salud, 1995), realidad que no es ajena a México, en donde se estima que la cifra de embarazos de adolescentes al año es de 430 mil (Centro de Orientación del Adolescente, 1994) . La Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León (1996) reporta que durante 1995, los embarazos de adolescentes representaron aproximadamente el 17 por ciento del total de embarazos, de los cuales 89.25 por ciento corresponde a primer embarazo, 9.96 por ciento a segundo embarazo y 0.79 por ciento a tercer embarazo.

El embarazo en las adolescentes es un fenómeno social complejo. En la mayoría de las situaciones, las adolescentes embarazadas solteras se dan cuenta que han quebrantado los tabúes sociales y a menudo ponen en peligro su salud ocultando su estado a la familia. Sin embargo, los sociólogos han probado que las madres adolescentes se enorgullecen bastante de su estado, realizan acciones de cuidado y creen haber materializado las mayores esperanzas sociales de una mujer madura (Henriques y Yunees, 1993).

Estudios realizados por Radius (1989) y Denyes (1988) reportan que las adolescentes, a pesar de mostrar conductas arriesgadas, también están preocupadas por cuestiones de salud personal y realizan algunas prácticas de autocuidado tendientes a la satisfacción de sus necesidades. Aunque el embarazo y la maternidad no convierten a las adolescentes en adultos maduros y responsables, las presiones que de él derivan pueden provocar que éstas se preocupen por aprender a cuidarse (Browne y Urback, 1989). Esta

proposición es apoyada por la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (Orem, 1991) según la cual las prácticas de autocuidado son aprendidas en la familia y en el contexto sociocultural, y que el individuo aprende a través de todo el ciclo vital.

Por todo lo anterior y por considerar importante el rol de la enfermera pediátrica en la identificación de problemas en la atención de la adolescente embarazada, se plantea la siguiente pregunta de Investigación:

¿En qué medida los factores condicionantes básicos representados por sistema familiar, orientación sociocultural, adecuación y disponibilidad de recursos, se relacionan con las capacidades y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas?

1.2 Hipótesis

Hi Los factores condicionantes básicos representados por sistema familiar, orientación sociocultural, así como adecuación y disponibilidad de recursos son predictores de las capacidades de autocuidado de las adolescentes embarazadas.

Hi Los factores condicionantes básicos representados por sistema familiar, orientación sociocultural así como adecuación y disponibilidad de recursos son predictores de las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.

Hi Las capacidades de autocuidado son predictores de las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.

Hi Los factores condicionantes básicos representados por sistema familiar, orientación sociocultural así como adecuación y disponibilidad de recursos y las capacidades de autocuidado son predictores de las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.

1.3 Objetivos

1. Describir las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.
2. Determinar el efecto de los factores condicionantes básicos seleccionados, las capacidades y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.
3. Precisar la relación entre los factores condicionantes básicos seleccionados con las capacidades y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.
4. Cuantificar la relación que existe entre las capacidades y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.
5. Medir la consistencia interna de los instrumentos factores condicionantes básicos y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.

1.4 Importancia del Estudio

La importancia del presente estudio fue en relación con la práctica y la teoría de la enfermería.

En el aspecto práctico, las adolescentes demandan atención de enfermería durante el embarazo y el parto, para satisfacer dicha demanda, las enfermeras deben explorar las capacidades y habilidades de autocuidado que poseen; mismas que le permitirá diseñar sistemas de atención de enfermería y estrategias de intervención que maximicen esas capacidades y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.

En el aspecto teórico, al aplicar conceptos de una teoría de enfermería en diferentes grupos poblaciones, implica aportación a la misma teoría y al conocimiento de la disciplina de enfermería.

El presente estudio aporta conocimiento e información en relación a los conceptos de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (factores condicionantes básicos, capacidades y acciones de autocuidado) en adolescentes embarazadas de una población mexicana

1.5 Limitaciones del Estudio

El estudio fue diseñado para una población específica, por lo que los resultados se generalizaran para las adolescentes de la comunidad estudiada.

Al inicio del estudio se desconocía la consistencia interna de los instrumentos: a) Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE); b) Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas (AACAE), por ser la primera vez que se utilizaron. Los resultados del Alfa de Cronbach señalaron baja consistencia en la subescala orientación sociocultural del instrumento Factores Condicionantes Básicos.

1.6 Definición de Términos

Adolescentes Embarazadas. Son las mujeres que se encuentran entre los 13 y 19 años, en la etapa de la adolescencia y cursan embarazo por primera vez, además no poseen enfermedades agregadas.

Las siguientes definiciones se desprenden de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (Orem,1993)

Factores Condicionantes Básicos.- Elementos o características internas y externas de las adolescentes embarazadas que ejercen influencias directas e indirectas en las capacidades y acciones de autocuidado y pueden incrementarlas o restringirlas.

Para fines de la presente investigación se considera los siguientes factores:

- **Sistema Familiar.** Son aquellas situaciones que se generan en el seno de las familias y afectan a las capacidades y acciones de autocuidado de las

adolescentes embarazadas; se refieren al lugar que ocupan en su familia, el rol y tareas que cumplen y las relaciones humanas.

- **Orientación Sociocultural.** Se refiere al grado de instrucción, estado civil, religión, trabajo y creencias respecto al embarazo.
- **Adecuación y Disponibilidad de Recursos.** Son todos los recursos que las adolescentes embarazadas pueden disponer e incluyen recursos económicos, de salud, educativos, medios de transporte.

Capacidades de Autocuidado. Son las habilidades aprendidas por las adolescentes embarazadas de los cuidados de salud que realizan en su vida diaria y de los cuidados específicos durante el embarazo.

Para valorar la Capacidad de Autocuidado se utilizó la Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECA).

Acciones de Autocuidado. Son todas las actividades que las adolescentes embarazadas realizan en su propio beneficio para satisfacer los requisitos de autocuidado.

- **Requisitos de autocuidado.** Es la razón por la cual se llevan a cabo acciones de autocuidado
- **Requisitos de autocuidado universales.** Son las necesidades comunes a los seres humanos durante todas las etapas de la vida y no son ajenas a la adolescente embarazada; sin embargo, algunas necesidades cobran mayor importancia en esta etapa, por ello se considera aporte suficiente de alimento,

eliminación urinaria intestinal, prevención de peligros.

- **Requisitos de autocuidado de desarrollo.** Son todas las necesidades presentes durante el embarazo de las adolescentes y están relacionadas con algunos cuidados que éstas realizan, como es el control prenatal, uso de ropa y zapatos adecuados, cuidados con la piel.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Para sustentar el presente estudio de investigación, es necesario contar con un marco de referencia que explique científicamente la posición desde que se analiza el problema. En este estudio se inicia con la revisión y una breve explicación de la teoría de enfermería en que se fundamenta el problema; se analiza la ubicación del problema de investigación en la teoría de enfermería utilizada en el presente estudio, posteriormente se conceptualiza a la adolescente embarazada y se finaliza con la revisión de algunos estudios publicados en relación al tema.

2.1 Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado

La Teoría General de Enfermería del Déficit del Autocuidado fue desarrollada por la Dra. Dorothea Orem desde 1958 por un interés especial en

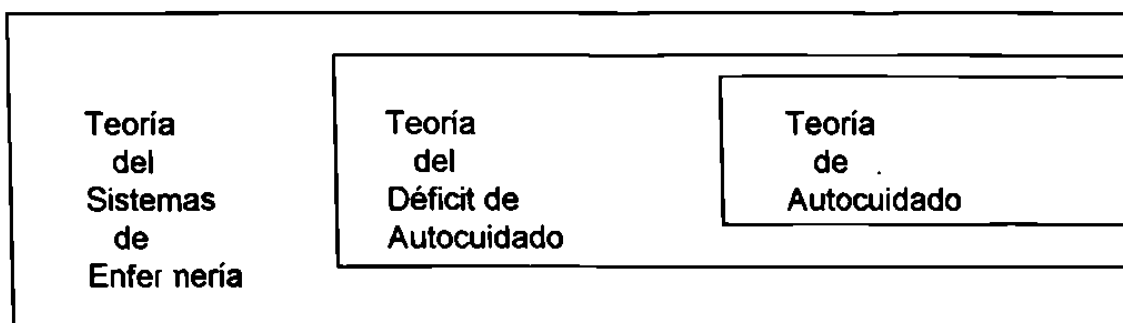
el trabajo de enfermería. Esta teoría describe y explica la relación entre las capacidades, acciones y demandas de autocuidado de un individuo. También considera que la enfermería es una respuesta para el cuidado cuando existe déficit de autocuidado en los grupos humanos (Orem, 1995).

La Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado está formada por tres teorías: a) Teoría de Autocuidado, b) Teoría del Déficit del Autocuidado y c) Teoría del Sistema de Enfermería (Orem, 1995). La unión de las tres teorías se lleva a cabo por un proceso de inclusión, como se observa en la figura 1. La teoría del autocuidado es absorbida por la teoría del déficit de autocuidado, la cual a su vez está incluida en la teoría de sistemas de enfermería; las tres teorías tienen como común denominador el autocuidado.

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

FIGURA 1

Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado



(Tomado de *Nursing of Practice* de Dorothea E. Orem, 1995, p. 172)

2.1.1 Conceptos de la Teoría

La Teoría de Enfermería de Déficit del Autocuidado está compuesta por cinco conceptos centrales interrelacionados, que son 1) acciones de autocuidado, 2) capacidad de autocuidado, 3) demanda de autocuidado terapéutico, 4) deficiencia de autocuidado y 5) agencia de enfermería; un concepto secundario, denominado requisitos de autocuidado y un concepto periférico que son los factores de condicionantes básicos (Orem, 1995).

Las acciones de autocuidado son actividades aprendidas, acciones que los individuos realizan en su propio beneficio para mantener la vida, la salud y el bienestar. Las prácticas de autocuidado son determinadas por la cultura del grupo al cual pertenece la persona. Son acciones que contribuyen a la integridad de la estructura, funcionamiento y al desarrollo de las personas (Orem, 1995).

El concepto de capacidad de autocuidado se refiere al conjunto complejo de habilidades adquiridas por el individuo que le permite comprometerse con su propio cuidado. Esta capacidad varía de acuerdo con el nivel de desarrollo de los individuos desde la niñez hasta la vejez (Orem, 1995).

El concepto de demanda de autocuidado terapéutico es la suma de actividades de autocuidado requeridas por las personas en un periodo en un espacio determinados para cubrir sus requisitos; también se refiere al juego o paquete completo de actividades requeridas para alcanzar los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de desviación de la salud

(Orem, 1995).

El concepto de déficit de autocuidado se refiere a la relación deficitaria entre la capacidad y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos. Los déficits se identifican como parciales o completos. Los parciales pueden ser extensos o limitarse a la incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos dentro de la demanda. Un déficit completo significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de autocuidado; estos déficits son debido a las limitaciones existentes y no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico en determinado tiempo (Orem, 1995).

La agencia de enfermería es el conjunto de habilidades especializadas que permiten a los profesionales de enfermería proporcionar atención que compensa o ayuda a superar las deficiencias de autocuidado en relación con la salud; y éstas se realizan a través de tres tipos de atención: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de educación (Orem, 1995).

Los requisitos de autocuidado son los propósitos que deben alcanzarse a través de las acciones; son el resultado de lo deseado, del compromiso deliberado en el autocuidado. Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: 1) los universales, que son básicos y comunes a todos los seres humanos; 2) los de desarrollo, que están asociados con los procesos de desarrollo humano, condiciones y eventos propios de la vida; 3) por desviación de la salud, que están relacionados con defectos genéticos y de constitución,

con desviaciones estructurales y funcionales y con las medidas diagnósticas y de tratamiento (Orem, 1995).

Los factores condicionantes básicos son elementos o características internas o externas que tienen las personas y afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado o que afecten el tipo y cantidad de éste requerido para cuidar de sí mismo o de los que dependen de ellas. Orem considera los siguientes factores condicionantes básicos: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de bienestar, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de recursos.

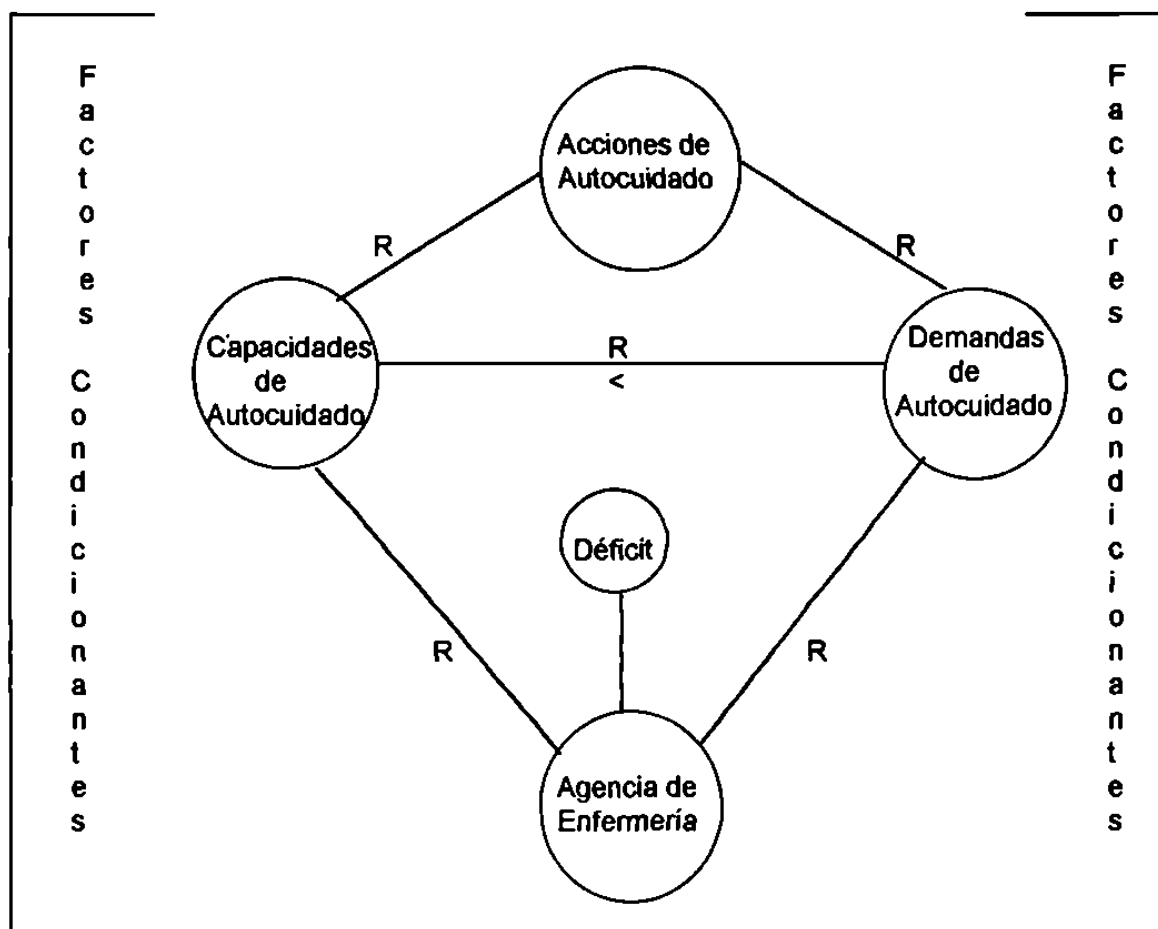
Los conceptos de la teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado están estrechamente interrelacionados, como se observa en la figura 2. La teoría considera que las personas tienen capacidades de autocuidado que les permiten realizar acciones y están dirigidas a satisfacer los requisitos universales, de desarrollo y por desviación de la salud; sin embargo, cuando éstas capacidades son menores que la demanda de autocuidado terapéutico en un determinado tiempo, la persona entra en déficit de autocuidado; para cubrir este déficit surgen las agencias de enfermería, proporcionando cuidados total, parcialmente compensatorios o de educación. Los factores condicionantes básicos son todos los factores que influyen en las capacidades y acciones de autocuidado (Orem, 1995).

La relación entre los factores condicionantes básicos y los requisitos universales es enunciados explícitamente por Orem (1991) en forma de

proposición. Los requisitos universales de autocuidado y las formas de cumplirlos pueden ser modificados por la edad, estado de desarrollo y de salud de los individuos.

