

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS MATERNAS DE
SALUD EN EL USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
MATERNO-INFANTILES

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA
EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

LIC. EN ENF. GLORIA CONSUELO TERAN FERNANDEZ

MONTERREY, N. L.

JULIO DE 1993

TM

Z6675

.N6

FEn

1993

T4



1020072187

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS MATERNAS DE
SALUD EN EL USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
MATERNO-INFANTILES

T E S I S

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA
EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN
SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

LIC. EN ENF. GLORIA CONSUELO TERAN FERNANDEZ

MONTERREY, N. L.

JULIO DE 1993

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON.

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO

INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS MATERNAS DE
SALUD EN EL USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
MATERNO- INFANTILES

T E S I S

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

P R E S E N T A

LIC. EN ENF. GLORIA CONSUELO TERAN FERNANDEZ



SECRETARIA DE POST-GRADO

MONTERREY, N.L., JULIO DE 1993

TM
Z6675
.N6
FEn
1993
T4



FONDO TESIS

4857

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO

INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS MATERNAS DE
SALUD EN EL USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
MATERNO- INFANTILES

ALUMNA

LIC. EN ENF. GLORIA CONSUELO TERAN FERNANDEZ

ASESOR

LIC. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO

MONTERREY, N.L., JULIO DE 1993

NOTA DE APROBACION

COMISION DE TESIS

DEDICATORIA

A Dios por su infinita bondad.

A mis Padres: Manuel y Beatriz, por su gran amor y dedicación durante toda mi existencia.

A mis hermanos: Rosa, Clara y German, por sus enseñanzas y apoyo.

A mi Esposo Carlos Alberto Barrera, por brindarme cada día su amor, comprensión incondicional y su grata compañía.

A toda mi familia extensa en Colombia y Estados Unidos.

A la Fundación W.K. Kellogg, por su gran colaboración en la superación de Enfermería en América Latina.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia: Proyecto AIMIDEC, por confiar en mi.

A todo el Personal Docente y Administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por la disponibilidad que siempre mostraron durante mi estancia.

A las personas de la comunidad que me motivan día a día a seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo, por su labor de asesoría y amistad.

A la Lic. Esther C. Gallegos Cabriales, por su liderazgo en Enfermería y por haber sido mi Asesora Académica, ante la Fundación W.K. Kellogg.

A la Dra. Esperanza de Monterrosa, por su apoyo, enseñanzas y por haber alentado en mí el deseo de superación.

A todos mis maestros del Postgrado, por compartir conmigo sus valiosas experiencias y por el deseo de inculcar el visión diferente del Profesional de Enfermería.

Al Personal del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Apodaca, - N. L., por su colaboración en la realización del presente estudio.

A la Srta. Socorro Patiño Reyes, por su cuidadosa labor de mecanografiado de la tesis.

A todos muchas gracias...

RESUMEN

El propósito del actual estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, fue identificar si las creencias de salud maternas, dadas por los componentes del Modelo de Creencias de Irwing Rosenstock (1954-1988): Susceptibilidad, Severidad, Beneficios, Barreras, Señales de Acción y Autoeficacia, influían en el uso de programas preventivos: Control de Niño Sano (C.N.S.), para el menor de cinco años; Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino (D.O.C.) y Planificación Familiar (P.F.), para las madres; de la comunidad de Pueblo Nuevo, Apodaca, N.L.

Ciento ochenta y nueve sujetos distribuidos proporcionalmente: 44, 50 y 95, para C.N.S., D.O.C. y P.F. respectivamente, conformaron la muestra no probabilística, intencional y por cuota. Una entrevista semiestructurada para cada grupo, se aplicó a la madre (Unidad de Observación), inmediatamente después de llevar al hijo o hacer uso de los programas. Los días de aplicación fueron determinados aleatoriamente.

La correlación del uso de servicios preventivos, y creencias de salud de la madre, fue moderada sustancial en C.N.S., y en algunos componentes del Modelo en D.O.C. y P.F, las correlaciones restantes fueron definidas bajas. La Chi cuadrada en todos los cruces mostró diferencia entre lo obtenido y lo esperado. Estos hallazgos sugieren influencia entre la variable creencias de salud materna y uso de Programas Preventivos Materno-Infantiles, así como validez del modelo en la predicción de conductas preventivas.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
INDICE GENERAL	
CAPITULO I	
INTRODUCCION	1
Planteamiento del problema	3
Hipótesis	5
Objetivos	6
Importancia del estudio	6
Limitaciones del estudio	8
Definición de términos	8
CAPITULO II	
REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA	
Importancia de los programas de prevención	11
Panorámica del problema en México	12
Programas preventivos: normatividad técnica	14
Papel de la madre en la salud	16
Factores que influyen en el uso de servicios preventivos de salud	17
Modelo de creencias preventivas en salud	19
Estudios relacionados	23
CAPITULO III	
METODOLOGIA	26
Sujetos	26
Material	29
Procedimiento	31
Etica del estudio	31

CAPITULO IV

RESULTADOS	33
Control del Niño Sano	33
Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino	57
Planificación Familiar	84

CAPITULO V

DISCUSION	107
Conclusiones	118
Recomendaciones	121

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	125
-----------------------------------	------------

APENDICE A Presupuesto

APENDICE B Cronograma de Actividades

APENDICE C Cédula de Entrevista

APENDICE D Instructivo: Instrumento

CAPITULO I

INTRODUCCION

En América Latina la morbi-mortalidad materno-infantil, ha sido uno de los mas grandes problemas de salud, que aún hoy no ha sido resuelto. En respuesta a esta y a muchas otras problemáticas de salud se observa el interés de los países, por acatar la meta de "Salud para Todos en el Año 2000", declarada por la Organización Mundial de la Salud, (O.M.S.). En los puntos mas sobresalientes de esta política se hace referencia a la mayor atención que debe concedérse, a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, así como hacer hincapié en el papel activo, que las personas deben tener para mantener su salud según refiere, Alderslade, R. (1990).

Debe dársele importancia a los factores culturales de las poblaciones, en relación con el uso de los servicios preventivos de salud. Parry, E (1984), menciona que la actitud de una sociedad ante la salud y la enfermedad está estrechamente relacionada con su cultura, aspecto que no se debe despreciar, puesto que cualquier programa de salud puede fracasar, si quienes lo implementan no se esfuerzan por disminuir la brecha cultural que existe entre el agente de salud y la población a la que atiende. Por lo que se hace indispensable para el personal de salud y especialmente para enfermería comunitaria que permanentemente, se encuentra en contacto con la comunidad, conocer aspectos

relevantes de la cultura, que redundarán en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

El promover el uso de los servicios preventivos, generando estrategias que incluyan aspectos de las creencias de las personas a las cuales son ofrecidos los programas y especialmente, de quién tiene la posibilidad de tomar decisiones de salud en la familia, cómo es la madre, quién es líder en este aspecto, tendrá impacto en la disminución de las tasas de morbi-mortalidad de la población y en este caso específico, del grupo Materno-Infantil.

Misrachi, L., et al, (1989), estudió los valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. El propósito fue, aumentar el conocimiento de los patrones culturales de una población de bajo nivel socioeconómico, como punto de partida para los programas educativos de promoción y prevención de la salud oral, así mismo Ferreira, S. (1984), investigó acerca de las creencias de las madres en relación a la vacunación, e identificó la importancia de las variables del modelo de creencias de salud, en aquellas madres que iniciaron la vacunación básica de los hijos y validó la aplicación de un modelo existente, en la investigación científica.

El objeto de este estudio, fue el de conocer las creencias de salud que tiene la madre y determinar su influencia en el uso de los servicios preventivos Materno-Infantiles. El estudio, es descriptivo, transversal y retrospectivo, Polit, D., (1985). Se

tomó como universo, al total de madres que llevaron a sus hijos a Control de Niño Sano (CNS), o que hicieron uso de los servicios de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino (DOC) y Planificación Familiar (PF); de la población urbano marginal, como es la de la colonia, Pueblo Nuevo, Apodaca, Nuevo León. La unidad de estudio, fue la madre, quien uso previamente alguno de los servicios preventivos especificados anteriormente, a quien se le pregunto por medio de una cedula de entrevista semiestructurada, acerca de sus creencias en salud y el uso de servicios preventivos, que posteriormente fueron comparados con las normas técnicas emitidas por el diario oficial (1986). La muestra fue no probabilística, intencional, por cuota.

Planteamiento del problema

La provisión del cuidado de la salud familiar es una función básica, donde la madre juega un papel importante como líder de la salud, buscando sentimientos de satisfacción, reconocimiento y solución a los requerimientos mínimos de la familia, con especial énfasis en aquellos que se refieren al bienestar de los hijos, ya que el cuidado personal, algunas veces es olvidado.

Friedman, M., (1986), refiere que en las clases sociales bajas el padre juega un papel mínimo en la familia, como cuidador de esta y la madre debe asumir este rol, pasando a realizar la

mayoría de las funciones del hogar, incluyendo el cuidado y educación integral de los hijos; es entonces cuando de ella depende, el uso de los servicios primarios de salud.

El conocimiento de las madres sobre aspectos de salud, es necesario, pero no suficiente, para la integración a programas preventivos Materno-Infantiles. Las creencias personales sobre salud son complicadas, sin embargo pueden ser claves para determinar, si las familias usan o no los servicios de salud preventivos, según expresa Ritkin, S., y Walt, G. (1986).

Las creencias de la madre, pueden estar influenciadas directa o indirectamente, por algunos factores, entre los que se pueden citar: el contacto anterior con enfermedades a nivel personal y familiar, la gravedad y/o complicación que han tenido, las secuelas que han dejado; las tradiciones familiares y el contacto con el personal de enfermería que le ha impartido educación en salud, entre otros.

La experiencia personal, en Colombia y luego en México en el trabajo comunitario, permitió observar la presencia de algunos factores sociales, que pudieron repercutir en el bajo uso de los servicios preventivos en el grupo Materno-Infantil.

El estudio de los factores que intervienen en el uso de programas preventivos materno infantiles: Control del Niño Sano (CNS), Planificación Familiar (PF) y Detección Oportuna del Cáncer Cervico Uterino (DOC), es relevante para la intervención

de enfermería comunitaria, puesto que es uno de los énfasis del desempeño profesional. Con el conocimiento de las variables que predicen la conducta preventiva de salud, se puede intervenir con mayor eficiencia y colaborar en la meta de disminuir riesgos y enfermedad a nivel familiar, fundamentalmente en problemas Materno-Infantiles y por ende, promover el bienestar en la sociedad. Por lo expuesto anteriormente, surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Que relación existe, entre las creencias de salud de la madre y el uso de programas preventivos materno-infantiles?

Hipótesis

Las hipótesis del presente estudio son las siguientes:

Hi: Las creencias de la madre en aspectos de salud, influyen en el uso de los programas preventivos Materno-Infantiles.

V.I.: Creencias de la madre en aspectos de salud.

V.D.: Uso de los programas preventivos Materno-Infantiles.

Ho: El uso de los programas preventivos Materno-Infantiles, no esta influenciado por las creencias de la madre en aspectos de salud.

Objetivos

Los objetivos del presente estudio son:

Objetivo General:

Identificar si las creencias de salud de la madre contribuyen, en el uso de programas preventivos Materno Infantiles.

Objetivos Especificos:

1. Describir los aspectos referentes a las creencias en salud, tales como: susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras, señales de acción y auto-eficacia, que interactúan, para que la madre ejecute una acción preventiva de salud.
2. Conocer el patrón de uso de los programas preventivos materno infantiles, como el de CNS, DOC y PF.
3. Conocer el perfil demográfico de las madres y las razones por las que usan programas preventivos materno-infantiles.

Importancia del estudio

El aplicar las teorías de creencias en salud, creada por Rosenstock, I., así como algunos aspectos de la teoría de Friedman, M., en la investigación hecha por enfermería, es un apoyo a

las bases científicas de la profesión, que en enfermería comunitaria se proyectará en el nuevo rol que debe asumir la enfermera dentro del primer nivel de atención de salud, con acciones acordes a la problemática de salud de la población que atiende, haciéndola participe de alguna manera, incluyendo aspectos culturales que interfieren en la ejecución de programas de promoción y prevención y que actualmente impiden, se refleje la efectividad del servicio. Los resultados del estudio podrán extrapolarse a comunidades con características similares.

Según manifiesta el grupo de expertos en ciencias de la salud, reunido en Washington en 1978, la práctica de los profesionales que laboran en la comunidad, debe ser evaluada por algunos aspectos como son los cambios ocurridos en el estado de salud de la comunidad, la cobertura de servicios preventivos y de promoción, así como por el uso, que las personas realicen de estos. Enfermería al tener mayor acción en programas preventivos y contacto con la comunidad, debe aprender a integrar aspectos psicológicos, sociales y culturales que interfieran de alguna forma en el uso de los servicios, para incrementar en la población blanco la accesibilidad cultural a estos, de tal manera que en la práctica no se violenten las creencias y costumbres de las personas y en especial las de la madre como persona responsable de su salud y la de sus hijos.

De esta forma se podrán plantear estrategias significativas,

que promuevan el uso y la continuidad de los servicios preventivos de una población con alto riesgo de enfermar y morir como es la Materno-Infantil.

Limitaciones del estudio

El estudio fue realizado en una población urbano marginal, como es la de Pueblo Nuevo, Apodaca, Nuevo León, cuyo nivel socioeconómico y educativo, impide que los resultados se puedan generalizar a cualquier población. Además por ser el universo y la muestra, población exclusiva de usuarios de servicios preventivos, existe sólo la probabilidad de extrapolar algunas de las variables, a otras poblaciones con similares características.

El aplicar la cédula de entrevista en el mismo Centro de Salud y hacer referencia dentro de esta a algunas características de los servicios allí prestados, se tuvo en cuenta, pero por razones físicas, no se pudo adecuar un espacio que permitiera en lo posible al entrevistado, sentirse en un ambiente diferente y disminuir así el sesgo de respuesta.

Definición de términos

Creencia materna: Resultante de las variables que la componen: susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas, así como señales de acción y autoeficacia.

Influencia: Acción que ofrecen las creencias de la madre para -
que ésta haga uso de los servicios materno-infantiles para
ella ó sus hijos menores de 5 años.

Susceptibilidad percibida: Riesgo que experimenta la madre de -
que ella o sus hijos menores de cinco años, son vulnerables
de contraer una enfermedad.

Severidad percibida: Preocupación de la madre, acerca de la - -
seriedad de las consecuencias que puede tener ella o sus
hijos menores de cinco años, al contraer una enfermedad.