FIGURA 2

Interrelación de Conceptos de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado



En donde R = relación; <, déficit de relación actual o previsto

(Tomando de *Nursing of Practice* de Dorothea Orem, 1991, p. 64)

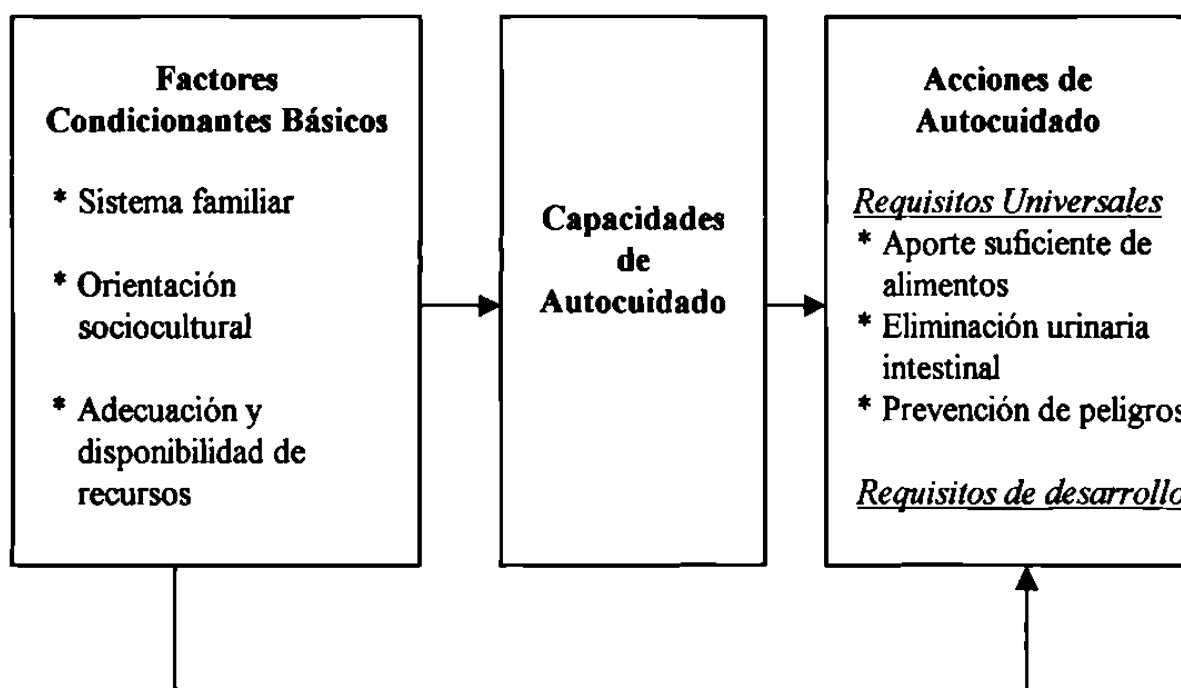
2.1.2 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría.

Para el desarrollo del presente estudio se seleccionaron tres conceptos de la teoría para explicar el autocuidado de la adolescente embarazada; estos son: factores condicionantes básicos, capacidades de autocuidado y acciones de autocuidado como se observa en la figura 3.

FIGURA 3

Red Conceptual

Relación de los Factores Condicionantes Básicos, Capacidad de Autocuidado y Acciones de Autocuidado



Elaborado por Guevara y Alonso, 1997.

2.1.2.1. Factores Condicionantes Básicos.

Los factores condicionantes básicos es un concepto periférico de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado y un término dado a los numerosos factores internos o externos que potencialmente influyen en la capacidad de autocuidado (Orem, 1995). Los factores pueden ser clasificados dentro de tres categorías: (a) Factores descriptivos de los individuos (edad, estado de desarrollo, género), (b) Factores que localizan a las personas dentro de las estructuras familiares y de los grupos socioculturales (orientación sociocultural, sistema familiar) y (c) Factores que relacionan a los individuos con las condiciones y circunstancias de la vida (estado de salud, sistema de salud, patrón de vida, factores medioambientales, disponibilidad y adecuación de recursos).

En relación a los factores del sistema familiar, Orem (1995) señala que el individuo primero aprende los estándares culturales en relación con la salud y sus cuidados en el seno de la familia, en donde hay variaciones en las prácticas de autocuidado.

Maddaleno (1995) refiere que la familia es un componente importante del sistema de apoyo y un agente socializador de las adolescentes. La familia les transmite a éstas las normas, costumbres, valores y religión.

Estudios realizados por Hughes y Grubbs en 1993 con adolescentes embarazadas sugieren que la orientación de las adolescentes hacia el uso de proveedores de atención de la salud está fuertemente asociada con la de sus

padres y que estas orientaciones se ajustan a las variables sociales y culturales.

Jerovic y Kasno (1990) refieren que el apoyo familiar y social puede estar relacionado con acciones de autocuidado, también hay evidencia de que este mismo apoyo se relaciona con el ejercicio de sus actividades.

La orientación sociocultural, de acuerdo con Orem (1993), está constituida por la educación, ocupación y experiencias laborales o experiencias vitales y se refiere a la orientación de las personas respecto a la salud y su cuidado, las medidas prescritas por su cultura y las medidas de cuidado de las familias.

El valor cultural respecto a la salud y al embarazo es un concepto que puede ser visto por muchas mujeres como un evento natural y saludable o una forma de enfermedad. Si se piensa en el embarazo como un evento bueno, se desprende que la mujer embarazada quisiera asegurar que su embarazo sea una experiencia segura y positiva. Cuidar bien de sí misma es una manera en que la mujer embarazada puede asumir la responsabilidad por su salud, mantener cierto control y asegurar que su embarazo sea seguro (Hughes y Grubbs, 1993).

La adecuación y disponibilidad es otro factor condicionante básico fundamental en relación con las adolescentes embarazadas y se refiere a los recursos que afectan principalmente a la selección de medios para satisfacer los requisitos de autocuidado y las medidas de éste (Orem, 1995). En el caso de las adolescentes embarazadas que por su estado requieren la

disponibilidad de ciertos recursos de la comunidad, como son los de salud, comunicación para satisfacer sus requisitos universales y de desarrollo. La disponibilidad de éstos afecta las series de medidas requeridas para el autocuidado.

Finalmente los factores condicionantes básicos afectan en forma positiva o negativa en el desempeño de operaciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.

2.1.2.2. Capacidades de Autocuidado.

Las capacidades de autocuidado constituyen un prerrequisito necesario para el autocuidado; Orem (1995) las define como la habilidad compleja, adquirida para satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos de vida, mantienen o promueven la integridad de la estructura humana, el funcionamiento y desarrollo humano, promueven el bienestar. La capacidad de autocuidado es desarrollada a lo largo de su existencia.

La estructura sustantiva de la capacidad de autocuidado ha sido explicada como parte de una estructura jerárquica tripartita de capacidades las cuales son fundamentos uno de otro como se observa en la figura 4 (Gast, 1989 y Orem 1991).

FIGURA 4**Estructura Sustantiva de la Capacidad de Autocuidado**

Tomado del artículo "*Self Care Agency: Conceptualizations and Operationalizations*". por Gast, Denyes, et al. , 1989)

La disposición y capacidades fundamentales se refieren a aquellas habilidades comunes básicas que posibilitan las acciones deliberadas. La explicación de estas fue formulada por Joan E. Backschelidre en 1970-1971 en un estudio de la lista general de capacidades esenciales para comprometerse en el autocuidado e incluye "capacidades físicas, mentales, motivacionales, emocionales y orientadoras" (Orem, 1995).

La disposición y capacidades fundamentales habilitan a los componentes de poder, las cuales son posibilitadoras de las operaciones que facultan el autocuidado. Los componentes de poder son las capacidades más inmediatas representativas del conocimiento, la motivación y el repertorio de

destrezas necesarias para el compromiso con el autocuidado; los componentes de poder son específicos de la acción deliberada.

Las capacidades para las operaciones de autocuidado son el tercer componente de la estructura sustantiva de ésta capacidad; constituyen el límite entre las capacidades y el autocuidado mismo e incluyen las suboperaciones estimativas, transicionales y productivas (Orem, 1995). Las operaciones estimativas se refieren a la indagación y la investigación relacionadas con los requisitos. Las operaciones de tipo transicional se refieren al aspecto de juicio y toma de decisiones de las operaciones de autocuidado y las operaciones productivas se refieren a la habilidad de comprometerse, así como al compromiso existente en dichas operaciones. La suficiencia de la capacidad de autocuidado se expresa a través de las operaciones productivas, en donde la persona ejecuta un conjunto de acciones para satisfacer sus requisitos.

Las capacidades de autocuidado pueden ser examinadas en términos de desarrollo, operabilidad y adecuación; en cuanto al desarrollo, éste es definido en relación con la clase de acciones de autocuidado que los individuos pueden realizar. La operabilidad es descrita en relación con los tipos de acciones de que los individuos pueden realizar en nivel consistente y efectivo. La adecuación es determinada comparando el número y tipo de acciones de autocuidado que las personas pueden realizar con el número y clase de acciones requeridas para satisfacer la demanda existente o proyectada de autocuidado terapéutico (Orem, 1995).

Las capacidades de autocuidado se desarrollan día a día, desde la niñez hasta la adultez, a través de un proceso espontáneo; es así como el niño y el adolescente están dotados de memoria que les permite aprender de sus padres o de quienes los cuidan; también aprenden de otras personas: maestros, compañeros de clase, vecinos, amigos. Cuando el conocimiento de la salud es aprendido, las medidas de cuidado preventivo pueden ser abordadas. Los niños y adolescentes aprenden lo que deben hacer o no hacer en las áreas de la vida humana. Desarrollan conductas para tomar decisiones sobre su salud. En muchas culturas los niños y adolescentes aprenden prácticas culturales con respecto al consumo de agua y alimento, descanso y sueño, interacciones sociales; tales aprendizajes resultan del desarrollo de los poderes del adolescente para la acción (Orem, 1995).

La adolescencia según Piaget (referido en Wong, 1995) es la tercera etapa del desarrollo de la vida del ser humano, caracterizada por el máximo desarrollo cognoscitivo que culmina con la capacidad para razonar y tomar juicios sobre algunos aspectos; los adolescentes pueden detectar la consistencia o inconsistencia lógica de una serie de afirmaciones y evaluar el sistema; pueden asumir ciertos cuidados de su vida y salud en el afán de aprendizaje. Sin embargo, cuando la adolescente se embaraza, la demanda de autocuidado terapéutico aumenta, ya que ella tiene necesidades especiales, en principio el riesgo obstétrico no tiene que ser mayor que el de cualquier otra persona adulta embarazada, si se mejoran sus capacidades de autocuidado (Hughes y Grubbs, 1993).

La capacidad de autocuidado de los adolescentes fue estudiado por Denyes en 1980, basado en el primer trabajo de Orem y del grupo de Conferencia, en donde se señala que las personas poseen fuerzas y limitaciones en sus capacidades de autocuidado. Identifica seis factores para medirlas en adolescentes y se refiere a fuerza del ego y capacidad en la toma de decisiones de la salud, la valoración relativa de la salud, conocimiento de la salud y experiencia en la toma de decisiones, niveles de energía física, sentimientos y atención a la salud.

2.1.2.3. Acciones de Autocuidado.

Las acciones de autocuidado se conceptualizan como las prácticas que los individuos realizan en su propio beneficio para mantener la vida, la salud y el bienestar. Estas están dirigidas a cumplir tres diferentes tipos de requisitos de autocuidado: universales, de desarrollo y por desviación de la salud. Los requisitos universales son comunes a todos los seres humanos durante las etapas del ciclo vital de acuerdo con su edad, estados de desarrollo, factores ambientales y otros; están asociados con los procesos vitales, con el mantenimiento de la integridad de la estructura y con el funcionamiento humano y bienestar general (Orem, 1995).

Todas las personas realizan acciones para satisfacer los requisitos universales que incluyen 1) mantenimiento y consumo suficiente de aire, 2) mantenimiento y consumo suficiente de agua, 3) mantenimiento y consumo suficiente de alimento, 4) atención a la eliminación, 5) mantenimiento del

equilibrio entre la actividad y descanso, 6) mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social, 7) prevención y evasión de riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar y 8) promoción de la normalidad. Orem (1991) sostiene que la satisfacción de los requisitos universales de autocuidado están dirigidas a la prevención y la promoción de la salud, bajo este contexto las adolescentes embarazadas realizan acciones para satisfacer sus requisitos universal como muestran los resultados del estudio realizado por Hughes y Grubbs (1993), quienes reportan que las adolescentes embarazadas realizan prácticas de autocuidado antes de ingresar al sistema de salud; Marlow (1991) refiere que las adolescentes se muestran más cooperativas cuando toman ciertas responsabilidades y tienen participación en su cuidado.

Los requisitos de autocuidado de desarrollo son expresiones especializadas de los requisitos universales que han sido particularizadas para los procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital, por ejemplo, la prematurez, el embarazo, la adolescencia y son de dos tipos a) aquellos que articulan cada uno de los requisitos universales y ayudan a enfatizar el impacto de los procesos de desarrollo en cada uno de los requisitos universales de autocuidado. Por ejemplo, una condición normal de desarrollo tal como el embarazo, incrementa el requisito de alimentación; b) aquellos requisitos que ocurren debido a un evento de la vida, tal como la privación educativa de largo plazo, o un evento más episódico, como la pérdida de un cónyuge u otra persona significativa (Orem, 1995).

Inicialmente estos requisitos fueron agrupados bajo los requerimientos de autocuidado universal. Después, Orem separa éstos por considerarlos de importancia; para ello se basa en el trabajo de Erickson, Piaget, Freud, Sullivan y Kohberg, quienes han desarrollado modelos que asumen que el cambio es la parte de la vida y se enfocan en los procesos de crecimiento, maduración y se desarrollan por etapas o fases del ciclo vital, en donde cada una de estas tienen tareas y características propias que deben ser terminadas para que ocurra mayor desarrollo (Hill y Smith, 1990).

2.2 Adolescentes Embarazadas

Adolescente embarazada es un término que se usa para designar a la mujer que se encuentra en la etapa de la adolescencia y cursa embarazo (Stevens - Simon, 1991).

Silber (1992) define a la adolescente embarazada como la mujer que se embaraza durante los primeros años ginecológicos y cuando ésta mantiene la total dependencia social y económica de la familia.

El embarazo en las adolescentes es una crisis que se sobrepone a la de la adolescencia; en algunos casos éste puede llegar a término en condiciones que no alteran significativamente la calidad de vida; en la mayoría de los casos puede tener efectos devastadores porque conduce a una pérdida de autonomía que obliga a las adolescentes a buscar la ayuda de sus padres cuando creían

que habían iniciado el camino hacia su independencia (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

Las actitudes y el cambio de la adolescente frente a su embarazo se manifiestan con gran variedad de acuerdo con las influencias culturales, familiares, temperamentales, de clase social y estados de salud. El cambio físico y las condiciones socioeconómicas conducen a desarrollar prácticas de autocuidado que muchas veces no son las más idóneas, al inicio del embarazo la adolescente continúan con estas mismas prácticas, posteriormente pueden asumir cuidados bajo la guía de la madre o de otros familiares y amigas, debido a que los individuos aprenden primero los valores culturales dentro de su familia de origen; hay muchas variaciones de prácticas de autocuidado.

En este contexto se toma importante el medio familiar y sociocultural de las adolescentes embarazadas, ya que la familia es un componente importante del sistema de apoyo y un agente socializador fundamental de esta etapa. La familia le transmite las normas, costumbres, valores y la religión (Maddaleno, 1994).

Browne (1989) y Hughes (1993) refieren que las adolescentes embarazadas hacen uso de proveedores de atención de la salud y la cual está fuertemente asociada con la de sus padres, estas orientaciones se ajustan a las variables sociales y culturales relacionadas con la estratificación social.

Orem (1991) considera que el embarazo es un evento de desarrollo, ya sea que éste ocurra durante la adolescencia o en la edad adulta y, por lo tanto,

las personas realizan acciones para satisfacer los requisitos propios de esta etapa del desarrollo.

2.3 Estudios Relacionados

La Teoría de Enfermería del Déficit del Autocuidado ha sido utilizada en numerosas investigaciones con diferentes grupos etáreos, con adolescentes se han desarrollado algunas estudios relacionados con las capacidades de autocuidado, acciones de autocuidado y factores condicionantes básicos.

En este grupo se han reportado varios estudios de los cuales dos corresponden al tipo cuantitativo y uno al tipo cualitativo.

2.3.1 Estudios cuantitativos

Stonebraker (1991) estudió las capacidades de autocuidado y la salud de las adolescentes embarazadas, el propósito fue determinar la relación entre factores condicionantes básicos, capacidades de autocuidado, autocuidado y salud en adolescentes embarazadas de 14 a 19 años; utilizó un diseño descriptivo correlacional; los resultados fueron los siguientes: la edad promedio de las adolescentes embarazadas fue de 17.48 años, el 78.8 por ciento fueron solteras, el 60.6 por ciento eran escolares y el 87 por ciento no tenían trabajo, el nivel de educación fue de 6to. grado y el ingreso económico familiar era bajo.

El mismo autor reporta una correlación no significativa entre factores condicionantes básicos seleccionados (edad, orden de nacimiento, los hermanos, el estado civil y la etnicidad) y autocuidado. Encontró una relación significativamente positiva entre la capacidad de autocuidado y el autocuidado ($r=.7648$, $P<.001$), y entre el autocuidado y la salud ($r=.7650$, $p <.001$). Los resultados del análisis de regresión múltiple revelaron que dos subescalas de las capacidades de autocuidado (fuerza del ego y capacidad de toma de decisiones de la salud; y atención a la salud) dieron cuenta de 59 por ciento de la varianza en el autocuidado. Juntos, las capacidades de autocuidado y el autocuidado, dieron cuenta del 61 por ciento de la varianza en la salud.

Mapanga y Andrews (1995) estudiaron la influencia de la familia, amigos y capacidades de autocuidado sobre el involucramiento de las primiparas adolescentes no casadas en prácticas anticonceptivas; el propósito del estudio fue examinar la influencia, del apoyo emocional de la familia y amigos con capacidades de autocuidado de las adolescentes primiparas no casadas y la influencia de éste sobre el uso de anticonceptivos. Utilizó un diseño correlacional de sección transversal y se obtuvo el siguiente resultado; la edad media de las adolescentes fue de 17.03 años, la edad de los hijos varía desde 3 años hasta 24 meses, la mayoría de madres adolescentes no casadas vivían solas, el 93.3 por ciento de las adolescentes eran sexualmente activas, el 44 por ciento usaban algún método anticonceptivo.