Beneficios percibidos: Alternativas conocidas, disponibles y - -
efectivas que tiene la madre para ella y sus hijos menores
de cinco años, que a su juicio pueden reducir la amenaza de
sufrir una enfermedad.

Barreras percibidas: Dificultades que identifica la madre - -
para ella y sus hijos menores de cinco años, surgidos al
tomar una conducta de salud preventiva.

Señales de acción: Motivaciones internas o externas identifica
das por la madre, para desencadenar la acción preventiva
apropiada.

Auto-eficacia: Convencimiento que tiene la madre de ser capaz de hacer uso continuo de los servicios preventivos, como una manera de mantener su salud y la de sus hijos menores de cinco años.

Programas preventivos Materno-Infantiles: Se contemplaron - - dentro de estos el programa de control del niño sano, para el menor de cinco años; el programa de planificación familiar y detección oportuna de cáncer cervico uterino, para la madre.

Uso de programas preventivos Materno-Infantiles: Asistencia de la madre y el niño, de una a cinco veces al año, a control en los dos programas preventivos: PF y CNS. Para la usuaria del programa de DOC, la asistencia será de una vez por año, de acuerdo a las normas técnicas emitidas por el diario oficial (1986).

CAPITULO II

REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA

Importancia de los programas de prevención

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en 1990, retoma el papel que la Atención Primaria en Salud (A.P.S.), debe tener dentro del control y manejo de salud de la humanidad, diciendo que esta debe ser el criterio fundamental que se utilice para promover los cambios. Solo cuando se realicen cambios, significativos, en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad; dando participación a las comunidades de acuerdo con sus necesidades, creencias y aspiraciones; combinando pautas culturales y de comportamiento, la aplicación de los principios de "Salud para todos", se convertirán en norma eficaz, en los servicios de salud.

El identificar las creencias de la madre con respecto a la salud, que influyan en la integración o el cumplimiento de ella o de sus hijos en los programas preventivos, es de gran importancia para enfermería comunitaria, debido a que es parte relevante de su labor dentro de la estrategia de Atención Primaria de Salud, originada en la Declaración de Alma Ata, "Salud para todos en el año 2000", propuesta por la O.M.S., 1972-1981, según refiere Klinger, I. (1989). La meta anteriormente citada, se configuró al reconocer las grandes diferencias existentes en los

grupos socio-económicos según manifiestó la Organización Panamericana de la salud (OPS), en su informe de 1980, donde además se recomienda dar atención a los individuos de mayor riesgo.

Panorámica del problema en México

El 48.4 por ciento es población materno-infantil proyectada para 1990, en México, según cálculos realizados por la entidad federativa del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en 1985. Las tasas de mortalidad en México, aún son altas. La tasa de mortalidad infantil es de 23.6 por 1000 nacidos vivos registrados (N.V.R.) en 1986 y la tasa de mortalidad materna es de 6.4 por 10.000 N.V.R., en 1985, según el Programa Nacional de Salud de 1990-1994.

Para Nuevo León, la tasa mortalidad materna es de 0.3 por 1000 N.V.R., y la tasa de mortalidad infantil es de 19.2 por 1000 N.V.R., 1990, según datos proporcionados por la Subsecretaría Estatal de Salud.

Del total de acciones de asistencia a sanos y enfermos (968.137), realizadas en el estado de Nuevo León durante el año de 1991, el 22.74% (220.209), fueron de carácter preventivo, incluyendo en este grupo la atención a sanos, la detección oportuna de enfermedades y los usuarios del programa de planifi-

cación familiar; el porcentaje restante, 77.25% (747.928) de actividades fueron de carácter curativo, según los datos tomados de la Dirección de Planeación de la Sub-Secretaría de Salud de Nuevo León.

En el área metropolitana de Monterrey, en 1991, el 9.94% (94.318) de las acciones fueron preventivas, en los programas Materno-Infantiles referentes a control de niño sano (CNS) y vacunación, en el niño , así como Detección Oportuna de Cáncer Cervico Uterino (DOC) y Planificación Familiar (PF), para la mujer; el porcentaje restante, 90,06 por ciento (854.555), fueron acciones curativas en este grupo; según datos proporcionados por la Unidad de Cómputo del Programa de Salud Guadalupe. Datos que se corroboran en la investigación de Suárez, CH. (1992), acerca de la motivación en la promoción de la salud de los adultos en una comunidad suburbana de Monterrey, N. L., donde se refiere que el 45% de personas de sexo masculino y el 34% de las mujeres nunca visitan al médico, así como también el 70% de hombres y el 45.3% de mujeres nunca visitan al Odontólogo.

En el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, durante el período comprendido entre enero y junio de 1992, se realizaron 8.265, actividades de atención a usuarios de las cuales, 2.232 (27%), correspondieron a los programas preventivos de CNS, PF y DOC, en el grupo Materno-Infantil.

La prevención primaria, constituye una estrategia para

alcanzar la meta propuesta, en Alma Atta (1978), considerando la importancia, que tiene cada uno de los programas y la manera como en conjunto van a promover el mantenimiento de la salud y la disminución de la morbi-mortalidad del grupo Materno-Infantil; si su uso se hace en forma oportuna, periódica y eficiente.

Programas Preventivos: Normatividad Técnica

El control del niño sano, incluye aspectos relevantes como son la valoración integral del niño, la medición del crecimiento y evaluación del desarrollo, la aplicación del esquema de vacunación, la educación en varios aspectos como son, la estimulación temprana, la alimentación, la prevención de accidentes y la detección oportuna de riesgos, patologías o anomalías, entre otros; las normas técnicas emitidas en el diario oficial en 1986 y aun hoy vigentes, refieren que el menor de un año completará un total de cinco consultas, otorgadas a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de edad, y a partir de ahí, se deberá realizar una consulta cada seis meses hasta cumplir los cinco años.

El programa de planificación familiar, según refiere Grassi, E. (1986), pretende disminuir la proporción de abortos, así como también dar la información, que permita a la pareja o a uno de ellos, decidir libremente, acerca del número de hijos y el espaciamiento entre ellos. También permite, de acuerdo a la

información con que cuente el usuario, escoger el método de planificación que de acuerdo a la situación, desee utilizar y estar entonces participando activamente en el monitoreo de beneficios y riesgos de este; según las normas técnicas referidas en el diario oficial en 1986, las pacientes que usen anticonceptivos hormonales orales e inyectables, asistirán a su consulta ~~al~~ mes de iniciar con este método y posteriormente los controles se llevarán a cabo cada ochenta días, para las usuarias de DIU, las consultas subsecuentes a la aplicación se llevaran a cabo durante el primer año, al mes, a los seis y a los doce meses, posteriormente deberá asistir una vez por año, para los métodos definitivos, como la oclusión tubaria bilateral, se hará en una institución de salud de mayor complejidad, el primer control al mes, y posteriormente en unidades de primer nivel un control al año.