El coeficiente de correlación de las variables independientes apoyo emocional de la familia y de los amigos ($r = .26$) fue pequeño y no significativo, sugiriendo que el supuesto de multicolinealidad no fue violado. Los coeficientes de correlación del apoyo emocional de la familia ($r = .48, p < .001$) y el apoyo emocional de los amigos ($r = .43, < .001$) con la agencia de autocuidado fueron positivos y significativos. A medida que aumenta el apoyo emocional de la familia y de los amigos aumentaba las capacidades de autocuidado.

Para determinar la influencia del apoyo emocional de la familia y los amigos sobre la agencia de autocuidado, se usó el análisis de regresión múltiple, los resultados muestran, el efecto combinado de las variables independientes se indica con la relación $R^2 = .32$ significativa ($F = 17.51708, p < .001$). El apoyo emocional de la familia y de los amigos dio cuenta del 32 por ciento de la varianza explicada en la capacidad de autocuidado.

Las variables independientes capacidad de autocuidado, apoyo emocional de la familia y apoyo emocional de los amigos fueron medidas simultáneamente en el análisis de regresión para predecir la práctica anticonceptiva. La variable anticonceptiva fue tratada como variable dicotómica (Mapanga y Andrews, 1995)

Como un paso preliminar al análisis de regresión múltiple, se llevó a cabo la matriz de correlación r de Pearson de las variables independientes para verificar la multicolinealidad. Las correlaciones de apoyo emocional de la familia ($r = .48, p < .001$) y el apoyo emocional de los amigos ($r = .43, p < .001$)

con la capacidad de autocuidado fueron significativos, sin alcanzar ($r > .8$) la multicolinealidad.

Los resultados de regresión múltiple para las variables independientes apoyo de la familia, apoyo de los amigos y capacidades de autocuidado son los siguientes: apoyo emocional de la familia (.0437, $p > .05$), el apoyo emocional de los amigos (.0983, $p > .05$) y la capacidad de autocuidado (.0134, $p > .05$).

Entre las conclusiones se señaló que las variables incluidas en el modelo no tuvieron efecto en la práctica anticonceptiva. Los resultados sustentaron parcialmente la teoría del déficit del autocuidado.

2.3.2 Estudio Cualitativo

Hughes y Grubbs (1993) estudiaron la comparación de las prácticas de autocuidado reportadas por adolescentes embarazadas, el propósito de esta investigación fue saber cómo se cuidan a sí mismas durante su embarazo. Se eligió un diseño cualitativo exploratorio para investigar la relación entre las prácticas de autocuidado y el tiempo de entrada a la atención prenatal. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: sin importar la educación, el estado socioeconómico, la edad o la paridad, todas las participantes, excepto una, habían practicado conductas de autocuidado durante el embarazo, con frecuencia mucho antes de entrar formalmente al sistema de atención de la salud. En el grupo de atención temprana el 94.1 por ciento reportaron que los miembros de familia las ayudaron con el autocuidado, mientras que el 83.3 por

ciento de los sujetos del grupo de atención tardía reportaron que sus familiares ayudaban a este. Las actividades de autocuidado que sugirieron en ambos grupos fueron nutrición, ejercicio, descanso, abstinencia de drogas, cigarro o alcohol y seguridad (Hughes y Grubbs, 1993).

Las conclusiones fueron éstas: ambos grupos tenían el nivel adecuado de conocimientos respecto a la dieta, ejercicio y otros tópicos relacionados al autocuidado durante el embarazo, practicaban conductas de autocuidado similares independientemente de su ingreso formal al servicio de salud. Existieron muchos problemas que podrían llevar a malos resultados del embarazo y permanecer sin detectarlas cuando la atención prenatal fue tardía.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Diseño de Investigación

El diseño de la investigación fue descriptivo correlacional y transversal (Polit, y Hungler, 1994).

3.2 Sujetos

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple. El marco muestral se conformó por una lista de todas las adolescentes embarazadas, domiciliadas en un área urbano marginada del municipio de Apodaca, N.L. La unidad de muestreo fue la adolescente embarazada; el tamaño de la muestra fue de 102. Se trabajó con un nivel de confianza del 95 por ciento ($\alpha = .05$) y con límite de error de estimación de .065, cuando se estima una proporción.

El procedimiento que se siguió para elegir los sujetos fue el siguiente:

- 1) censo y listado general de todas las adolescentes embarazadas que residían en la comunidad en estudio; 2) a partir de esta lista que se generó, se elabora otra lista numerada con el nombre de cada adolescente embarazada;
- 3) selección aleatoria de los nombres de la población en estudio a través de un programa de computadora que genera números aleatorios.

Seleccionado el sujeto, se confirmó que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- a) Adolescentes embarazadas que desearan participar voluntariamente; cuya edad debería estar comprendida entre los 13 a 19 años.
- b) Adolescentes embarazadas por primera vez, sin importar la edad gestacional.
- c) Adolescentes embarazadas que supieran leer y escribir.
- d) Adolescentes embarazadas que no tenían enfermedad.

Criterios de exclusión:

- a) Adolescentes embarazadas que rechazaron participar.

3.3 Material

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron tres; dos diseñados por la investigadora basado en la operacionalización de las variables (Apéndice D) y una escala para estimar capacidades de autocuidado (EECA).

1.- Instrumento de los Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE).

Consta de 26 reactivos (Apéndice A) en cuatro secciones: a) datos sociodemográficos que incluyeron la edad, edad gestacional, posición de la adolescente en la familia, estado civil, escolaridad entre otras; b) sistema familiar; c) orientación sociocultural y d) adecuación y disponibilidad de recursos; los reactivos se presentan en escala tipo Likert de cuatro niveles, cada uno de ellos toma un valor de uno a cuatro; el puntaje uno fue para el valor menor y cuatro para el puntaje mayor. La consistencia interna del instrumento estuvo dado por el valor del Alfa de Cronbach de .6890, como se muestra en la tabla 1.

TABLA 1
Características y Cronbach Alfa de las Subescalas y Escala total de FCBAE

Subescala y Escala Total	Reactivos	Reactivos en Escala de Medición Tipo Likert (1 a 4)	Cronbach Alfa
Sistema familiar	6	11, 12, 13, 14, 15, 16	.7473
Orientación sociocultural	4	17, 18, 19, 20	.4324
Adecuación y disponibilidad de recursos	6	21, 22, 23, 25, 26	.7626
Escala Total FCBAE	16	11, . . , 26	.6890

Fuente: FCBAE.

n = 102

En la parte final del instrumento se dejó un espacio libre para que las entrevistadas añadieran observaciones.

2.- Instrumento de Capacidad de Autocuidado.- Se utilizó la escala para estimar capacidades de autocuidado (Apéndice B) diseñado por Isenberg y Evans (1993), traducida al español por Gallegos y Salazar, y validada por Gallegos (1995), obteniéndose un Alfa de Cronbach de .8198. El instrumento incluye veinticuatro reactivos, cada uno de los cuales se califica con una escala que toma valores de uno al cinco (tipo Likert), el puntaje uno es para el valor menor y cinco para el puntaje mayor.

Para poder cumplir con los objetivos del estudio y por tratarse de una población especial (adolescentes embarazadas) se hizo necesario agregar once reactivos relacionados con aspectos propios de los adolescentes y fueron tomados del documento de Análisis Comparativo de tres instrumentos diseñados para medir las Capacidades de Autocuidado (McBride, 1991), basados en el trabajo de Denyes (1980) quien operacionalizó las capacidades de autocuidado en adolescentes; y de reactivos relacionadas con el embarazo. La consistencia interna del instrumento fue aceptable con un Alfa de Cronbach de .8842, como se muestra en la tabla 2.

TABLA 2

Características y Cronbach Alfa de la Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECA)

Escala Total	Reactivos	Reactivos en Escala de Medición Tipo Likert (1 a 5)	Cronbach Alfa
Escala para estimar capacidades de autocuidado	35	1, ..., 35	.8842

Fuente: EECA.

n = 102

3.- Instrumento para las Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas (Apéndice C) incluyeron reactivos relacionados con: a) requisitos de autocuidado universales seleccionados; b) requisitos de autocuidado de desarrollo. El instrumento constó de veintiséis reactivos cada uno de los cuales se califica con una escala que toma valores de uno al cuatro (tipo Likert), el puntaje uno es para el valor menor y cuatro para el puntaje mayor. La consistencia interna del instrumento fue aceptable con un valor del Alfa de Cronbach de .8110, como se muestra en la tabla 3.

TABLA 3

Características y Cronbach Alfa de las Acciones de Autocuidado Adolescentes Embarazadas (AACAE)

Escala Total	Reactivos	Reactivos en Escala de Medición Tipo Likert (1 a 5)	Cronbach Alfa
Acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas	26	1, ..., 26	.8110

Fuente: AACAE.

n = 102

Los tres instrumentos antes mencionados fueron autoaplicables

3.4 Procedimiento para Recolectar la Información

Para iniciar con el estudio se solicitó la autorización de la Secretaria de Salud del Estado de Nuevo León (Jurisdicción N° 4) y a la Dirección del Programa UNI. UANL, para efectuar el estudio en la comunidad seleccionada,

a fin de cubrir con los procedimientos administrativos de investigación en el sector salud.

Se realizó una prueba piloto para conocer la comprensión, practicidad y el tiempo para la aplicación de instrumentos; en treinta adolescentes embarazadas residentes de colonias urbano marginadas con características similares a la población que de estudio y que no formaron parte de la muestra. Posterior a la aplicación de la prueba piloto se hicieron los cambios a las subescalas sistema familiar y orientación sociocultural.

En la aplicación de los instrumentos participaron la autora y dos licenciadas en enfermería; a quienes se les capacita en aspectos relacionados con la Teoría del Déficit de Autocuidado, embarazo en adolescentes y sobre el llenado de los instrumentos, las cinco primeras entrevistas de cada una de las licenciadas fueron realizadas bajo la supervisión directa de la investigadora.

Para la aplicación de los instrumentos se realizó visita domiciliaria, para ello primero se ubicaron a las adolescentes seleccionadas en las manzanas que les corresponde de acuerdo al diseño muestral, se realizaron en promedio dos visitas cuando no se ubicó a la adolescente en la primera; ubicada a la adolescente seleccionada y se le explicó el propósito de la investigación, se solicitó su participación voluntaria y la autorización verbal o contrato firmado (Apéndice E) y se procedió a la aplicación de los instrumentos, en un tiempo aproximado de 40 minutos; se finalizó la actividad con educación sanitaria y la entrega de un folleto informativo sobre los cuidados prenatales y signos de

alarma del embarazo; el investigador solicitó preguntas las cuales fueron contestadas en forma verbal.

Al término de cada aplicación del instrumento el investigador revisó el completo llenado y su codificación. Los datos fueron procesados por computadora mediante el Sistema de Análisis Estadístico (SAS) y el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS). Los resultados se presentan en tablas de contingencia y figuras que se realizaron en Microsoft Excel y para el texto se utilizó el procesador de palabras Microsoft Word.7.

El análisis estadístico primero fue descriptivo obteniéndose frecuencias, porcentajes, medias, medianas y desviaciones estándar. Se usó el Análisis de Varianza (ANOVA) y la prueba no paramétrica Kruskal Wallis (Levin, 1977) para combinaciones entre factores condicionantes básicos, con capacidades y acciones de autocuidado como variables dependientes. Se efectuaron inferencias estadísticas y se sometió la comprobación de hipótesis a través del Coeficiente de Correlación de Spearman, y modelos de Regresión Lineal. Para medir la consistencia interna de los instrumentos se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach; para ello se generaron índices, que se obtuvieron de la suma del total de las variables de cada uno de los instrumentos, restándoles el puntaje mínimo posible, y se dividió entre el máximo valor total menos el valor mínimo posible, posteriormente se multiplicó por cien a fin de que estos se pudieran mover entre cero y cien.

3.5 Ética del Estudio

De acuerdo a las disposiciones generales del REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD (1994) Título segundo, Capítulo I:

Prevaleció el criterio de respeto a la dignidad del ser humano sujeto de estudio, y a la protección de sus derechos y bienestar (Art. 13).

Se contó con el conocimiento informado en forma verbal y por escrito del sujeto de investigación, de sus padres u otros parientes como fue la pareja o su suegra (Art. 14 fracc. V y VIII) (Apéndice E) . Se protegió los principios de individualidad y anonimato, se identificarán sólo cuando los resultados lo requieran y esté autorizado (Art. 16).

Se considera una investigación sin riesgo (Art. 17 fracc. II). También se tiene en cuenta el Art. 21 fracc. VI referente a que el adolescente tiene la garantía de recibir respuestas a cualquier duda respecto al cuestionario, investigación o información acerca del estudio, después del llenado de los instrumentos.

En todos los casos se dio una explicación, adecuada a la edad, de lo que pretende la investigación, del tiempo que demoró, de las molestias que ocasione y se recordó que podía retirarse del estudio en el momento que desee.

Se notificarán los resultados finales del estudio a las autoridades de las instituciones salud y del programa UNI-UANL.

CAPITULO 4

RESULTADOS

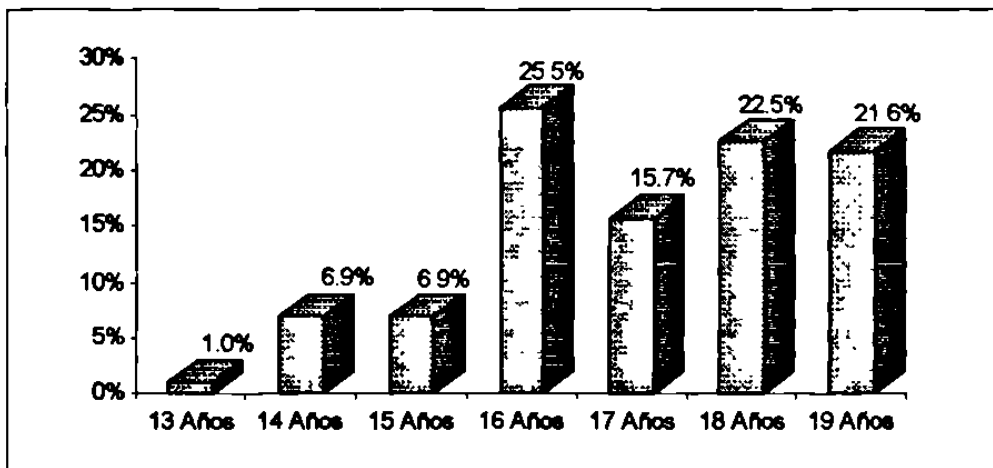
Los resultados se reportan en dos apartados y corresponden: 1) datos descriptivos; 2) análisis estadístico que incluye: estadísticas descriptivas; datos correlacionales y estadísticas inferenciales: Pruebas no paramétricas (Kruskal Wallis) y paramétricas (Regresión Lineal Simple y Múltiple).

4.1 Datos Descriptivos

Los datos descriptivos que correspondieron a las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas estudiadas se presentan en figuras e incluyeron: edad, período de gestación, estado civil, viven con pareja, escolaridad, función que desempeña e ingreso económico propio. Posteriormente se presentan tablas que reportan los porcentajes de cada uno de los reactivos de los instrumentos utilizados.

FIGURA 5

**Edad de las Adolescentes Embarazadas
Apodaca, NL, 1997.**



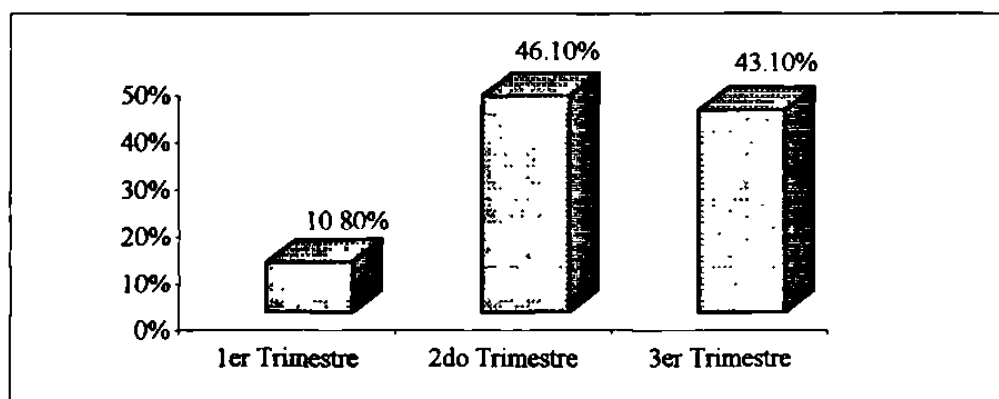
Fuente: FCBAE

n = 102

En la figura 5 se observa que el 25.5 por ciento de las adolescentes incluidas en el estudio tenían 16 años y solo el 1 por ciento 13 años.