Mediante la Detección de Cáncer Cérvico Uterino, se determinan alteraciones inflamatorias crónicas o agudas que al tratarse a tiempo, retarda o impide su evolución a un estado displásico o metaplásico, formas iniciales de cáncer cervical según mención de Durán, M. (1990). Las normas técnicas emitidas por el diario oficial en 1986, con respecto a este programa se pronuncian diciendo, que este examen se deberá realizar a toda mujer mayor de treinta y cinco años por tener mayor riesgo o a toda mujer en vida sexual activa, si el examen tiene como resultado negatividad para cáncer, el estudio se recomendará anualmente, si el resulta-

do refiere proceso inflamatorio, se dará tratamiento, pero la periodicidad del examen continúa siendo anual, si reporta displasia, se tratará, y si esta persiste, se remitirá la paciente a una institución de mayor complejidad.

Papel de la madre en la salud

Según Friedman, M. (1986), los papeles asociados a la madre y asignados por la familia, sociedad y cultura, han sido, el de ama de casa, líder de la salud familiar, compañera y consejera entre otros. El rol central de la madre es decisivo en la forma como se adoptan los conceptos de salud, así como en el manejo de la enfermedad en la familia, siendo esto una constante en afirmaciones realizadas por Litman, (1974).

Es la madre entonces quien decide sobre el uso de los servicios primarios de salud según cita Aday, E. (1972) y se confirma en la encuesta de salud de 1990, realizada en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo, donde la madre en un 64,1 %, es la autoridad en la familia cuando alguien enferma, decidiendo sobre la conducta a seguir. Las definiciones y conceptos de lo que es la salud, así como las creencias y motivaciones en la búsqueda de los servicios de salud, constituyen las razones principales de la diversidad de prácticas en el cuidado de la salud.

Factores que influyen en el uso de servicios preventivos de salud

La demanda de los servicios de salud preventivos, están influenciados por una serie de factores, entre los que se pueden contar: los sociales, económicos, culturales y Psicológicos entre otros. Pratt, (1982), refiere la importancia de la provisión del cuidado de la salud como una función familiar básica y vital. Debido a la importancia que los papeles familiares tienen dentro de la organización familiar, es imperativo para la enfermería determinar y entender porque, en el grupo familiar se toman decisiones respecto a la salud y por ende a la inscripción y uso de los programas preventivos, para hacer mas efectiva la intervención. Friedman, M. (1986), manifiesta que las diferencias sociales están muy acentuadas, en relación a las prioridades de salud. En las clases sociales bajas, la salud se encuentra al final de la lista de prioridades y necesidades, a menos que se suscite una crisis; el empleo, la alimentación y la vivienda, constituyen prioridades inminentes para ellos. De ahí la importancia para la enfermería comunitaria de buscar respuestas, que lleven a la implementación de programas que incluyan las creencias de las personas en aspectos de salud y así lograr disminución en la inasistencia, e incremento en la inscripción y uso de los programas preventivos materno infantiles.

Los programas de salud enfocados a la atención materno

infantil, tendientes a la prevención, se deben revisar teniendo en cuenta otros factores de la población usuaria que afectan su aceptación y uso.

Para el profesional de la salud es fundamental identificar las características del contexto socio-cultural, en el que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes de los grupos de la comunidad, que determinan el estado de salud-enfermedad, así como su interpretación y manejo.

Hay en consecuencia una multitud de elementos culturales, como las formas de vida, las costumbres y creencias, que establecen una percepción de los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, que son utilizados actualmente por un amplio sector de la población, especialmente de las zonas rurales y las urbano-marginales, según manifiestan Kroeger, A., Luna, R. (1987).

El entender lo que creen las personas acerca de la salud, es un paso preliminar para luego tratar de aumentar el uso de los servicios preventivos e involucrar la formulación e implementación de políticas en el área de la salud pública. Para comprender los conceptos que interactúan en el uso de los servicios preventivos, se hace necesario utilizar un modelo que provea la estructura para el campo de estudio.

Modelo de creencias preventivas en salud

El modelo de creencias en salud, como predictor de conducta de salud preventivo, formulado por Rosenstock, I., en 1954 y con última revisión en 1988, realizada por el mismo autor, habla de los aspectos que condicionan a las personas a realizar acciones para prevenir o detectar enfermedades.

Kasl y Cobb (1966), citados por el autor del modelo, clasificaron varias conductas de salud, donde la percepción hace parte de la conducta de salud preventiva, entendiéndose esta, como cualquier actividad realizada por una persona que se considera a si mismo saludable, con el propósito de prevenir o detectar una enfermedad en su estado asintomático. Intenta especificar algunas variables, que al parecer contribuyen de manera importante, en la comprensión de las conductas de salud preventivas. Las variables mayores del modelo, son extraídas y adaptadas de algunas teorías psico-sociales.

El enfoque primordial del modelo es hacer la relación directa de estados subjetivos presentes en la persona, con la ejecución de conductas de salud.

El modelo en su última revisión incluye, dos variables principales, una adicional y una variable de manejo independiente. Dentro de las dos principales se tienen:

- a) El estado psicológico para realizar una acción especí-

fica, compuesta a su vez por dos aspectos:

* Susceptibilidad percibida, que se refiere a los riesgos subjetivos de contraer una enfermedad. Es el grado en el cual un individuo, se siente vulnerable a una condición de salud específica. Puede ir desde la negación de poder sufrir la enfermedad, pasando por aquellos que admiten la posibilidad de poderla contraer, hasta llegar a los que sienten un real e inminente peligro de padecer una enfermedad.

* Severidad percibida, que es el sentimiento de consecuencias serias, causadas por contraer la enfermedad. Estas pueden ser del orden biológico, psicológico y social.

b) La extensión en la cual una acción particular se cree, sea benéfica en reducir la amenaza. Dentro de esta variable se encuentran:

* Beneficios percibidos para tomar una acción, hace mención a las alternativas conocidas, disponibles y efectivas que pueden reducir la amenaza de enfermedad a la cual el individuo se siente susceptible. En la mayoría de ocasiones juegan un papel importante las normas y presiones del grupo social.

- * Barreras percibidas para tomar una acción, están dadas por las creencias de inconvenientes surgidos al tomar una conducta de salud preventiva, como son el costo, el dolor o las molestias en general que desencadenarían una acción.
- c) Las señales de acción, incentivos o motivación, constituyen la variable adicional de este modelo, la cual se refiere al factor necesario, para desencadenar una acción apropiada. Pueden ser internos, como la percepción del estado general del cuerpo con respecto a la salud, o externos como la comunicación con otras personas, el hecho de que alguien cercano afectivamente, sufra la enfermedad, o el recibir un recordatorio de la cita correspondiente, así como todo tipo de propaganda dada en los diferentes medios de comunicación. Esta variable ha sido considerada como adicional, por no haberse puesto a prueba en el campo retrospectivo, debido a las dificultades causadas por las fallas de la memoria, ante los eventos que sugieren señales de acción.

La variable de manejo independiente, se deriva de la teoría cognoscitiva social y se le ha denominado como la expectativa de eficacia, que se define como la convicción de que exitosamente

cada persona, puede ejecutar la conducta requerida para producir los resultados. Su mayor uso y justificación, está en aquellos aspectos de salud que requieren cambios a largo plazo, e implican la modificación de hábitos para mantener la salud, por lo que se hacen mas difíciles de superar, necesitándose una buena cantidad de confianza en que la persona, en realidad puede superar tales estilos de vida, siendo competente, para implementar el cambio.