FIGURA 6

**Período de Gestación de las Adolescentes Embarazadas
Apodaca, NL, 1997.**



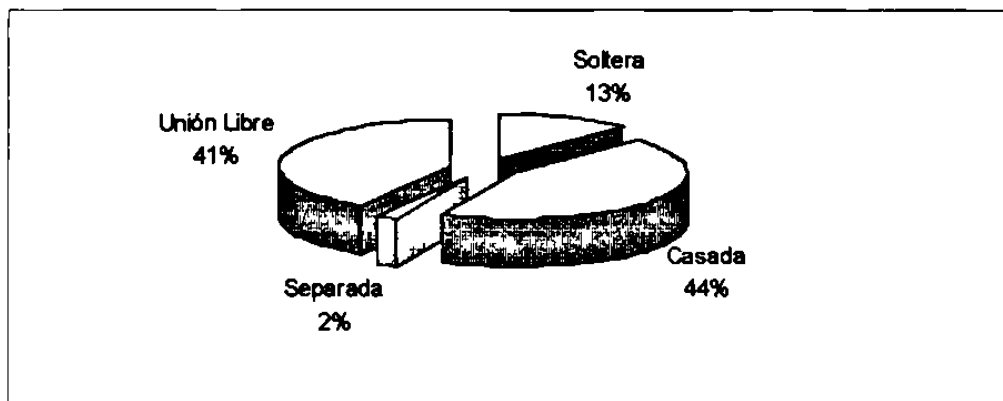
Fuente: FCBAE

n = 102

La figura 6 muestra que el 46.1 por ciento de las adolescentes entrevistadas se encontraron en el segundo trimestre de gestación y el 11 por ciento se encontró en el primer trimestre de gestación.

FIGURA 7

**Estado Civil de las Adolescentes Embarazadas
Apodaca, NL, 1997**



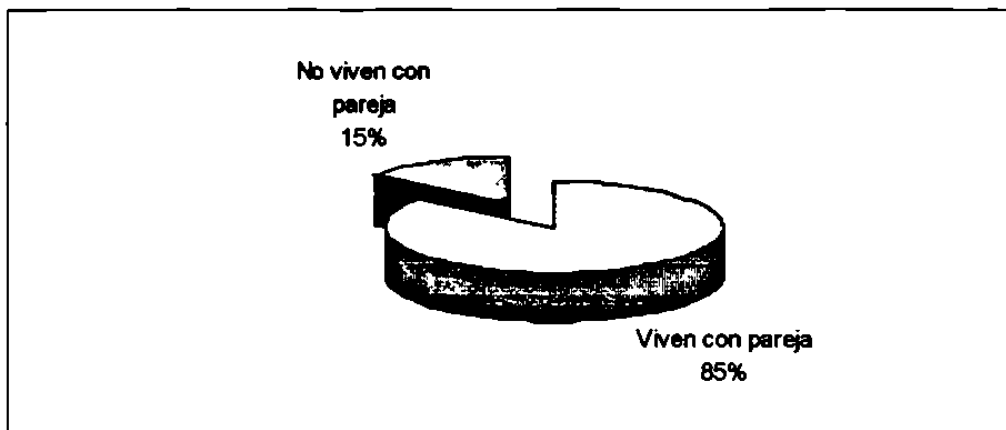
Fuente: FCBAE.

n = 102

En la figura 7 se observa que el 44 por ciento de las adolescentes estudiadas estuvieron casadas y el 2 por ciento separadas.

FIGURA 8

**Viven con la Pareja las Adolescentes Embarazadas
Apodaca, NL, 1997.**



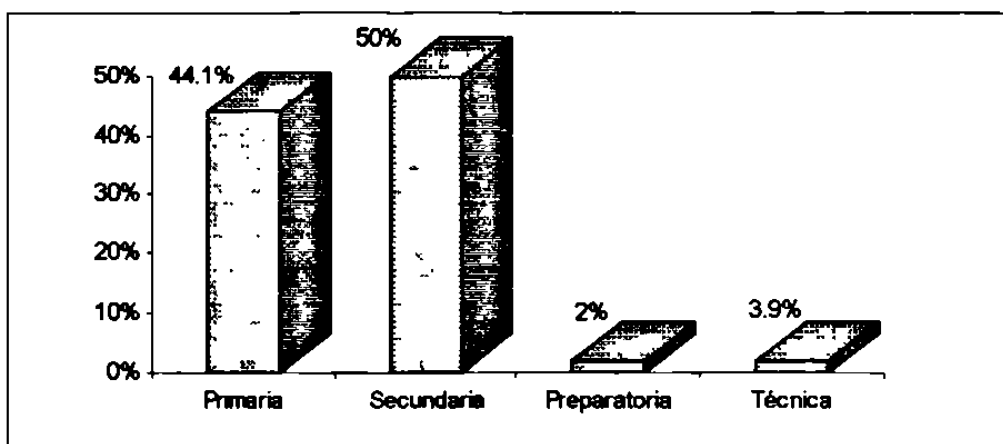
Fuente: FCBAE

n = 102

La figura 8 muestra que 85 por ciento de las adolescentes incluidas en el estudio viven con su pareja y el 15 por ciento no viven con pareja.

FIGURA 9

**Escolaridad de las Adolescentes Embarazadas
Apodaca, NL, 1997.**

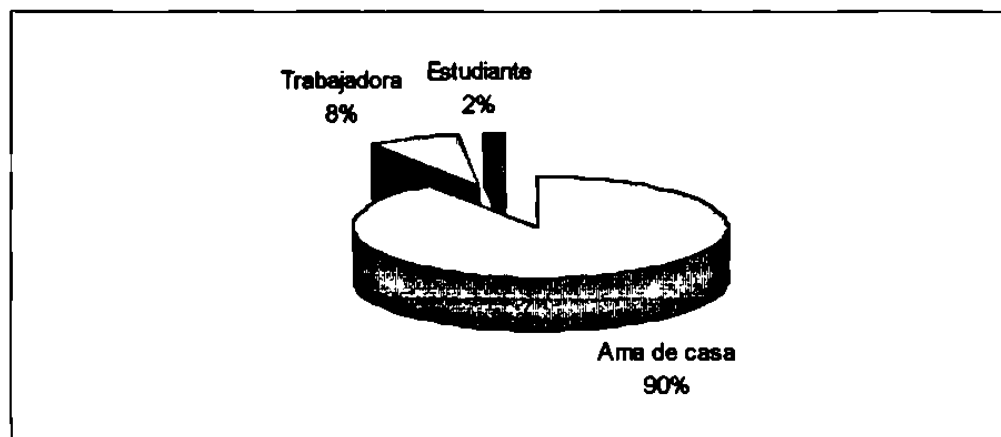


Fuente: FCBAE

n = 102

Se observa en la figura 9 que el 50 por ciento de las adolescentes estudiadas tuvieron secundaria y solo el 2 por ciento preparatoria.

FIGURA 10

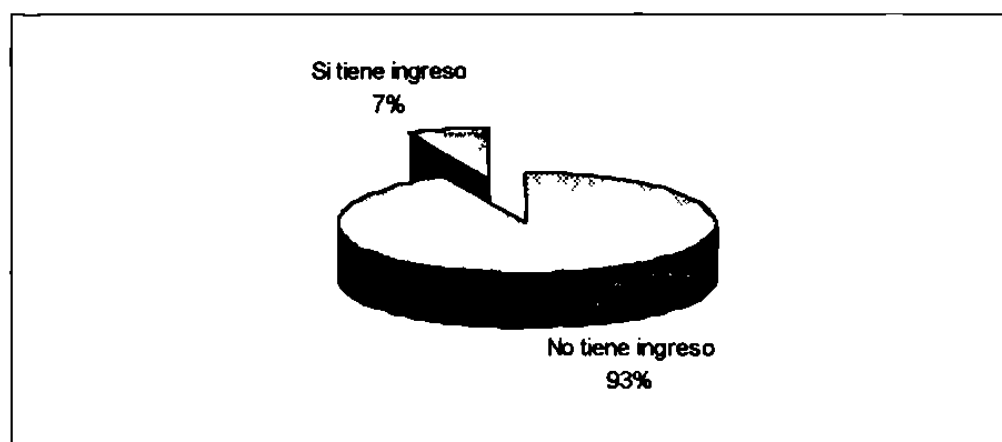
**Función que Desempeñan las Adolescentes Embarazadas
Apodaca, NL, 1997.**

Fuente: FCBAE

n = 102

En la figura 10 se observa que el 90 por ciento de las adolescentes incluidas en el estudio fueron amas de casa y solo el 2 por ciento son estudiantes.

FIGURA 11

**Ingreso Económico Propio de las Adolescentes Embarazadas
Apodaca, NL, 1997.**

Fuente: FCBAE

n = 102

La figura 11 muestra que el 93 por ciento de las adolescentes estudiadas no tuvieron ingreso económico propio y el 7 por ciento tuvo ingreso económico.

TABLA 4
Sistema Familiar de las Adolescentes Embarazadas
Apodaca, NL, 1997.

Factores del Sistema Familiar	Total Desacuerdo	Parcial Desacuerdo	Parcial Acuerdo	Total Acuerdo
La comunicación con mis padres, hermanos y pareja es buena.	3 (2.9)	3 (2.9)	17 (16.7)	79 (77.5)
Las relaciones con mi familia son buenas	0 (0)	4 (3.9)	8 (7.8)	90 (88.2)
Participo en los quehaceres del hogar	4 (3.9)	2 (2.0)	9 (8.8)	87 (85.2)
Estoy contenta con la función que desempeño.	2 (2.0)	2 (2.0)	9 (8.8)	89 (87.2)
Las relaciones con la familia se mantienen iguales con el embarazo.	3 (2.9)	1 (1.0)	13 (12.7)	85 (83.3)
La familia paterna apoya el embarazo.	3 (2.9)	2 (2.0)	11 (10.8)	86 (84.3)

Fuente: FCBAE

n = 102

En la tabla 4 se observa que el 88.2 por ciento de las adolescentes estudiadas reportaron total acuerdo con respecto a que las relaciones con su familia fueron buenas; el 16.7 por ciento reportó parcial acuerdo en relación a que la comunicación con sus padres, hermanos y pareja fue buena; el 3.9 por ciento dio cuenta de parcial desacuerdo con buenas relaciones con su familia y el 3.9 por ciento reportó total desacuerdo en cuanto a que participaron en los quehaceres del hogar.

TABLA 5

**Orientación Sociocultural de las Adolescentes Embarazadas
Apodaca, NL, 1997.**

Factores de Orientación Socioculturales	Total Desacuerdo	Parcial Desacuerdo	Parcial Acuerdo	Total Acuerdo
Mi embarazo fue un accidente.	40 (39.2)	5 (4.9)	0 (0)	57 (55.9)
Tener relaciones sexuales durante el embarazo puede afectar a mi hijo.	29 (28.4)	17 (16.7)	13 (12.7)	43 (42.2)
Protejo mi embarazo cuando hay luna llena con un seguro metálico.	10 (9.8)	3 (2.9)	5 (4.9)	84 (82.4)
Hago uso de remedios caseros para cuidar mi embarazo.	46 (45.1)	6 (5.9)	7 (6.9)	43 (42.1)

Fuente: FCBAE

n = 102

La tabla 5 muestra que el 82.4 por ciento de las adolescentes embarazadas reportaron total acuerdo con respecto a que protegieron su embarazo con un seguro metálico; el 12.7 por ciento reportó parcial acuerdo en cuanto a que tener relaciones sexuales durante el embarazo puede afectar a su hijo; el 16.7 por ciento dio cuenta de parcial desacuerdo con lo anterior y el 45.1 por ciento reportaron total desacuerdo con respecto a que utilizaron remedios caseros para cuidar su embarazo.

TABLA 6

**Adecuación y Disponibilidad de Recursos de las
Adolescentes Embarazadas
Apodaca, NL, 1997.**

Adecuación y Disponibilidad de Recursos	Total Desacuerdo	Parcial Desacuerdo	Parcial Acuerdo	Total Acuerdo
Hago uso del centro de salud de mi comunidad.	22 (21.6)	10 (9.8)	19 (18.6)	51 (50.0)
Los recursos de salud son suficientes para atenderme.	13 (12.7)	9 (8.8)	17 (16.7)	63 (61.8)
Hay disponibilidad de taxis y camiones en la comunidad.	9 (8.8)	1 (1.0)	10 (9.8)	82 (80.4)
Hay disponibilidad de Farmacias en la comunidad.	4 (3.9)	1 (1.0)	5 (4.9)	92 (90.2)
Hay disponibilidad de tiendas y mercados en la comunidad.	2 (2.0)	2 (2.0)	7 (6.7)	91 (89.2)
Hay disponibilidad de cabinas telefónicas en la comunidad.	16 (15.7)	3 (2.9)	12 (11.8)	71 (69.6)

Fuente: FCBAE

n = 102

En la tabla 6 se observa que el 90.2 por ciento de las adolescentes embarazadas reportaron total acuerdo respecto a que hubo disponibilidad de farmacias en su comunidad; el 18.6 por ciento dio cuenta de parcial acuerdo en relación a que hicieron uso del centro de salud de su comunidad y participaron en juntas de su comunidad; el 9.8 por ciento reportó parcial desacuerdo en cuanto a que hicieron uso del centro de salud de su comunidad y el 21 por ciento reportó total desacuerdo con respecto a que hicieron uso del centro de salud de su comunidad.

Los resultados que a continuación se presentan en la tabla 7, corresponden al instrumento escala para estimar capacidades de autocuidado.

TABLA 7

Escala para Estimar Capacidades Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas Apodaca, NL, 1997.

Capacidades de Autocuidado	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
Conforme cambian las circunstancias puedo hacer cambios para mantenerme bien.	1 (1.0)	5 (4.9)	4 (3.9)	24 (23.5)	68 (66.7)
Checo las forma de mantenerme sana son las mejores.	4 (3.9)	3 (2.9)	4 (3.9)	19 (18.6)	72 (70.6)
Si los movimientos están disminuidos hago los cambios necesarios.	5 (4.9)	1 (1.0)	8 (7.8)	28 (27.5)	60 (58.8)
Tomo medidas para mantener higiénico el medio que me rodea	2 (2.0)	2 (2.0)	1 (1.0)	17 (16.6)	80 (78.4)
Hago cambios en mi forma de vida para mantenerme sana.	4 (3.9)	3 (2.9)	4 (3.9)	22 (21.8)	69 (67.6)
Raras veces desperdicio la energía que necesito para cuidarme.	10 (9.8)	8 (7.8)	3 (2.9)	33 (32.4)	48 (47.1)
Busco formas mejores para cuidarme a mi misma.	3 (2.9)	1 (1.0)	0 (0)	21 (20.6)	77 (75.5)
Ajusto la frecuencia con que me baño a fin de mantenerme limpia.	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	12 (11.7)	87 (85.3)
Me alimento de manera que mantengo mi peso.	3 (2.9)	5 (4.9)	7 (6.9)	27 (26.5)	60 (58.8)
Puedo arreglar para estar a solas.	16 (15.6)	11 (10.8)	11 (10.8)	33 (32.4)	31 (30.4)
Pienso en tomar tiempo para hacer Ejercicio. y Descansar durante el día pero nunca lo hago.	21 (20.6)	17 (16.7)	8 (7.8)	28 (27.5)	28 (27.5)
A través de los años he hecho amigas que puedo llamar cuando necesito.	19 (18.6)	12 (11.8)	2 (2.0)	21 (20.6)	48 (47.1)
Duermo lo suficiente para sentirme descansada.	13 (12.7)	7 (6.9)	3 (2.9)	21 (20.6)	58 (56.9)
Cuando recibo información sobre mi salud pido que me expliquen.	2 (2.0)	4 (3.9)	2 (2.0)	23 (22.5)	71 (69.6)
Examino mi cuerpo para ver si hay cambios.	9 (8.8)	6 (5.9)	7 (6.9)	25 (24.5)	55 (53.9)
Si debo tomar medicina que nunca he tomado busco información sobre los efectos.	8 (7.8)	7 (6.9)	5 (4.9)	16 (15.7)	66 (64.7)

En el pasado he sido capaz de cambiar algunos de mis viejos hábitos para mejorar mi salud	8 (7.8)	6 (5.9)	9 (8.8)	36 (35.3)	43 (42.2)
Aseguro que mi familia. y yo estemos seguros.	1 (1.0)	1 (1.0)	2 (2.0)	24 (23.5)	74 (72.5)
Checo la utilidad de lo que hago para mantenerme sana.	4 (3.9)	3 (2.9)	3 (2.9)	27 (26.5)	65 (63.7)
En las actividades de la vida diaria raras veces me doy tiempo para cuidarme a mi misma.	24 (23.5)	19 (18.6)	3 (2.9)	25 (24.5)	31 (30.4)
Cuando mi salud esta en peligro soy capaz de buscar información que necesito	2 (2.0)	3 (2.9)	0 (0)	22 (21.6)	75 (73.5)
Busco ayuda cuando no puedo cuidarme.	3 (2.9)	4 (2.9)	1 (1.0)	31 (30.4)	63 (61.8)
De vez en cuando tengo tiempo para mí	10 (9.8)	13 (12.9)	4 (3.9)	29 (28.4)	46 (45.1)
Cuando he tenido limitaciones para moverme he sido capaz de cuidarme como a mi me gusta.	4 (3.9)	6 (5.9)	13 (12.7)	24 (23.5)	55 (53.9)
Me siento bien conmigo mismo.	3 (2.9)	1 (1.0)	1 (1.0)	24 (23.5)	73 (71.6)
Tengo buenas sensaciones.	2 (2.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	30 (29.4)	68 (66.7)
Me siento bien de hacer cosas bien.	1 (1.0)	2 (2.0)	1 (1.0)	26 (25.5)	72 (70.6)
Me siento orgullosa de hacer cosas bien.	3 (2.9)	0 (0)	0 (0)	27 (26.5)	72 (70.6)
Me siento bien respecto a mi cuerpo.	2 (2.0)	3 (2.9)	5 (4.9)	24 (23.5)	68 (66.7)
Soy buena amiga mía.	0 (0)	2 (2.0)	1 (1.0)	24 (23.5)	25 (23.5)
Conozco mis puntos fuertes y los débiles.	0 (0)	2 (2.0)	6 (5.9)	29 (28.4)	65 (63.7)
Llevo a cabo mis decisiones.	2 (2.0)	4 (3.9)	6 (5.9)	25 (24.5)	65 (63.5)
Pienso que el control prenatal es importante.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (5.9)	96 (94.1)
Pienso que los alimentos con sal, pueden afectar el embarazo.	6 (5.9)	4 (3.9)	4 (3.9)	18 (17.6)	70 (68.6)
He aprendido cuidados sobre el embarazo de otras mujeres embarazadas.	12 (11.8)	3 (2.9)	2 (2.0)	21 (20.6)	64 (62.7)

n = 102

Fuente: EECA

La tabla 7 muestra que el 94.1 por ciento reportó total acuerdo relativo a que es importante el control del embarazo para un embarazo saludable; el 35.3 por ciento mostró, acuerdo referente a que en el pasado han sido capaces de cambiar algunos viejos hábitos para mejorar su salud; 12.7 por ciento reportó ni acuerdo ni desacuerdo respecto a cuando han tenido limitaciones para moverse, han sido capaces de cuidarse como a ellas les gustaba; 18.6 por ciento reportó desacuerdo en relación a que raras veces han tenido tiempo para cuidarse ellas mismas y 23.5 estuvieron en total desacuerdo con lo anterior.