Bandura, referido por Rosenstock, et al, (1988), dice que la información de la auto-eficacia se deriva de cuatro fuentes, entre las que se tienen:

- * Logros de realización o desempeño, que son las de mayor influencia en la eficacia, porque se basan en el dominio personal.
- * La experiencia sustituta, se obtiene a través de la observación y el desempeño con éxito o no de los demás.
- * La persuasión verbal, que es lo que los demás aconsejan para obtener un resultado.
- * Los estados fisiológicos, particularmente la ansiedad, o la eliminación del sentimiento de negatividad, pueden dar información al individuo acerca de lo que es capaz de realizar ampliando o disminuyendo la auto-eficacia de la persona.

La decisión de tomar una acción preventiva, depende de la mayor disponibilidad psicológica y de beneficios, comparada

con la presencia en menor cantidad de aspectos negativos. Se puede deducir, que a mayor susceptibilidad, severidad, beneficios percibidos, señales de acción y auto-eficacia; como a menores barreras percibidas, se ejecutan mayores actividades preventivas de salud.

Estudios relacionados

El analizar hallazgos de estudios anteriores, permite generalizar, acerca de las características personales en el uso de los servicios preventivos de salud. En general, los servicios son utilizados en mayor proporción, por individuos jóvenes o de edad media, mujeres en su mayoría, así se excluyen las gestantes, por los que tienen mayor nivel de escolaridad y por los que cuentan con mayores recursos económicos, según refiere Rosentock, (1974).

El modelo de Irwin Rosenstock, ha sido utilizado por el mismo autor y otros colaboradores, en muchos estudios en personas con algún tipo de patología o factor de riesgo, como son fumadores, pacientes diabéticos, hipertensos y asmáticos, relacionando las creencias que existen, con el mantenimiento de las prescripciones médicas.

En el estudio de Roseblum, Stone y Skipper (1980), acerca de vulnerabilidad percibida en el cumplimiento materno en la

vacunación de los preescolares, así como en la investigación de Cruz, S. (1988), sobre algunos aspectos determinantes Psico-sociales que explican la actitud hacia la prevención oportuna de cáncer cervico uterino, se sugiere, hacer nuevas investigaciones que validen el modelo de creencias de salud, para ser utilizado como predictivo de acciones preventivas en la práctica de salud comunitaria, aunque estos estudios anteriores no han incorporado la nueva variable independiente de auto-eficacia.

Misrachi, L. et al (1989), estudiaron los valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral, que prevalecen en una población de escasos recursos socioeconómicos. El propósito fue, aumentar el conocimiento de los patrones culturales de esa población de bajo nivel socioeconómico, como punto de partida para los programas educativos de promoción y prevención de la salud oral, uno de los hallazgos importantes de este estudio, fue el determinar que las personas perciben en forma negativa los servicios dentales, por lo que condiciona esto a la poca demanda y sólo asisten en el momento en que el dolor induce a la acción.

Meei-Shia Chen, (1985), estudió la relación entre el uso de servicios preventivos odontológicos en niños y las creencias y uso de estos mismos servicios en las madres, encontrando una relación positiva en este aspecto, utilizando para el análisis la teoría del aprendizaje social de Becker.

Así mismo Ferreira, S. (1984) y Guerra, R. (1991), investigaron acerca de las creencias de las madres en relación a la vacunación de los hijos, cuyo objetivo fue identificar la importancia de las variables del modelo de creencias de salud, en aquellas madres que inician la vacunación básica de los hijos y validar la aplicación de un modelo existente, en la investigación científica.

Para enfermería comunitaria, el estudio de la susceptibilidad percibida, severidad percibida, los beneficios, las barreras, las señales de acción y la auto-eficacia, pertenecientes a una teoría Psicosocial, fueron de gran utilidad en el actual estudio y su uso, proporcionó el esqueleto de este, guiando metodológicamente su concepción, desarrollo, aplicación e interpretación, así como la aplicación de las teorías de familia de Freedman, permitieron estudiar el contexto donde se toman las decisiones con respecto a la salud. Las teorías, se estudiaron no solo para validar su uso, sino para retroalimentar la educación y práctica.

CAPITULO III

METODOLOGIA

El estudio se realizó en una población urbano marginal, que fueron los usuarios del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, Apodaca, Nuevo León, México. La población total que cubre es de aproximadamente 40.000 personas, pertenecientes a una clase social baja, con escolaridad para el 68,3 %, de primaria incompleta y completa y el 8, 01% de la población analfabeta; el porcentaje restante esta dado por pequeños grupos poblacionales en los demás grados de escolaridad.

El estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo, Polit (1985), en la medida que la cédula de entrevista se aplicó en una sola oportunidad y se indagó sobre aspectos que exigieron a la madre, recordar o narrar pensamientos. Se tomó a la madre como unidad de observación y proveedora de cuidado, quien hizo uso previo del servicio preventivo para ella o su hijo y posterior a esto se compararon los datos dados por la madre, con las normas técnicas de uso de servicios preventivos de los tres programas de salud, emitidas por el diario oficial en 1986 y aún hoy vigentes.

Sujetos

El universo del estudio, estuvo dado por todas las madres usuarias de los programas de DOC y PF y por aquellas que llevaron

a sus hijos menores de 5 años al CNS, tomando a la madre como unidad de observación.

La muestra fue no probabilística, intencional y por cuota, Polit (1985), la unidad de observación, se seleccionó en forma aleatoria, en la medida que se seleccionaron los días de aplicación de la cédula de entrevista, en una tabla de números aleatorios, hasta completar el total de casos a observar; fue proporcional al número de usuarios de cada uno de los programas del universo.

La muestra se obtuvo por medio de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times P \times q \cdot z^2}{(N-1)(E-E^2) + p \times q \times z^2}$$

Los valores que se dieron fueron los siguientes:

N= Universo de usuarias de los programas preventivos ya definidos de 2232.

P= Proporción de que las creencias influyan en el uso de servicios preventivos en los tres programas de 0,84.

q= Proporción de no influencia de creencias en el uso de servicios preventivos de 0,16.

Z= Nivel de confianza de 95%.

E= Error estimado (E) de 5%.

$$n = \frac{(2232) (0,84) (0,16) (1,96)^2}{(2231) (0,05)^2 + (0,84) (0,16) (1,96)^2}$$

n= 1152.4062

6.0938

n = 189 Muestra total.

La distribución por programas, fue realizada de acuerdo a la proporción de uso de éstos en la comunidad, así:

C.N.S.= 44

D.O.C.= 50

P.F.= 95

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Madres que hubiesen llevado a sus hijos menores de cinco años, al control del niño sano personalmente, en el momento inmediato anterior a la entrevista.
- Mujeres con hijos que hubiesen hecho uso de los servicios de DOC ó PF, en el momento inmediato anterior a la entrevista.
- Con domicilio en la colonia de Pueblo Nuevo o sus alrededores.
- Que tuviesen o no seguridad social.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Mujeres que llevaron niños al control de niño sano, sin ser directamente la madre.
- Mujeres que no habían tenido hijos.

- Mujeres que asistieron a otros programas diferentes, o que habían hecho uso de estos programas en otro momento al mencionado.
- Mujeres que vivían en áreas diferentes a la colonia Pueblo Nuevo o sus alrededores.

Material

Dentro de los recursos humanos que fueron necesarios para el desarrollo de la investigación se pueden citar el asesor, el encuestador y el investigador; en cuanto a los recursos materiales se puede hacer referencia al material bibliográfico requerido para dar sustento teórico al estudio, así como también a la microcomputadora, papelería, materiales audiovisuales y viáticos necesarios para la ejecución y presentación de la investigación entre otros (ver apéndice A). Los recursos de tiempo se describieron en el cronograma de trabajo, que va de abril de 1992, a julio de 1993, momento en que se presentara el informe, (ver apéndice B).

Se utilizó como instrumento: Una cédula de entrevista semiestructurada, para cada grupo, esto es: una para usuarios del CNS, otra para usuarias de PF y otra para las usuarias de DOC (ver apéndice C), creada por el mismo investigador, basada en algunas formas de preguntas utilizadas por investigadores

anteriores, Hochbaum, (1956); Kegeles, (1963); Flach, (1960); Heinzelmann, (1962) y Leventhal, (1965). Incluyen nueve secciones: la primera, estuvo dada por los datos de identificación, de la madre y/o el hijo. A partir de la segunda se incluyeron directamente las variables del estudio, esta contuvo los aspectos de susceptibilidad percibida, la tercera trató la severidad percibida, la cuarta enumeró los beneficios percibidos, la quinta contuvo las barreras percibidas, la sexta preguntó por las señales de acción, la séptima incluyó aspectos de autoeficacia, la octava enunció las preguntas acerca de la frecuencia de uso de los servicios preventivos y la novena y última, se refirió a algunos datos sociales de interés.

La cédula de entrevista contuvo un total de treinta y cuatro preguntas, para CNS, veintisiete para PF, y treinta y una, para DOC, acompañada por un instructivo (ver apéndice D), para su correcta utilización, fue aplicada por el mismo investigador y por un encuestador entrenado para este fin. Se elaboró una lista alfabética de las ya entrevistadas para evitar doble aplicación de esta, a un solo sujeto. Cada instrumento se sometió a una prueba piloto, con el 10% de cada grupo muestral, para un total de 19 cédulas aplicadas. La prueba arrojó algunos cambios en el instrumento inicial, especialmente el que tuvo que ver con el orden de preguntas de las variables de creencias, así se decidió dejar las barreras en la segunda sección, solo con el fin de

disminuir el choque del entrevistado con las preguntas de la susceptibilidad, ya que esto impedía una respuesta adecuada.

Procedimiento

Se entrevistó a toda madre que cumplía con los requisitos de inclusión y exclusión, inmediatamente después, de haber hecho uso de alguno de los programas preventivos ya descritos anteriormente, previa información del objetivo del estudio y autorización por parte de la madre. La cédula de entrevista se aplicó dentro del mismo Centro de Salud, en la sala de espera o en el salón de reuniones, cuando estuvo disponible. Se agradeció la participación de las madres, ninguna se negó a participar.

Todas las cédulas de entrevista fueron revisadas y codificadas por el mismo investigador, para asegurar que estuviesen completas.

Ética del estudio

Se solicitó la autorización del Coordinador del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, para la aplicación del estudio en dicha institución, así como también se le informó a todo el personal de dicho centro acerca del estudio, lo cual permitió contar con su apoyo y colaboración.

A los sujetos de estudio, se les pidió la participación voluntaria, explicándoles ampliamente el objetivo de la investigación, así como la confidencialidad de los datos. Se les dió a conocer, que no correrían riesgo en su persona o en su familia por participar, dándoles libertad de retirarse del estudio cuando lo desearan. Se darán a conocer posteriormente los resultados del estudio al equipo de trabajo del Centro de Salud, con el fin de que estos apoyen de alguna manera la adecuación de programas.

Para el procesamiento de datos, se utilizó la computadora y el programa estadístico, Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.), el cual arrojó los datos estadísticos descriptivos, listados de frecuencia y tablas de correlación.

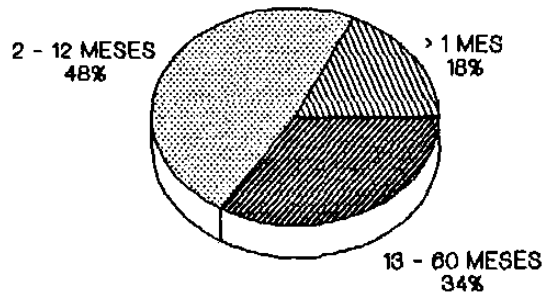
Para el análisis, se utilizaron estadísticos para variables nominales, tales como la V de Cramer y Covarianza, que buscaron la correlación de la variable independiente, creencias de salud, con la variable dependiente, uso de servicios preventivos. Para comparar los datos obtenidos con los esperados, se utilizó la Chi cuadrada. La presentación de resultados, se hizo en figuras, utilizando el programa Harvard Graphics y en tablas de contingencia, Cañedo, L., (1987).

CAPITULO IV RESULTADOS

Para la presentación de los resultados, se siguió el orden con que se recolectó la información en la cédula de entrevista. Se presentó inicialmente el Programa Preventivo Infantil, Control de Niño Sano (C.N.S.) y posteriormente los preventivos maternos, Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino, (D.O.C.) y Planificación Familiar (P.F.). Se presentaron los datos descriptivos y los cruces significativos en cada programa.

1. RESULTADOS: CONTROL DE NIÑO SANO

FIGURA 1
EDAD DE LOS NIÑOS QUE
ASISTIERON A CNS
COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



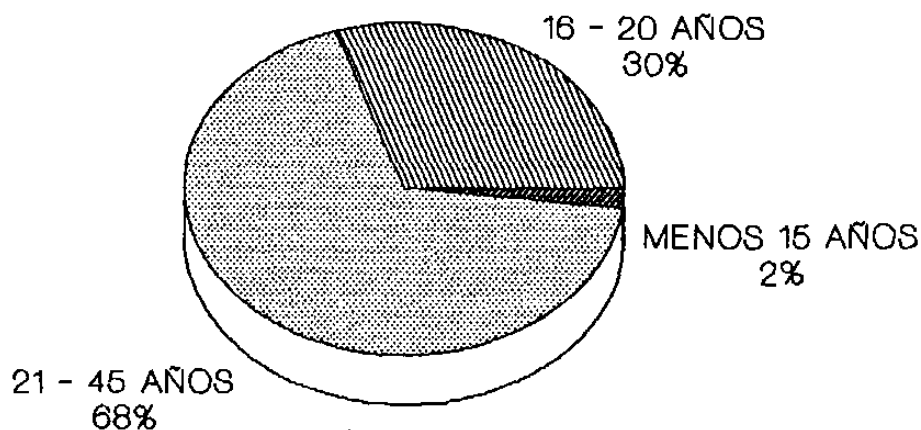
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 44

El 18 por ciento, de los niños que asistieron al control, fueron menores de 1 mes; el 48 por ciento, fueron de 2 a 12 meses y el 34 por ciento restante, se encuentran entre 13 y 60 meses de edad (Figura 1).