TABLA 8

Requisitos Universales de Alimentación de las Adolescentes Embarazadas Apodaca, NL, 1997.

Requisitos Universales de Alimentación	Total Desacuerdo	Parcial Desacuerdo	Parcial Acuerdo	Total Acuerdo
Consume frutas y verduras en la dieta.	0 (0)	1 (1.0)	16 (15.7)	85 (83.3)
Consume cereales y leguminosas en la dieta.	8 (7.8)	9 (8.8)	23 (22.5)	62 (60.8)
Consume leche y derivados en la dieta	6 (5.9)	2 (2.0)	19 (18.6)	62 (60.8)
Desde que inició el embarazo cambio los hábitos alimentarios.	5 (4.9)	6 (5.9)	15 (14.7)	76 (74.5)
Disminución de consumo de refrescos y comida chatarra.	16 (15.7)	11 (10.8)	22 (21.6)	53 (52.0)

Fuente: AACAE

n = 102

En la tabla 8 se observa que el 83.3 por ciento reportó total acuerdo respecto al consumo de frutas y verduras; 22.5 por ciento mostró parcial acuerdo en relación a que con frecuencia consumen cereales y leguminosas; 10.8 por ciento reportaron parcial desacuerdo con que han disminuido el consumo de refrescos y comida chatarra; y 15.7 por ciento reportó total desacuerdo con lo anterior.

TABLA 9

Requisitos Universales de Eliminación Urinaria Intestinal de las Adolescentes Embarazadas Apodaca, NL, 1997.

Requisitos Universales de Eliminación Urinaria Intestinal.	Total Desacuerdo	Parcial Desacuerdo	Parcial Acuerdo	Total Acuerdo
Consume cereales y verduras en la dieta.	10 (9.8)	9 (8.8)	14 (13.7)	69 (67.6)
Toma líquidos.	1 (1.0)	4 (3.9)	8 (7.8)	89 (87.3)
Observa las características de las evacuaciones.	18 (17.6)	7 (6.9)	16 (15.7)	61 (59.8)

Fuente: AACAE

n = 102

Se observa en la tabla 9 que el 87.3 por ciento de la muestra estudiada reportó total acuerdo con respecto a que consumieron líquidos; 15.7 por ciento mostró parcial acuerdo en cuanto a que observaron las características de sus evacuaciones; 8.8 por ciento reportó parcial desacuerdo respecto, a consumir cereales y verduras en la dieta.

TABLA 10

Requisitos Universales de Prevención de Peligros de las Adolescentes Embarazadas Apodaca, NL, 1997.

Requisitos Universales de Prevención de Peligros	Total Desacuerdo	Parcial Desacuerdo	Parcial Acuerdo	Total Acuerdo
Controla la presión arterial.	14 (13.7)	8 (7.8)	23 (22.5)	57 (55.9)
Evita consumir alimentos con sal	14 (13.7)	9 (8.8)	27 (26.5)	52 (51.0)
Examina pies, tobillos y busca signos de inflamación.	17 (16.5)	5 (4.9)	14 (13.7)	66 (64.7)
Descansa durante el día.	2 (2.0)	4 (3.9)	25 (24.5)	71 (69.6)
Hace uso de chanclas para bañarse.	3 (2.9)	1 (1.0)	11 (10.8)	87 (85.3)
Hace uso del pasamos para subir y bajar escaleras	26 (25.5)	3 (2.9)	10 (9.8)	63 (61.8)
Controla el peso	14 (13.7)	7 (6.9)	24 (23.5)	57 (55.9)
Evita el consumo de cigarros, alcohol y drogas.	14 (13.7)	1 (1.0)	5 (4.9)	82 (80.4)
Evita ejercicio intenso y cargar peso.	8 (7.8)	6 (5.9)	13 (12.7)	75 (73.5)

Fuente: AACAE

n = 102

En la tabla 10 se observa que, el 85.3 por ciento de las adolescentes embarazadas, reportaron total acuerdo respecto a que utilizaron chanclas cuando se bañaron; el 26.5 por ciento reportó total acuerdo con que evitaron consumir alimentos con sal; el 8.8 por ciento mostró parcial desacuerdo con lo anterior; el 25.5 por ciento reportó total desacuerdo en relación a que hicieron uso del pasamanos al subir y bajar escaleras.

TABLA 11

**Requisitos de Desarrollo de las Adolescentes Embarazadas
Apodaca, NL, 1997.**

Requisitos de Desarrollo	Total Desacuerdo	Parcial Desacuerdo	Parcial Acuerdo	Total Acuerdo
Realiza el control del embarazo.	7 (6.9)	2 (2.0)	11 (10.8)	82 (80.4)
Realiza los análisis indicados	7 (6.9)	2 (2.0)	4 (3.9)	89 (87.3)
Realiza caminatas.	12 (11.8)	9 (8.8)	35 (34.3)	46 (45.1)
Usa crema para las estrías.	53 (52.0)	10 (9.8)	17 (16.7)	22 (21.6)
Realiza ejercicios para formar el pezón.	52 (51.0)	9 (8.8)	16 (15.7)	25 (24.5)
Desde que inicia el embarazo cambió la forma de vestirse	7 (6.9)	8 (7.8)	11 (10.8)	76 (74.5)
Usa zapatos cómodos	10 (9.8)	5 (4.9)	11 (10.8)	76 (74.5)
Realiza el baño diario.	0 (0)	2 (2.2)	7 (6.9)	93 (91.2)
Practica ejercicios respiratorios	37 (36.3)	13 (12.7)	27 (26.5)	25 (24.5)

Fuente: AACAE

n = 102

La tabla 11 muestra que el 91.2 por ciento de las adolescentes embarazadas reportaron total acuerdo con que realizaron el baño diario; el 34.3 por ciento mostró parcial acuerdo respecto a que realizaron caminatas; el 12.7 por ciento reportó parcial desacuerdo en relación a que practicaron ejercicios respiratorios; el 52 por ciento dio cuenta de total desacuerdo en cuanto a que hicieron uso de crema para las estrías.

4.2 Análisis Estadístico

4.2.1 Estadísticas Descriptivas

TABLA 12

Medidas Descriptivas Relativas a los FCBAE; EECA; AACAE de las Adolescentes Embarazadas Apodaca, NL, 1997.

VARIABLES	Valor Mínimo	Mediana	Media	Valor Máximo	Rango	Desviación Estándar
FCBs: Sistema Familiar	27.78	100	92.37	100	62.82	13.51
FCBs: Socioculturales	.00	50	55.39	100	100	26.63
FCBs: Adecuación y Disponibilidad de Recursos.	11.11	88.88	82.57	100	88.89	20.68
Capacidad de Autocuidado.	47.86	84.28	82.86	100	52.14	10.84
Acciones de Autocuidado.	37.18	78.20	77.21	100	62.82	13.51

Fuente: FCBAE, EECA, AACAE

n = 102

En la tabla 12 se encontró que el valor mínimo más alto fue para capacidades de autocuidado (47.86) y el más bajo fue para los factores de orientación sociocultural. En cuanto a la mediana, la más alta fue para los factores del sistema familiar (100) y la más baja fue para los factores de orientación sociocultural (50). La media más alta fue para los factores del sistema familiar (92.37) y la más baja para los factores de orientación sociocultural (55.39). La mayor variabilidad lo obtuvo los factores de orientación sociocultural (26.63) y la menor variabilidad lo obtuvo las capacidades de autocuidado (10.84); todas las variables tuvieron valor el mismo valor máximo (100).

4.2.2 Datos Correlacionales

Para identificar el nivel de relación y significancia de las variables estudiadas en la presente investigación se calculó el índice de correlación de Spearman; cuyos resultados se muestra en la siguiente tabla:

TABLA 13

Coefficiente de Correlación de Spearman entre los FCBAE Seleccionados, EECA, AACAE de las Adolescentes Embarazadas Apodaca, NL, 1997.

Adecuación y disponibilidad de recursos	.1121 (.262)			
Capacidades de autocuidado	.4352 (.000)	.1210 (.226)		
Orientación sociocultural	.1261 (.207)	.0746 (.456)	.1684 (.091)	
Sistema familiar	.1017 (.309)	.0917 (.360)	.2198 (.026)	-.1183 (.236)
	Acciones autocuidado	Adecuación y disponibilidad de recursos	Capacidades de autocuidado	Orientación sociocultural

Fuente: FCBAE, EECA, AACAE

n=102

En la tabla 13 se encontró: a) correlaciones positivas en la mayoría de las variables; b) correlación negativa entre sistema familiar y orientación sociocultural; c) las capacidades de autocuidado se asociaron con las acciones de autocuidado en forma positiva y significativa ($r_s = .4352$, $p = .000$); d) los factores del sistema familiar se asociaron con las capacidades de autocuidado en forma positiva y significativa ($r_s = .2198$, $p = .026$).

4.2.3 Estadísticas Inferenciales

Las estadísticas inferenciales se reportan en dos apartados:

1) prueba de Kruskal Wallis y 2) Regresión Lineal Simple y Múltiple para la probar las hipótesis.

4.2.3.1 Prueba de Kruskal Wallis

Se utilizó esta prueba no paramétrica debido que los índices de las variables no tuvieron distribución normal (Polit, 1994).

TABLA 14

**Resultado de la Prueba de Kruskal Wallis
Apodaca, NL, 1997.**

Fuente de Variación	G.L	Sistema Familiar		Orientación Socio_Cultural		Adecuación Disponibi- lidad. de Recursos		Capacidad de Autocuidado		Acciones de Autocuidado	
		χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Edad	1	0.39	.5319	2.46	.1164	1.27	.2595	0.01	.9918	0.37	.5386
Período de Gestación	2	3.12	.2091	6.12	.0467	0.18	.9102	0.70	.7036	3.51	.1729
Posición de la Adolescente	1	0.23	.6249	0.56	.4532	0.56	.4521	0.01	.9909	1.07	.3000
Escolaridad	1	0.84	.3584	0.55	.4565	2.14	.1426	0.47	.4916	0.37	.5415
Viven con pareja	1	5.96	.0146	9.83	.0017	1.15	.2820	0.51	.4724	1.13	.2873
Edad-Escolaridad	3	5.58	.1227	3.44	.3280	3.65	.3010	1.67	.6433	0.82	.8443
Edad-Viven con pareja	3	6.66	.0832	12.40	.0061	2.48	.4772	0.52	.9138	3.65	.3017
Edad-Posición de la adolescente	3	0.59	.8987	2.86	.4135	2.12	.5477	3.68	.2980	2.12	.5477
Posición de la Ad -Escolaridad	3	1.05	.7883	1.06	.7851	3.08	.3792	1.03	.7932	3.41	.3316
Posición de la Ad -Viven con pareja	1	8.60	.0351	10.37	.0156	2.08	.5557	1.02	.7962	2.09	.5526
Escolaridad-Viven con pareja	1	7.62	.0545	10.90	.0122	3.65	.3009	3.40	.3327	1.74	.6273

Fuente: FCBAE, EECA, AACAE.

n = 102

En la tabla 14 muestra la significancia de las siguientes fuentes de variación: período de gestación con orientación sociocultural ($\chi^2 = 6.12$, $p = .0467$); viven con la pareja con los factores del sistema familiar ($\chi^2 = 5.96$, $p = .0146$) con de orientación sociocultural ($\chi^2 = 9.83$, $p = 0017$); la combinación edad - viven con la pareja con los factores de orientación sociocultural ($\chi^2 = 12.4$, $p = .0061$); la combinación posición de la adolescente - viven con la pareja, con los factores del sistema familiar ($\chi^2 = 8.60$, $p = .0351$) y con orientación sociocultural ($\chi^2 = 10.37$, $p = .0156$); la combinación escolaridad - viven con pareja, con los factores de orientación sociocultural ($\chi^2 = 10.90$, $p = 0122$). Las variables adecuación y disponibilidad de recursos, capacidades y acciones de autocuidado no mostraron significancia.

TABLA 15

Medias de las Combinaciones Viven con pareja - Posición de la Adolescente en la Familia con Sistema Familiar de las Adolescentes Embarazadas Apodaca, NL, 1997.

Factor o Combinación	n	Medias	Rangos Medios
Viven con pareja con Sistema familiar	1* 87	93.16	54 13
	2 15	87.77	36.27
Posición de la adolescente – Viven con pareja con Sistema familiar	1 1** 24	93.75	53.77
	1 2 3	74.07	14.33
	2 1 63	92.94	54.26
	2 2 12	91.20	41.75

Fuente: FCBAE

n = 102

1* Viven con pareja
2 No viven con pareja

1 1** Primera hija y viven con pareja
1 2 Primera hija y no viven con pareja
2 1 No es primera hija y viven con pareja
2 2 No es primera hija y no viven con pareja

En la tabla 15 se observa, que la media más alta (M = 93.75) lo obtuvo la combinación posición de la adolescente en la familia – viven con pareja, cuando las adolescentes (n = 24) fueron primeras hijas y vivieron con pareja y la media más baja (M = 74.07) cuando las adolescentes (n = 3) fueron primeras hijas y no vivieron con pareja.

TABLA 16

Medias de las Combinaciones Período de Gestación - Viven con pareja - Posición de la Adolescente en la Familia - Edad - Escolaridad con Orientación Sociocultural de las Adolescentes Embarazadas Apodaca, NL, 1997.

Factor o Combinación	n	Medias	Rangos Medios
Período de gestación con Orientación sociocultural	1*	11	38.63
	2	47	53.72
	3	44	61.36
Viven con pareja con Orientación sociocultural	1**	85	51.91
	2	15	75.55
Edad – Viven con pareja con Orientación sociocultural	1 1***	35	57.38
	1 2	6	79.16
	2 1	52	48.23
	2 2	9	73.14
Posición de la adolescente – Viven con pareja con Orientación sociocultural.	1 1****	24	48.26
	1 2	3	80.55
	2 1	63	53.30
	2 2	12	74.30
Escolaridad – Viven con pareja con Orientación sociocultural.	1 1*****	40	55.41
	1 2	5	80.00
	2 1	47	48.93
	2 2	10	73.33

Fuente: FCBAE

n = 102

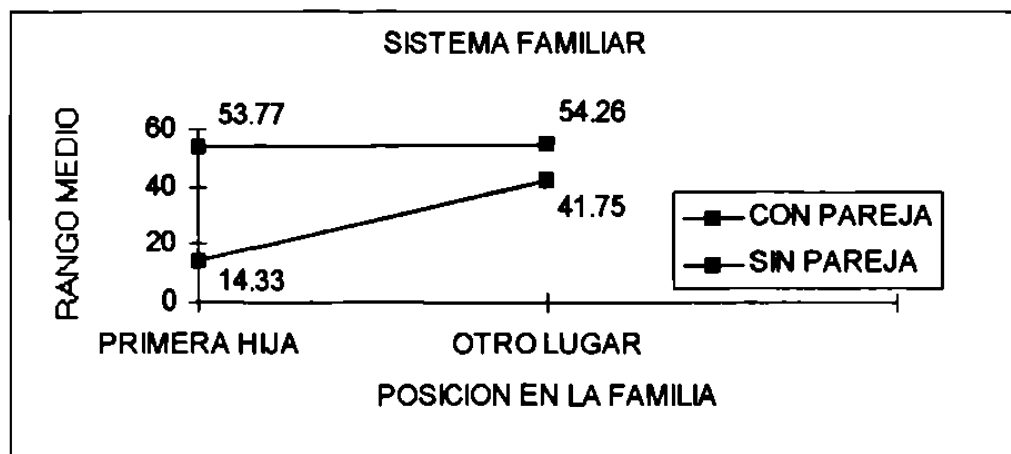
1*	1er. Trimestre gestación	1 1****	Primera hija y viven con pareja
2	2do Trimestre gestación	1 2	Primera hija y no viven con pareja
3	3er Trimestre gestación	2 1	No son primera hija y viven con pareja
1**	Viven con pareja	2 2	No son primera hija y no viven con pareja
2	No viven con pareja		
1 1***	13 a 16 años y viven con pareja	1 2*****	Primaria y viven con pareja
1 2	13 a 16 años y no viven con pareja	1 2	Primaria y no y viven con pareja 2 1
2 1	17 a 19 años y viven con pareja		Secundaria viven con pareja
2 2	17 a 19 años y no viven con pareja	2 2	Secundaria y más y no viven con pareja

La tabla 16 muestra que la media más alta ($M = 80.55$) fue para la combinación posición de la adolescente en la familia – viven con pareja; cuando las adolescentes ($n = 3$) fueron primeras hijas y no vivieron con pareja y la media más baja ($M = 38.63$) fue para la combinación período de gestación cuando las adolescentes ($n = 11$) se encontraron en el primer período.