FIGURA 2 EDAD DE LA MADRE, QUE LLEVA A SU HIJO A CNS

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



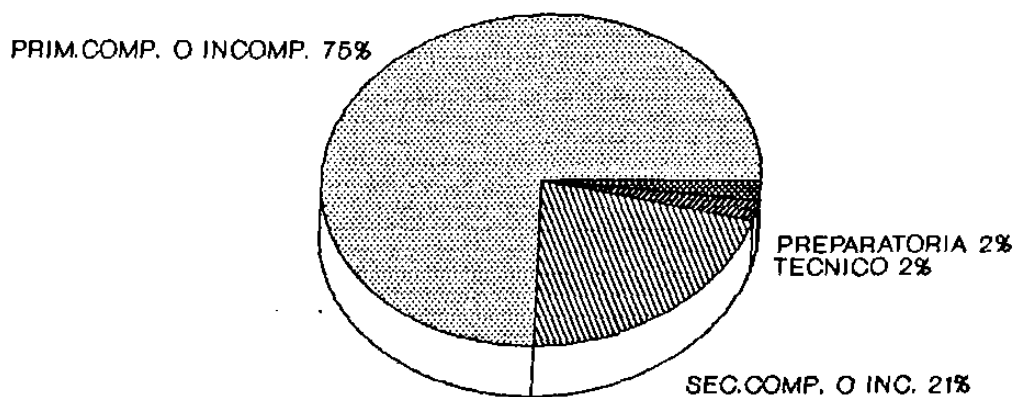
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 44

En relación a la edad de las madres que llevaron sus hijos a C.N.S., se encontró: que el 2 por ciento, fueron menores de 15 años; el 30 por ciento, fueron de 16 a 20 años y el 68 por ciento restante, fueron de 21 a 45 años de edad. (Figura 2).

FIGURA 3 ESCOLARIDAD DE LA MADRE

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



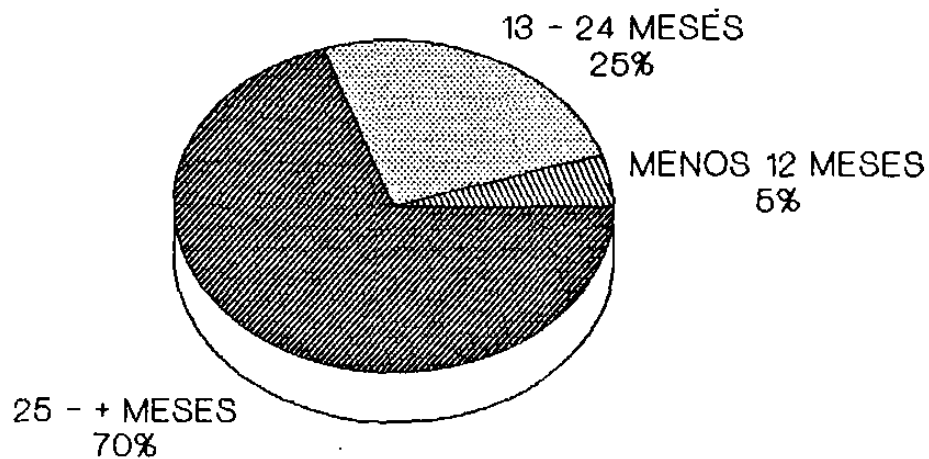
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 44

El 75 por ciento de las madres, refirieron haber cursado en parte o completamente la primaria; el 21 por ciento, dijo tener en parte o haber culminado la secundaria; el 2 por ciento, manifestó tener estudios técnicos y el 2 por ciento restante, terminó preparatoria. (Figura 3).

FIGURA 4
TIEMPO DE RESIDENCIA EN LA COLONIA, DE
LAS MADRES QUE LLEVAN SUS HIJOS A CNS

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



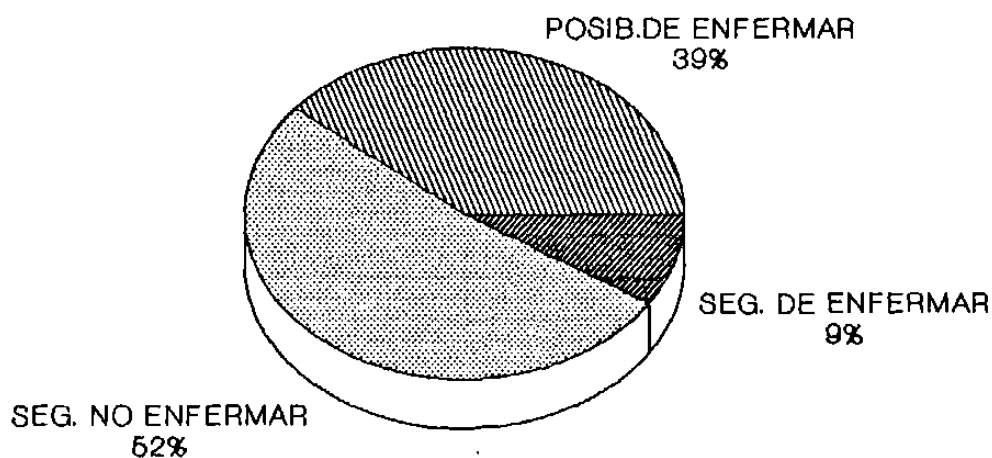
n = 44

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

El 5 por ciento de las madres, residieron menos de 12 meses; el 25 por ciento, de 13 a 24 meses y el 70 por ciento restante, de 25 a más meses. (Figura 4).

FIGURA 5 SUSCEPTIBILIDAD, CREE QUE SU HIJO ENFERMARA EN EPOCA DE CALOR

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93

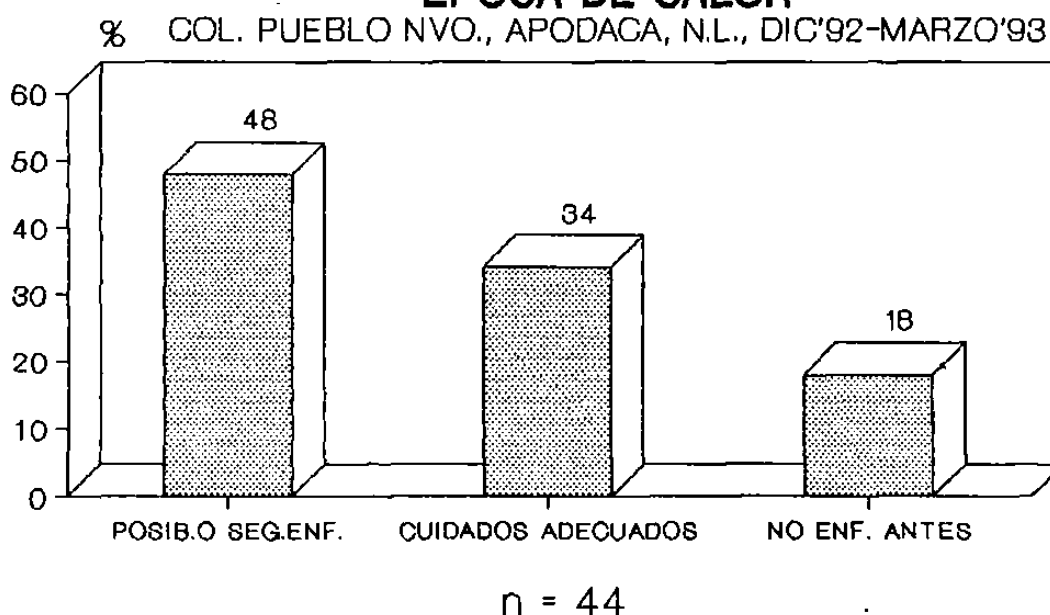


n = 44

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a la susceptibilidad percibida, se encontró que el 9 por ciento de las madres, estuvo segura de que su hijo se enfermaría en época de calor; el 39 por ciento, consideró sólo una posibilidad y el 52 por ciento restante, estuvo segura de que no enfermaría en los próximos meses de calor. (Figura 5).