Las figuras 12, 13, 14 y 15 presentan los rangos medios de las combinaciones que tienen dos variables.

FIGURA 12

Rangos Medios para las Combinaciones Viven con pareja - Posición en la Familia con Sistema Familiar de las Adolescentes Embarazadas Apodaca, NL, 1997.



Fuente: FCBAE

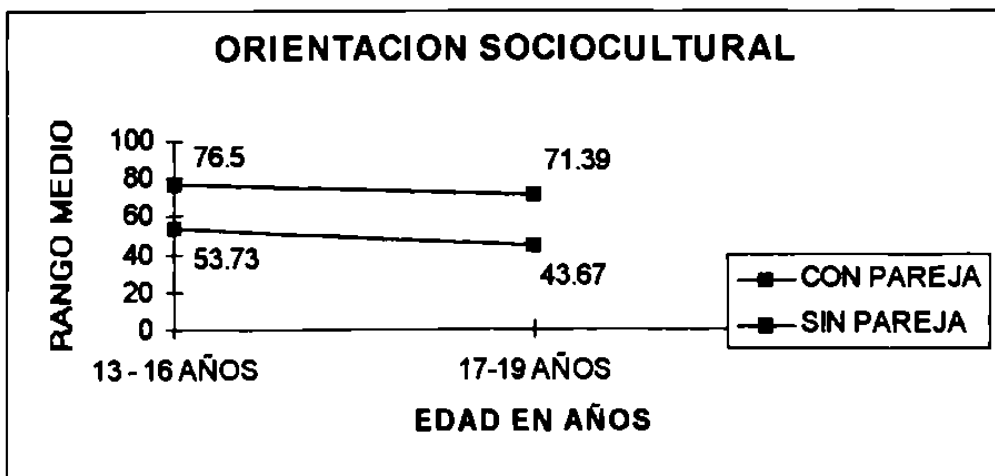
$n = 102$

En la figura 13 se observa que los rangos medios para los factores del sistema familiar son los más altos cuando las adolescentes estudiadas vivieron con pareja ya sea cuando eran primeras hijas u ocupaban otro lugar en la familia. El valor menor se observa para la combinación formada por

adolescentes sin pareja – primeras hijas.

FIGURA 13

Rangos Medios para las Combinaciones Edad - Viven con pareja con Orientación Sociocultural de las Adolescentes Embarazadas Apodaca, NL, 1997.



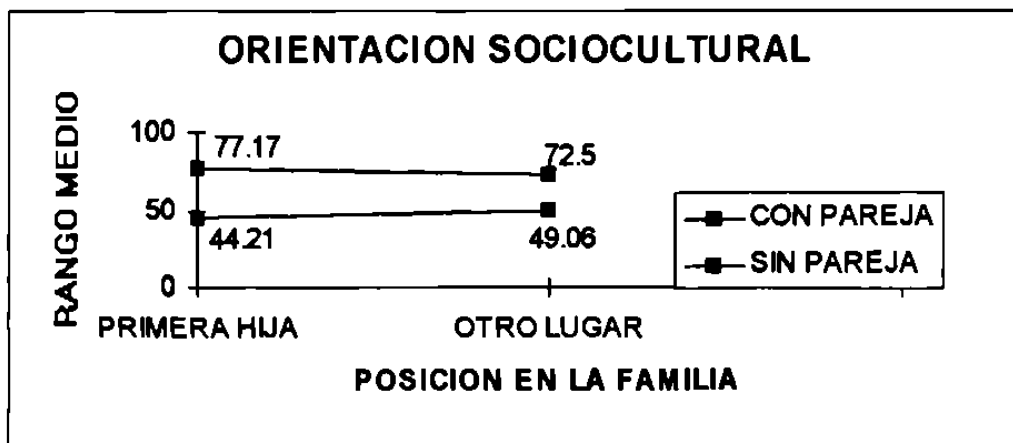
Fuente: FCBAE

n = 102

En la figura 13 se observa valores más altos en el rango medio de factores de orientación socioculturales son mayores cuando la edad de las adolescentes entrevistadas estuvo comprendida entre 13 - 16 años sin importar la pareja y disminuye en las adolescentes cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 17 - 19 años.

FIGURA 14

Rangos Medios para las Combinaciones Viven con pareja - Posición en la Familia con Orientación Sociocultural de las Adolescentes Embarazadas Apodaca, NL, 1997.



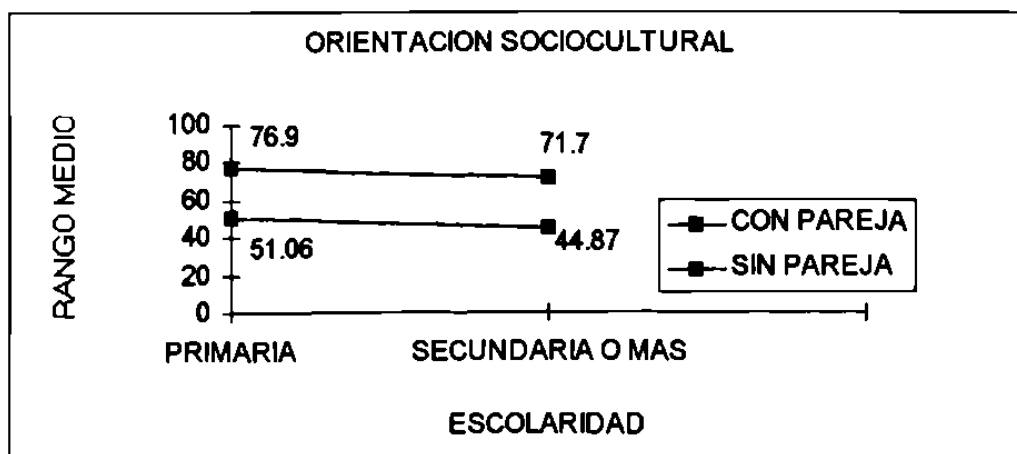
Fuente: FCBAE

n = 102

Se observa en la figura 14 que el rango medio de los factores orientación sociocultural son más altos cuando las adolescentes eran primeras hijas u ocupaban otro lugar de la familia y no vivían con pareja.

FIGURA 15

Rangos Medios para las Combinaciones Viven con pareja - Escolaridad con Orientación Sociocultural de las Adolescentes Embarazadas Apodaca, NL, 1997.



Fuente: FCBAE,

n = 102

En la figura 15 se observa que el rango medio de los factores de orientación sociocultural son mayores en las adolescentes embarazadas que no tuvieron la pareja en ambos niveles de escolaridad.

4.2.1.2 Prueba de Hipótesis

Para probar las hipótesis se utilizaron los modelos de regresión lineal simple y múltiple por ser éstos de tipo predictivas (Polit, 1994).

La primera hipótesis planteada: *Los factores condicionantes básicos representados por sistema familiar, orientación sociocultural, así como adecuación y disponibilidad de recursos son predictores de las capacidades de autocuidado de la adolescentes embarazadas.* Los resultados del modelo de regresión lineal múltiple se presentan en las tablas 17 y 18.

TABLA 17

Análisis de Varianza para el Modelo de Regresión Lineal Múltiple cuando la Variable Dependiente es Capacidad de Autocuidado Apodaca, NL, 1997.

Fuente de Variación	G.L	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F Calculada	Valor de p
Regresión	3	919.90405	306.6346	2.74572	.0471
Residual	98	10944.3816	111.677		

$R^2 = 7.754 \%$

Al introducir la variable dependiente capacidades de autocuidado y las variables independientes: sistema familiar, orientación sociocultural y adecuación y disponibilidad de recursos (factores condicionantes básicos);

en el modelo de regresión lineal múltiple, éste reporta significancia ($F = 2.74572$, $p = .0471$); con un valor de $R^2 = 7.754$ por ciento que explica la variación de las capacidades de autocuidado por efecto de los factores condicionantes básicos. En base a estos resultados se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna con un $\alpha = 0.05$; por lo consiguiente se sustenta la hipótesis de trabajo.

TABLA 18

Estimaciones en el Modelo de Regresión Lineal Múltiple cuando la variable Dependiente es Capacidad de Autocuidado Apodaca, NL, 1997.

Variable	Coficiente	Error Estándar	Valor de t	Valor de p
Sistema Familiar	.203522	.078767	2.584	.0112
Orientación Sociocultural	.044833	.040437	1.109	.2703
Adecuación y Disponibilidad de Recursos	.005563	.052032	.107	.9151
Constante	61.114132	8.494075	7.195	.0000

La tabla 18 muestra el efecto individual de las variables independientes: sistema familiar, orientación sociocultural y adecuación y disponibilidad de recursos en las capacidades de autocuidado. La variable sistema familiar fue significativa ($t = 2.584$, $p = .0112$) por lo que se puede inferir que las capacidades de autocuidado de las adolescentes embarazadas se incrementan a medida que se incrementan los factores del sistema familiar dado que el coeficiente es positivo (.203522).

La Segunda hipótesis: *Los factores condicionantes básicos representados por sistema familiar, orientación sociocultural y adecuación y disponibilidad de recursos son predictores de las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.* Los resultados se reportan en las tablas 19 y 20.

TABLA 19

Análisis de Varianza para el Modelo de Regresión Lineal Múltiple cuando la Variable Dependiente es Acciones de Autocuidado Apodaca, NL, 1997.

Fuente de Variación	G.L	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F Calculada	Valor de p
Regresión	3	1391,13140	463.71047	2.66577	.0520
Residual	98	17047,0897	173.94990		

$R^2 = 7.545 \%$

Al introducir la variable dependiente acciones de autocuidado y las variables independientes: factores del sistema familiar, orientación sociocultural, adecuación y disponibilidad de recursos (factores condicionantes básicos); en el modelo de regresión lineal múltiple, éste reporta significancia ($F = 2.76577$, $p = .0520$), $\alpha = 0.06$ con una $R^2 = 7.545$ por ciento que explica la variación de las acciones de autocuidado por efecto de los factores condicionantes básicos. En base a estos resultados se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; por lo consiguiente se sustenta la hipótesis de trabajo.

TABLA 20

Estimaciones en el Modelo de Regresión Lineal Múltiple cuando la variable Dependiente es Acciones de Autocuidado Apodaca, NL, 1997.

Variable	Coficiente	Error Estándar	Valor de t	Valor de p
Sistema Familiar	.218486	.098305	2.223	.0285
Orientación Sociocultural	.078153	.050467	1.549	.1247
Adecuación y Disponibilidad de Recursos	.018925	.064939	.291	.7713
Constante	51.137849	10.600970	4.824	.000

La tabla 19 presenta efecto individual de las variables independientes: sistema familiar, orientación sociocultural y adecuación y disponibilidad de recursos, en las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas. La variable sistema familiar fue significativa ($t = 2.223$, $p = .0285$), por lo que se puede inferir que las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas se incrementan a medida que se incrementan los factores del sistema familiar dado que el coeficiente es positivo (.2118486).

La tercera hipótesis: *Las capacidades de autocuidado son predictoras de las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.* Fue trabajada con el modelo de regresión lineal simple, cuyos resultados se presentan en las tablas 21 y 22.

TABLA 21

Análisis de Varianza para el Modelo de Regresión Lineal Simple cuando la Variable Dependiente es Acciones de Autocuidado Apodaca, NL, 1997.

Fuente de Variación	G.L	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F Calculada	Valor de p
Regresión	1	2722.30430	2722.30430	17.32196	.0001
Residual	100	15715.9181	157.5917		

$R^2 = 14.764 \%$

Al introducir como variable dependiente las acciones de autocuidado y la variable independiente capacidades de autocuidado; en el modelo de regresión lineal simple, éste reporta significancia ($F = 17,32196$, $p = .0001$), con un valor de $R^2 = 14.764$ por ciento lo que explica la variación de las acciones de autocuidado por efecto de las capacidades. En base a estos resultados se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna con un $\alpha = 0.05$; por lo consiguiente se sustenta la hipótesis de trabajo.

TABLA 22

Estimaciones en el Modelo de Regresión Lineal Simple cuando la variable Dependiente es Acciones de Autocuidado Apodaca, NL, 1997.

Variable	Coficiente	Error Estándar	Valor de t	Valor de p
Capacidad de Autocuidado	.479013	.115093	4.162	.0001
Constante	37.522497	9.616726	3.902	.0002

La tabla 22 muestra el efecto de las capacidades de autocuidado a las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas ($t = 4.162$, $p = .0001$), por lo que se puede inferir que las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas se incrementan a medida que se incrementan las capacidades, dado que el coeficiente es positivo (.479013).

La cuarta hipótesis: *Los factores condicionantes básicos representados por sistema familiar, orientación sociocultural, adecuación y disponibilidad de recursos y las capacidades de autocuidado son predictoras de las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.* Los resultados se presentan en las tablas 23 y 24.

TABLA 23

Análisis de Varianza para el Modelo de Regresión Lineal Múltiple cuando la Variable Dependiente es Acciones de Autocuidado Apodaca, NL, 1997.

Fuente de Variación	G.L	Suma de Cuadrados	Cuadrados Medios	F Calculada	Valor de p
Regresión	4	3307.09269	826.77317	5.30013	.0007
Residual	97	15131.12843	155.99101		

$R^2 = 17.936 \%$

Al introducir la variable dependiente acciones de autocuidado y las variables independientes: factores del sistema familiar, orientación sociocultural, adecuación y disponibilidad de recursos así como las capacidades de autocuidado; al modelo de regresión lineal múltiple, éste

indica significancia ($F = 5.30013$, $p = .0007$), con un valor de $R^2 = 17.936$ por ciento que explica la variación de las acciones de autocuidado por efecto de los factores condicionantes básicos y las capacidades. En base a estos resultados se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna con $\alpha = 0.05$; por lo consiguiente se sustenta la hipótesis de trabajo.

TABLA 24

Estimaciones en el Modelo de Regresión Lineal Múltiple cuando la variable Dependiente es Acciones de Autocuidado Apodaca, NL, 1997.

Variable	Coficiente	Error Estándar	Valor de t	Valor de p
Sistema Familiar	.133332	.096211	1.386	.0421
Orientación Sociocultural	.059395	.048090	1.235	.2198
Adecuación y Disponibilidad de Recursos	.016597	.061499	.270	.7878
Capacidad de Autocuidado	.418408	.119388	3.505	.0007
Constante	25..567337	12.410179	2.060	.0421

La tabla 24 muestra el efecto individual de las variables independientes: sistema familiar, orientación sociocultural, adecuación y disponibilidad de recursos y capacidades de autocuidado a las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas. Las variables significativas fueron: a) sistema familiar ($t = 1.396$, $p = .0421$) y b) capacidades de autocuidado ($t = 3.505$, $p = .0007$); por lo que se puede inferir que las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas se incrementan

a medida que se incrementan los factores del sistema familiar y las capacidades de autocuidado dado que el coeficiente en ambos casos es positivo.

CAPITULO 5

DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, es importante destacar que el mayor porcentaje (25.5 por ciento) de adolescentes embarazadas tuvieron 16 años; resultados que coinciden con los reportados por la Organización Panamericana de la Salud (1995) que refiere que los embarazos en adolescentes en países como Estados Unidos, Chile, Colombia, Cuba, Costa Rica, Perú y México, ocurren entre los 16 y 19 años; y por Stonebraker (1994) quien reporta que los embarazos en adolescentes ocurren en promedio a los 17.48 años de edad. La edad en las adolescentes es un factor importante que se debe considerar, puesto que muchas veces se relaciona con el estado de desarrollo y maduración y tiene significado en relación a las conductas de autocuidado.

En relación con el estado civil, se encontró que el mayor porcentaje (44 por ciento) de las adolescentes embarazadas están casadas y viven con pareja; estos resultados son relevantes para la estabilidad y seguridad de las

adolescentes y que lo manifiestan asumiendo ciertas responsabilidades sobre su propio cuidado. Lo encontrado difiere con lo reportado por el Instituto Alan Guttmacher referido por Sushela (1988) quien reporta que solo el 6.8 por ciento de la mujeres jóvenes de 14 a 19 años estaban casadas y muchas veces lo hicieron para legitimar el nacimiento. Cabe mencionar que un porcentaje considerable de adolescentes están en unión libre (41 por ciento) pero también viven con pareja; fenómeno que probablemente este asociado culturalmente al fortuito embarazo.

La escolaridad de las adolescentes embarazadas estudiadas, resultó ser de nivel medio, puesto que la mayoría de la población en estudio terminó la secundaria (50 por ciento); estos datos tienen relevancia en cuanto a la adquisición de conocimientos y desarrollo de capacidades y acciones de autocuidado para satisfacer los requisitos de desarrollo.

Se observa un porcentaje considerable de adolescentes que sólo alcanzaron un nivel de escolaridad bajo (primaria 44.1 por ciento); esto podría limitar las capacidades de autocuidado ya que Orem (1995) señala que uno de los factores para desarrollar capacidades es la educación y se requiere para incrementar el conocimiento para ajustarse a una situación determinada. Por otra parte explica el alto índice de deserción escolar que tienen las adolescentes cuando se embarazan, aunado a la falta de programas especiales que posibiliten continuar estudios; de allí que Arredondo (1985) señala que el embarazo en la adolescencia se constituye en una gran amenaza

para la continuación de los estudios y con frecuencia los abandonan en una proporción de 8 de cada 10 embarazadas menores de 17 años.

Al analizar la función que desempeñan las adolescentes embarazadas, los resultados reportan que el 90 por ciento de la población en estudio son amas de casa y solo un mínimo porcentaje trabaja o continua los estudios; resultados similares fueron reportados Stonebraker (1994) quien refiere que el 86 por ciento de las adolescentes no tienen empleo, y se quedan en casa a cumplir tareas que la familia les encomienda.

En relación al ingreso económico propio éste resultó estar ausente en el 93 por ciento de las adolescentes embarazadas, situación que las convierte en dependientes económicas; resultado que difiere a lo reportado por Mapanga y Andrews, quienes señalan que el 14.7 por ciento de las adolescentes que estudiaron tuvieron ingreso económico propio.

La confiabilidad de los instrumentos fue realizado a través del Alfa de Cronbach, cuyos resultados muestran que los instrumentos: Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE) obtuvo un alfa total de .6890; la Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECA) obtuvo un alfa de .8842, resultado que fue ligeramente más alto al reportado por Gallegos (1995); y el de Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas (AACAE) obtuvo un alfa de .8110; lo que indica que los instrumentos fueron confiables. Polit (1994) refiere que es útil conocer la confiabilidad de los instrumentos porque ayuda a interpretar los resultados y la valoración adecuada de las hipótesis.

Al analizar los resultados descriptivos, en relación a los factores condicionantes básicos, el promedio más alto fue para los factores del sistema familiar ($M = 92.35$), esto significa que la familia se constituye en el medio más importante de soporte para eventos como el embarazo y otros sucesos que ocurren en ciertas etapas de la vida.

Otro dato importante fue el de las capacidades de autocuidado ($M = 82.86$), lo que significa que las adolescentes embarazadas tienen capacidades y se pueden evidenciar por los porcentajes que se reportó en la tabla. De acuerdo con la teoría de Orem (1995) las capacidades de autocuidado se desarrollan día a día desde la niñez hasta la adultez, a través de un proceso espontáneo de aprendizaje.

Las acciones de autocuidado mostraron promedio relevante ($M = 77.21$), lo que significa que las adolescentes embarazadas realizan acciones tendientes a satisfacer los requisitos universales y de desarrollo, como se puede apreciar en los resultados en las tablas 8 a la 11; en donde las acciones que reportan mayores porcentajes son las destinadas a satisfacer requisitos de alimentación, prevención de peligros y de desarrollo sobre todo el acudir al control prenatal (80.4 por ciento); resultado similar obtuvieron Hughes y Grubbs (1993) quienes reportaron que el 73 por ciento de las adolescentes buscaron atención prenatal temprana y lo veían como una manera de cuidar de si mismas durante el embarazo; al respecto Marlow (1991) refiere que las adolescentes embarazadas se muestran más cooperativas y realizan acciones

de autocuidado. Así mismo Orem (1995) señala en su teoría que las prácticas son consecuencias de las capacidades y en este estudio fueron altas.

Los resultados de la medias no pudieron ser comparados con otros estudios, por no encontrarse reportes al respecto.

Para examinar las relaciones propuestas entre los factores condicionantes básicos, capacidades y acciones de autocuidado se calculó la correlación de Spearman, cuyo análisis reportó relación positiva y significativa entre los factores del sistema familiar y las capacidades de autocuidado ($r_s = .2198$, $p = .026$); lo que indica que los factores del sistema familiar contribuyen a mejorar las capacidades, lo anterior se respalda en la teoría de Orem (1995), quien sustenta que las capacidades de autocuidado son una característica humana compleja, adquirida y aprendida la que se incrementan conforme el individuo se desarrolla, como es el caso de los niños y adolescentes que están dotados de memoria que les permite aprender de sus padres, otros familiares y amigos. Al respecto Hughes y Grubbs (1993) señalan que las capacidades de autocuidado de las adolescentes embarazadas están asociadas significativamente a la de sus padres y que en cierto modo esta forma de aprender les proporciona confianza y seguridad en su conocimiento para cuidarse a sí mismas.

Otra correlación positiva y significativa que se encontró en el presente estudio fue entre las capacidades de autocuidado y las acciones de autocuidado ($r_s = .4352$, $p = .000$); resultados similares obtuvo Stonebraker (1991). Al respecto Orem (1995), expresa que existe relación directa entre las

capacidades y acciones de autocuidado; así mismo señala que los individuos están dotados de capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidades para realizar operaciones estimativas y productivas que entran en juego cuando la persona toma la decisión de realizar acciones de autocuidado.

Los presentes resultados se apoyan en los obtenidos por, Hughes y Grubbs (1993) quienes señalan que las adolescentes embarazadas realizan acciones de autocuidado porque estas prácticas las aprenden de sus madres, tías y amigas cercanas.

La variable factores de orientación sociocultural, se correlacionó en forma negativa con los factores del sistema familiar ($r_s = -.1183$); probablemente porque esta variable fue la que obtuvo mayor índice de variabilidad ($s^2 = 26.63$) y un bajo coeficiente de confiabilidad (Alfa de Cronbach = .4324); lo que puede explicar las dificultades que se tuvo para valorar la sociocultura de las adolescentes embarazadas.

Se realizó el análisis de varianza a través de la prueba de Kruskal Wallis para determinar el efecto combinado entre las variables sociodemográficas y las variables: factores condicionantes básicos, las capacidades y acciones de autocuidado. Los resultados reportaron que la variable período de gestación tuvo efecto significativo ($p = .046$) en los factores de orientación sociocultural; el promedio más alto fue para el tercer trimestre de gestación, lo que significa que a medida que evoluciona el embarazo éste se asocia más con los factores de orientación sociocultural.

La combinación vive con pareja tuvo efecto significativo sobre los factores del sistema familiar ($p = .014$) y de orientación sociocultural ($p = .001$); resultado que indica que tener pareja constituye un aspecto importante en el medio familiar y en la sociocultura, dado que el promedio para ambos casos fue alto.

Al combinar las variables edad, viven con pareja se obtuvo efecto significativo ($p = .006$) sobre los factores de orientación sociocultural; observándose que éstos se asocian más cuando la edad de las adolescentes embarazadas está comprendida entre 13 - 16 años independientemente de si viven o no con pareja.

Las combinaciones posición de la adolescente en la familia y viven con pareja tuvieron efecto significativo ($p = .035$) sobre los factores del sistema familiar y de orientación sociocultural; sin embargo, se observa que los factores del sistema familiar se asocian más cuando las adolescentes son primeras hijas y viven con pareja. Con respecto a los factores de orientación sociocultural se observa que éstos se asocian en promedios similares cuando las adolescentes son primeras hijas y cuando ocupan otro lugar en la familia e independientemente de la pareja.

La combinación escolaridad, viven con pareja, tuvo efecto significativo ($p = .012$) sobre los factores de orientación sociocultural, los que se incrementan en mayor proporción cuando las adolescentes tienen primaria, independientemente de si viven o no con la pareja.

Todos estos resultados son respaldados por la teoría de Orem (1991), quien expresa que los factores condicionantes básicos son capaces de influirse mutuamente y no son excluyentes.

Para probar la primera hipótesis (Los factores condicionantes básicos seleccionados son predictores de las capacidades de autocuidado) se utilizó el modelo de regresión lineal múltiple; cuyos resultados por el efecto combinado de las variables independientes (factores del sistema familiar, orientación sociocultural y adecuación y disponibilidad de recursos) indica una variación del 7.754 por ciento de la variable capacidades de autocuidado por efecto de la variable dependiente; con un nivel de significancia de ($F_{(3, 98)} = 2.74572$, $p = .047$). Resultado que muestra el carácter predictivo de los factores condicionantes básicos en las capacidades de autocuidado; lo anterior se sustenta en la teoría de Orem (1995), quien señala que las capacidades son habilidades aprendidas a través de un proceso espontáneo y son afectados por factores y condiciones del entorno.

Al realizar el análisis del efecto individual de cada una de las variables independientes; se obtuvo, que los factores del sistema familiar resultaron tener efecto positivo de (.203522) y significativo ($t = 2.584$, $p = .011$) lo que indica que, a medida que se incrementan los factores del sistema familiar se incrementan las capacidades de autocuidado de las adolescentes embarazadas en el presente estudio. Resultados similares reportan Mapanga y Andrews (1995) y refieren que el apoyo de la familia era más importante

como predictor de las capacidades de autocuidado de las adolescentes embarazadas.

La variable factores condicionantes básicos seleccionados y la acciones de autocuidado fueron analizadas a través del modelo de regresión lineal múltiple, cuyo efecto combinado de los factores condicionantes básicos indica una variación del 7.545 por ciento de las acciones de autocuidado por efecto de los factores condicionantes básicos seleccionados; el carácter predictivo de la variable independiente fue significativo ($F_{(3, 98)} = 2.66577$, $p = .052$).

Resultados que se sustentan en la teoría de Orem (1995), quien refiere que las acciones de autocuidado son prácticas de actividades que los individuos realizan para satisfacer los requisitos universales y de desarrollo y que son afectadas por los factores condicionantes básicos derivados de la cultura y de la constelación familiar.

En el caso particular de las adolescentes embarazadas en estudio los factores del sistema familiar tuvieron efecto positivo (.21846) y significativo ($t = 2.223$, $p = .028$) sobre la predicción de las acciones de autocuidado; es decir a medida que se incrementan los factores del sistema familiar se incrementan las acciones de autocuidado. Estos resultados difieren a los reportados por Mapanga y Andrews (1995), quienes reportan que los factores del sistema familiar no tuvieron efecto en la práctica de autocuidado.

Para probar la tercera hipótesis, las capacidades de autocuidado son predictoras de las acciones de autocuidado; estas fueron analizadas en el modelo de regresión lineal simple; los resultados indican una variación del

14.764 por ciento de la variable acciones de autocuidado por efecto de las capacidades de autocuidado; el carácter predictivo fue significativo ($F_{(1, 100)} = 17,32196$, $p = .001$). Las capacidades de autocuidado tuvieron un efecto positivo (.479013) y significativo ($t = 4.162$, $p = .001$) sobre las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas. Resultados que se sustentan en la teoría de Orem (1995) quien señala que las personas se comprometen con su autocuidado, ejercitando sus capacidades de desarrollo y operacionales que les permite tomar decisiones sobre las acciones que deben realizar para satisfacer sus requisitos.

Las variables que correspondieron a la cuarta hipótesis (los factores condicionantes básicos y las capacidades de autocuidado son predictoras de las acciones de autocuidado), fueron analizadas a través del modelo de regresión lineal múltiple. Los resultados muestran el efecto combinado de las variables independientes e indican una variación de 17.936 por ciento de la variable acciones de autocuidado por efecto de los factores condicionantes básicos seleccionados y de las capacidades de autocuidado. El carácter predictivo fue significativo ($F_{(4, 97)} = 5.30013$, $p = .007$); resultados que se apoyan en la teoría de Orem (1995), quien afirma que los factores condicionantes básicos ejercen influencia en las capacidades de autocuidado y éstas dos juntas influyen en las acciones de autocuidado sobre todo cuando se satisfacen requisitos universales y de desarrollo.

En el presente estudio las variables del sistema familiar y las capacidades de autocuidado contribuyeron en forma significativa

($t = 1.386$, $p = .042$ y $t = 3.505$, $p = .007$ respectivamente) en las acciones de autocuidado; sin embargo. La variable capacidades fue más importante (.418406) que los factores del sistema familiar (.13332) para predecir las acciones en las adolescentes embarazadas. Los resultados difieren con los reportados por Mapanga y Andrews (1995) quienes reportan que el factor apoyo emocional de la familia tuvo un efecto positivo en las capacidades y no tuvieron el mismo en las prácticas de autocuidado de las adolescentes.

5.1 Conclusiones

Los resultados de la presente investigación fueron congruentes con las proposiciones de la teoría de enfermería del déficit del autocuidado, obteniéndose:

- 1) Promedios altos en los factores del sistema familiar, capacidades y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.
- 2) Relación positiva y significativa entre las capacidades y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.
- 3) Los factores del sistema familiar se relacionaron en forma positiva y significativa con las capacidades de autocuidado.
- 4) Los factores condicionantes básicos estudiados no se relacionaron con las acciones de autocuidado.
- 5) Los factores condicionantes básicos fueron predictores significativos de las capacidades y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.

- 6) Los factores condicionantes básicos estudiados y las capacidades de autocuidado fueron predictores significativos de las acciones de autocuidado.
- 7) Las capacidades de autocuidado fueron predictores significativos y positivos de las acciones de autocuidado.
- 8) La consistencia interna de los instrumentos factores condicionantes básicos y acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas fueron aceptables.

La contribución de este estudio fue: a) proceso de operacionalización del concepto acciones de autocuidado para una población particular, b) la utilización de la escala para estimar autocuidado (EECA) en adolescentes embarazadas y c) los resultados permitieron apoyar dos conceptos centrales y el concepto periférico de la teoría enfermería del déficit de autocuidado en un grupo particular de la población mexicana.

5.2 Recomendaciones

- 1) Realizar replica del estudio en otras poblaciones con adolescentes embarazadas, los que permitan realizar inferencias y generalizaciones sobre la predicción de conductas de autocuidado.
- 2) Realizar investigaciones que permitan validar los instrumentos Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado y Acciones de Autocuidado en Adolescentes Embarazadas.

- 3) Explorar los factores condicionantes básicos con investigaciones de tipo cualitativo.
- 4) Realizar investigaciones en el área y utilizar otros factores condicionantes básicos como patrón de vida.

REFERENCIAS

- Browne, C. , Urback, M. Pregnant adolescents: expectaciones vs reality. Canadian Journal of Public Health. 80. pp 227-229 (1989).
- Centro de Orientación del Adolescente. Embarazo en adolescente mexicana. Memorias Reunión Latino Americana sobre Salud Integral del Adolescente. pp 228 - 231 (1994).
- Chelala, C. El embarazo de las adolescentes americanas. Salud Mundial. pp 21 - 23 (1990).
- Denyes, M. Orem model used for health promotion: Directions for research. Advances in Nursing Sciences (1) 11: pp. 13-21 (1988).
- Denyes, M., Gast, H., Camphell, J., Hartweg, D., Schott-Baer, D., Isenberg, M. Agencia de autocuidado: Conceptualizaciones y operacionalización. Advances in Nursing Science. (12) 1. pp 26-38.(1989).
- Friedman, H. Obstáculos para la salud de los adolescentes. Network en español. (1994).
- Gallegos, E., Salazar, B. Validación de la escala: Capacidades para autocuidado con población mexicana. Investigación inédita. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey N.L. México, 1995.
- Henriques, M., Yunees, Y. Adolescencia: Equivocaciones y esperanzas. Género, mujer y salud en las Américas. OPS.(541): pp 46-67. 1993.
- Hughes, S. Grubbs, L. A comparison of self-reported self-care practices of pregnant adolescent. Nurse Practitioner. (18) 9: pp. 25-29. (1993).
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Resultados definitivos tabulados básicos. Estados Unidos Mexicanos. México. (1996).

- Jirovic, M y Kasmó, J. Self-care agency as a function of patient environmental factors among nursing home residents. Research in Nursing and Health. 13. pp. 303-309. (1990).
- Ley General de Salud Actualizada. Editorial Porrúa. (1994).
- Levin, L. Estadística para ciencias sociales. México D.F. (1977).
- Maddaleno, M . Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. Salud Familiar. Chile. pp. 125-141.(1994).
- Mc Bride, S. Análisis comparativo de tres instrumentos diseñados para medir la agencia de autocuidado. Nursing Research. (40) 1. pp. 12-16 (1991).
- Mapanga, K , Andrews, C. The influence of family and friends' basic conditioning factors and self-care agency on unmarried teenage primiparas. Engagement in contraceptive practice. Journal of comunity Health Nursing. (2) 12. pp. 89-100. (1995).
- Marlow, D. Enfermería pediátrica. 6ta ed. Médica panamericana. Buenos Aires. (1991).
- Mendoza, D. Perfil de la salud reproductiva del adolescente, Memorias. Reunión Latino Americana Sobre Salud Integral del Adolescente. México. D.F. pp.224-227. (1994).
- OPS/OMS. La salud de los adolescentes y los jóvenes en las américas escribiendo el futuro. Comunicación para la salud N° 6. (1995).
- OPS/OMS. Salud sexual y reproductiva. Comunicación para la salud. N° 8. (1995).
- Orem, D. Nursing. Concepts of practice. 4ta. ed. St. Louis. Mosby (1991).
- Orem, D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Masson-Salvat . Versión española de la 4ta ed. de la obra original en lengua inglesa.(1993).
- Orem, D. Nursing. Concepts of practice. 5ta. ed. St. Louis. Mosby (1995).

- Polit, D., Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4ta. ed. México. Interamericana. (1994).
- Radius, S. Adolescent perspectives on health and illness. Adolescence. (10) pp. 393-97. (1989).
- Sushela, D. Adolescentes de hoy padres de mañana: The Alan Guttmacher Institute, Washington. Pp. 56-66 (1988).
- Silber, T., Musrit, M., Maddaleno, M., Suarez, E. Manual de medicina del adolescente: OPS/OMS. (1992).
- Secretaria de Salud y Aistencia . Informe estadístico del 1er nivel de atención, Nuevo León. México. (1996).
- Stevens-Simon, C. Pregnancy in adolescent . The Textbook of adolescent medicine. Philadelphia, PA: W b. Saunders. pp.25-29. (1992).
- Stonebraker, D. H. The relationship between self-care agency. Shelf-care and health in the pregnant adolescent, (1991).
- Young, C., Adolescent thrid trimester enrollment in prenatal care. Adolescent Health Care, 10.pp.393-97. (1989).
- Wong, D. Enfermería pediátrica. 4ta. ed. España. Mosby/Doyma. (1995).

APÉNDICES

Apéndice A

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SECRETARIA DE POST-GRADO

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

N° de Cuestionario _____

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

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS :

PREGUNTAS	CLAVE
1.- FUM _____ FPP _____	_____
2.- Edad en años cumplidos _____	_____
3.- Posición de la adolescente en la familia	_____
1) 1era hija	
2) 2da hija	
3) 3era hija	
4) Orto lugar (especifique) _____	
4.- Estado civil	_____
1) Soltera	
2) Casada	
3) Divorciada o separada	
4) Unión libre	
5) Viuda	
5.- Escolaridad (último año que completo)	_____
1) Primaria	
2) Secundaria	
3) Preparatoria	
4) Técnica o Universidad	

6.- Religión _____

- 1) Católica
- 2) No católica
- 3) Sin religión

7.- Qué función desempeña actualmente _____

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

8.- Tiene ingreso económico propio _____

- 1) Si
- 2) no

9.- Cuál es su ingreso económico _____

- 0) No tiene ingreso económico
- 1) Menos de un salario mínimos (22 pesos mexicanos)
- 2) Uno a dos salarios mínimos
- 3) Tres a cinco salarios mínimos
- 4) Más de 5 salarios mínimos

10.- Actualmente vive con su pareja _____

- 1) Si
- 2) No

Observaciones _____

II. FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

	Total desacuerdo	Parcial desacuerdo	Parcial Acuerdo	Total Acuerdo
11.- Por lo general la comunicación con mis padres, hermanos y mi pareja es buena.	1	2	3	4
12.- Por lo general las relaciones con mi familia son buenas.	1	2	3	4
13.- Frecuentemente participo en los quehaceres del hogar	1	2	3	4
14.- Estoy contenta con la función que desempeño en mi familia.	1	2	3	4
15.- Las relaciones con mi familia se mantienen iguales con mi embarazo.	1	2	3	4
16.- Mi familia paterna me apoya con mi embarazo.	1	2	3	4

III. FACTORES DE ORIENTACIÓN SOCIOCULTURALES

	Total desacuerdo	Parcial desacuerdo	Parcial acuerdo	Total acuerdo
17.- Mi embarazo fue un accidente.	1	2	3	4
18.- Tener relaciones sexuales durante el embarazo puede afectar a mi hijo.	1	2	3	4
19.- Frecuentemente protejo mi embarazo cuando hay luna llena con un seguro metálico	1	2	3	4
20.- Frecuentemente hago uso de remedios caseros (algunas bebidas y frotaciones) para cuidar mi embarazo.	1	2	3	4

IV. ADECUACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE RECURSO

	Total desacuerdo	Parcial desacuerdo	Parcial acuerdo	Total acuerdo
21.- Frecuentemente hago uso de centro de salud de mi comunidad.	1	2	3	4
22.- Los recursos de salud de mi comunidad son suficientes para atenderme durante el embarazo.	1	2	3	4
Con frecuencia en mi Comunidad hay disponible				
23.- Camiones y taxis	1	2	3	4
24.- Farmacias	1	2	3	4
25 – Tiendas y mercados	1	2	3	4
26.- Cabinas telefónicas	1	2	3	4

Observaciones _____

Apéndice B
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECRETARIA DE POST-GRADO

Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECA)

INSTRUCCIONES: Las afirmaciones listadas a continuación son usadas por algunas personas para describirse a sí mismas. Por favor LEA CADA AFIRMACIÓN y circule el número que corresponda al grado que mejor lo describe a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo asegúrese de seleccionar el número que mejor corresponda a su forma de ser.

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
1. Conforme cambian las circunstancias de mi vida, puedo hacer cambios para mantenerme sana.	1	2	3	4	5
2. Usualmente checo si las formas de mantenerme sana son las mejores.	1	2	3	4	5
3. Si mis movimientos están disminuidos hago los cambios o ajustes necesarios.	1	2	3	4	5
4. Tomo las medidas necesarias para mantener higiénico el medio que me rodea.	1	2	3	4	5
5. Cuando es necesario hago cambios en mi forma de vida para mantenerme sana.	1	2	3	4	5
6. Raras veces desperdicio la energía que necesito para cuidarme a mí misma.	1	2	3	4	5
7. Soy capaz de buscar formas mejores de cuidarme a mí misma.	1	2	3	4	5
8. Puedo ajustar la frecuencia con que me baño a fin de mantenerme limpia.	1	2	3	4	5

	Total	Ni acuerdo		Total
	desacuerdo	Desacuerdo	ni desacuerdo	Acuerdo
9. Me alimento de manera que mantengo mi peso en un buen nivel.	1	2	3	4 5
10. Cuando es necesario me las puedo arreglar para estar a solas.	1	2	3	4 5
11. Con frecuencia pienso en tomar tiempo para hacer ejercicio y descansar durante el día, pero nunca lo hago.	1	2	3	4 5
12. A través de los años he hecho amigas a las que puedo llamar cuando necesito ayuda.	1	2	3	4 5
13. Usualmente duermo lo suficiente para sentirme descansada.	1	2	3	4 5
14. Cuando recibo información sobre mi salud generalmente pido que me expliquen las palabras que no entiendo.	1	2	3	4 5
15. Regularmente examino mi cuerpo para ver si hay cambios.	1	2	3	4 5
16. Si debo tomar una medicina que nunca había tomado busco información sobre los efectos no deseados que puede tener.	1	2	3	4 5
17. En el pasado he sido capaz de cambiar algunos de mis viejos hábitos para mejorar mi salud.	1	2	3	4 5
18. Habitualmente me aseguro de que mi familia y yo estemos seguros.	1	2	3	4 5
19. Regularmente checo la utilidad de lo que hago para mantenerme sana.	1	2	3	4 5
20. En las actividades de mi vida diaria raras veces me doy el tiempo para cuidarme a mi misma.	1	2	3	4 5

	Total		Ni acuerdo		Total
	Desacuerdo	Desacuerdo	ni desacuerdo	Acuerdo	Acuerdo
21. Cuando mi salud se ve en peligro soy capaz de buscar la información que necesito.	1	2	3	4	5
22. Busco ayuda cuando no puedo cuidarme sola.	1	2	3	4	5
23. De vez en cuando tengo tiempo para mí.	1	2	3	4	5
24. Cuando he tenido limitaciones para moverme, he sido capaz de cuidarme como a mí me gusta.	1	2	3	4	5
25. Con frecuencia me siento bien conmigo mismo.	1	2	3	4	5
26. Con frecuencia tengo buenas sensaciones respecto a mí mismo.	1	2	3	4	5
27. Con frecuencia me siento bien respecto hacer cosas bien.	1	2	3	4	5
28. Frecuentemente me siento orgullosa de hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5
29. Con frecuencia me siento bien respecto a mi cuerpo.	1	2	3	4	5
30. Soy una buena amiga mía.	1	2	3	4	5
31. Conozco mis puntos fuertes y los débiles.	1	2	3	4	5
32. Llevo a cabo mis decisiones.	1	2	3	4	5
33. Pienso que el control del embarazo es importante para tener un embarazo saludable.	1	2	3	4	5
34. Pienso que los alimentos con mucha sal pueden afectar mi embarazo.	1	2	3	4	5
35. He aprendido cuidados sobre el embarazo de otras mujeres embarazadas	1	2	3	4	5

Apéndice C
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECRETARIA DE POST-GRADO.
ACCIONES DE AUTOCUIDADO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
(AACAE)

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

	Total desacuerdo	Parcial desacuerdo	Parcial acuerdo	Total acuerdo
Con frecuencia consumo los siguientes alimentos:				
1.- Frutas y verduras	1	2	3	4
2.- Cereales y leguminosas	1	2	3	4
3.- Leche, queso y mantequilla	1	2	3	4
4.- Líquidos	1	2	3	4
5.- Desde que inició mi embarazo, he cambiado la forma de alimentarme	1	2	3	4
6.- He disminuido el consumo de refrescos y comida chatarra.	1	2	3	4
Frecuentemente cumplo con siguientes indicaciones de salud:				
7.- Realizo el control de mi embarazo	1	2	3	4
8.- Me hago los análisis indicados	1	2	3	4
9.- Consumo cereales y verduras en la dieta	1	2	3	4
10.- Frecuentemente me controlo la presión arterial.	1	2	3	4

	Total desacuerdo	Parcial desacuerdo	Parcial acuerdo	Total acuerdo
11.- Evito consumir alimentos que contienen sal.	1	2	3	4
12.- Frecuentemente examino mis pies y tobillos y busco signos de inflamación.	1	2	3	4
13.- Frecuentemente me peso.	1	2	3	4
14.- Hago uso de crema para las estrías.	1	2	3	4
15.- Realizo ejercicios para formar el pezón.	1	2	3	4
16.- Desde que inicio mi embarazo he cambiado la forma de vestir.	1	2	3	4
17.- Utilizo zapatos con tacones bajos y cómodos.	1	2	3	4
18.- Evito ejercicio intenso, y cargar peso.	1	2	3	4
19.- Evito consumir alcohol, cigarrillos y drogas.	1	2	3	4
20.- Frecuentemente descanso durante el día.	1	2	3	4
21.- Frecuentemente realizo caminatas.	1	2	3	4
22.- Frecuentemente hago uso chancas cuando me baño para evitar caídas.	1	2	3	4
23.- Uso el pasamanos al subir y bajar escaleras.	1	2	3	4
24.- Realizo el baño diario.	1	2	3	4
25.- Frecuentemente practico ejercicios respiratorios (inspiraciones y espiraciones)	1	2	3	4
26.- Frecuentemente observo las características de mis evacuaciones	1	2	3	4

Apéndice D

OPERACIONALIZACIÓN DE LOS CONCEPTOS

HIPÓTESIS	CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>1.- Los factores representados por sistema familiar, orientación sociocultural y adecuación y disponibilidad de recursos son predictores de las capacidades de autocuidado de las adolescentes embarazadas.</p>	<p>Factores del Sistema Familiar Son los factores que se encuentran al interno de la familia del individuo</p>	<p>Son las relaciones que tienen las adolescentes embarazadas en sus familias que les van permitir su integración y está dado por el lugar que ocupa , rol, tareas que cumple y las relaciones humanas.</p>	<p>Preguntas 11 al 16 del instrumento Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE).</p>	<p>Escala tipo Likert.</p>

HIPÓTESIS	CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>1.- Los factores representados por sistema familiar, orientación sociocultural y adecuación y disponibilidad de recursos son predictores de las capacidades de autocuidado de las adolescentes embarazadas.</p>	<p>Factor Orientación sociocultural Son las medidas de cuidado prescritas por la cultura y medidas de cuidado de las familias.</p>	<p>Se refieren al uso de las medidas de cuidado dado por la cultura y la familia de las adolescentes embarazadas y están en relación al grado de instrucción, religión, trabajo y creencias respecto al embarazo.</p>	<p>Preguntas 17 a la 20 del Instrumento Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE).</p>	<p>Escala tipo Likert.</p>

HIPÓTESIS	CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>1.- Los factores representados por sistema familiar, orientación sociocultural y adecuación y disponibilidad de recursos son predictores de las capacidades de autocuidado de las adolescentes embarazadas.</p>	<p>Factor Adecuación y Disponibilidad de Recursos Son los recursos que dispone actualmente y que puede disponer un individuo.</p>	<p>Son los recursos que actualmente utiliza las adolescentes embarazadas e incluye recursos económicos, de salud, educativos y medios de transporte.</p>	<p>Preguntas 21 a la 26 del instrumento Factores Condicionantes Básicos de las Adolescentes Embarazadas (FCBAE).</p>	<p>Escala tipo Likert.</p>

HIPÓTESIS	CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>1.- Los factores representados por sistema familiar, orientación sociocultural y adecuación y disponibilidad de recursos son predictores de las capacidades de autocuidado de las adolescentes embarazadas.</p>	<p>Capacidades de Autocuidado Habilidades complejas adquiridas para satisfacer las requerimientos continuos de cuidado de una persona que regulan los procesos de vida, mantienen o promueven la integridad humana, funcionamiento y bienestar.</p>	<p>Son habilidades aprendidas por las adolescentes embarazadas sobre los cuidados que realizan en su vida diaria y cuidados específicos del embarazo</p>	<p>Preguntas 1 a la 35 del instrumento: Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECA)</p>	<p>Escala tipo Likert.</p>

HIPÓTESIS	CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>2.- Hipótesis 2</p> <p>Los factores condicionantes básicos representados por sistema familiar, orientación sociocultural y disponibilidad y adecuación de recursos son predictores de las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.</p>	<p>Acciones de Autocuidado</p> <p>Son las acciones que los individuos inician en su beneficio para satisfacer los requisitos de autocuidado. (Requisitos universales, de desarrollo y desviación de la salud)</p>	<p>Son todas las actividades que las adolescentes embarazadas realizan en su propio beneficio para satisfacer sus necesidades.</p> <p>* Requisitos de autocuidado, es la razón por la cual se llevan a cabo acciones de autocuidado.</p> <p>* Requisitos Universales.</p> <p>En las adolescentes embarazadas cobran importancia aporte suficiente de alimento, eliminación urinaria intestinal y prevención de peligros</p>	<p>Preguntas 1 a la 26 del Instrumento Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas (AACAE).</p>	<p>Escala tipo Likert.</p>

HIPÓTESIS	CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>2.- Hipótesis 2</p> <p>Los factores condicionantes básicos representados por sistema familiar, orientación sociocultural y disponibilidad y adecuación de recursos son predictores de las acciones de autocuidado de las adolescentes embarazadas.</p>	<p>Acciones de Autocuidado</p> <p>Son las acciones que los individuos inician en su beneficio para satisfacer los requisitos de autocuidado. (Requisitos universales, de desarrollo y desviación de la salud)</p>	<p>Son todas las actividades que las adolescentes embarazadas realizan en su propio beneficio para satisfacer sus necesidades.</p> <p>* Requisitos de autocuidado, es la razón por la cual se llevan a cabo acciones de autocuidado.</p> <p>* Requisitos de desarrollo son el conjunto de acciones que realizan las adolescentes durante el proceso del embarazo para satisfacer necesidades propias de su desarrollo y del embarazo y</p>	<p>Instrumento Acciones de Autocuidado de las Adolescentes Embarazadas (AACAE).</p>	<p>Escala tipo Likert.</p>

HIPÓTESIS	CONCEPTO TEÓRICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
		<p>Están dadas por acciones en relación con la alimentación, actividad física interacción y por los cuidados propios del embarazo como: Alimentación, consultas, ejercicio, vestido, cuidados de la piel y pezones, prevención de complicaciones y preparación para el parto</p>		

Apéndice E
CONTRATO DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Basado en la Ley General de Salud en materia de investigaciones para la salud. Capítulo I de disposiciones comunes. Art. 20, 21 fracciones I a VIII, Art. 22 fracciones I a la V y Art. 24, en lo que respecta a la solicitud de participación se efectúa el siguiente contrato de participación en la investigación:

“Autocuidado en Adolescente Embarazadas”

que se celebrará por parte de participante al estudio que cumple con los requisitos de inclusión y responde al nombre:

y por la Lic. Mabel Guevara Henriquez (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 beneficios que puede esperar de la investigación.
 - c) La garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración en relación a la investigación o aspectos generales de salud.
 - d) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se cree perjuicios para continuar su atención.
 - f) La seguridad del anonimato y confidencialidad de la información.

Por todo lo anterior:

ACEPTO SER SUJETO DE INVESTIGACIÓN

Testigo

Testigo

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Mabel Elizabeth Guevara Henriquez

Candidato para el Grado de

Maestro en Enfermería con Especialidad en Materno Infantil Pediátrica

**Tesis: AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN UN
ÁREA URBANO MARGINADA DE APODACA**

Campo de Estudio: Enfermería Pediátrica

Biografía:

Datos Personales: Nacida en la ciudad Llacuabamba, Región La Libertad, Perú el 2 de Julio de 1959, hija de Víctor Alejandro Guevara Terrones y Candelaria Henriquez Bustamante.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Nacional de Trujillo, grado obtenido Licenciada en Enfermería en 1984, Egresado del Curso Planificación, Programación Monitoria y Evaluación de las Actividades de Salud Materno Infantil Colegio de Enfermeros del Perú, OPS en 1988; Curso Posgrado de Planificación Estratégica de los Servicios de Salud Universidad Nacional de Trujillo en 1992.

Experiencia Profesional: Servicio Rural de Salud en 1985 en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo de Colan, Paita, Piura, Enfermera en la Clínica Peruano Americana entre 1985 –1988; Directora de Auxiliares Voluntarias de la Cruz Roja Peruana filial La Libertad - Trujillo, entre 1986 – 1991; Profesor Asociado a Dedicación Exclusiva de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo, desde 1986 hasta la

Fecha, Secretaria del Comité Científico y Cultural del Consejo Regional II del Colegio de Enfermeros de la Libertad entre los años 1985 – 1987 y entre 1991 – 1993, Integrante del Equipo Técnico del Proyecto UNI – Trujillo hasta 1995.