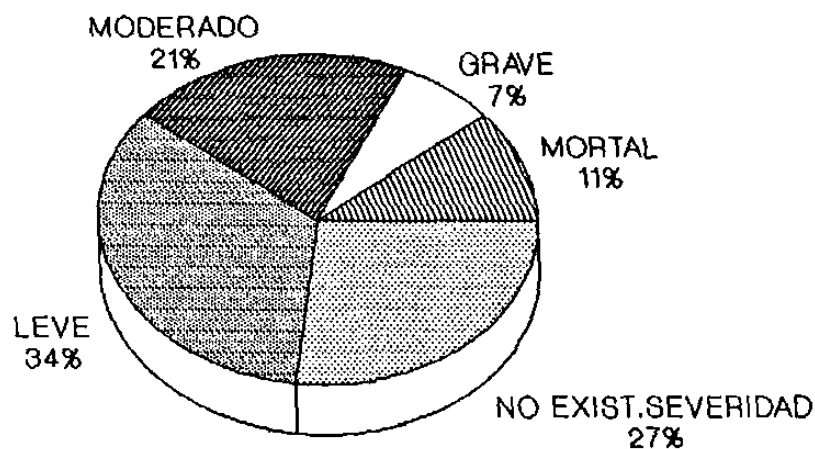
FIGURA 6
SUSCEPTIBILIDAD: RAZONES PARA CREER CON
SEGURIDAD QUE SU HIJO NO ENFERMARA EN
EPOCA DE CALOR



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Las razones que las madres dieron, por las cuales creían que sus hijos con seguridad no enfermarían en la época de calor, fueron: el 18 por ciento, porque nunca se habían enfermado durante los meses de calor; el 34 por ciento, porque ellas darían cuidados adecuados y en el 48 por ciento restante, creyeron que existía una posibilidad o seguridad de que enfermaran en los próximos meses de calor. (Figura 6).

FIGURA 7
SEVERIDAD DE LAS PATOLOGIAS DE AQUELLOS
NIÑOS SUSCEPTIBLES A ENFERMAR
EN EPOCA DE FRIO O DE CALOR
COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93

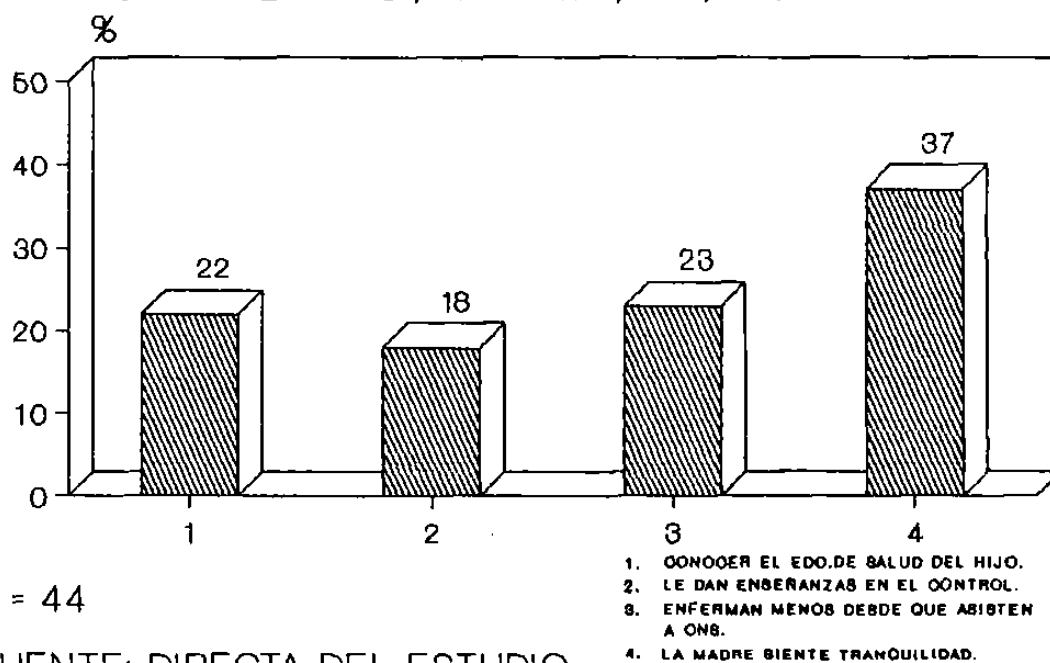


n = 44

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

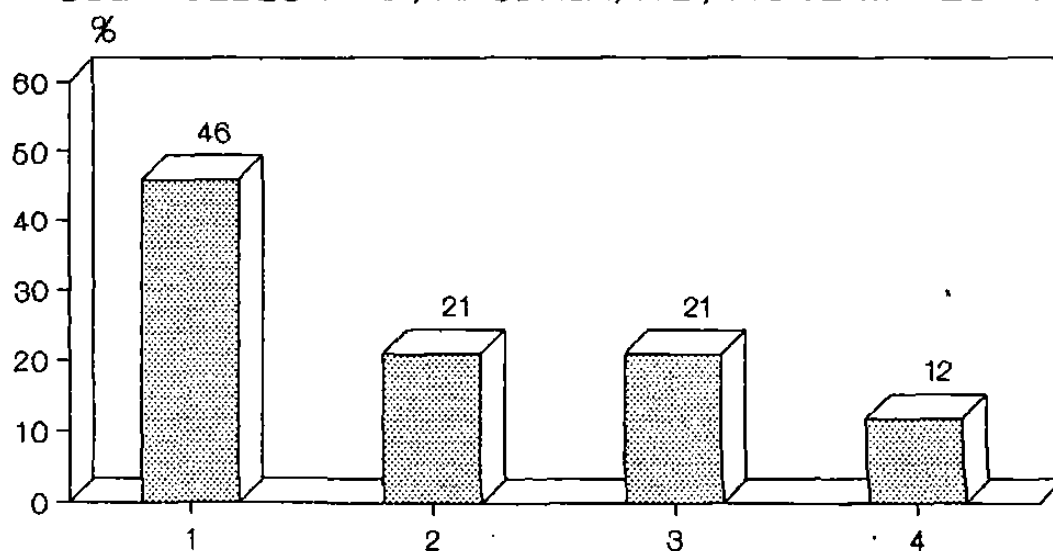
El 11 por ciento de las madres, consideraron que la enfermedad a la que eran susceptibles sus hijos, podía ser mortal; el 7 por ciento, grave; el 21 por ciento, moderado; el 34 por ciento, leve y el 27 por ciento restante, no tuvieron severidad alguna, por no ser susceptibles de sufrir una enfermedad. (Figura 7).

FIGURA 8
BENEFICIOS PERCIBIDOS POR LA MADRE
AL TENER SU HIJO EN CNS
 COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



De los beneficios percibidos indagados, el 37 por ciento de las madres, consideró como beneficio, el sentirse tranquila al tener su hijo en control; el 23 por ciento, consideró que su hijo se había enfermado menos desde que ingresó al control; el 22 por ciento, dijo que el beneficio era el conocer acerca del estado de salud del hijo y el 18 por ciento restante, manifestó que las enseñanzas dadas por el personal de salud en el control, eran el beneficio. (Figura 8).

FIGURA 9
BARRERAS PERCIBIDAS POR LA MADRE
AL LLEVAR A SU HIJO A CNS
 COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



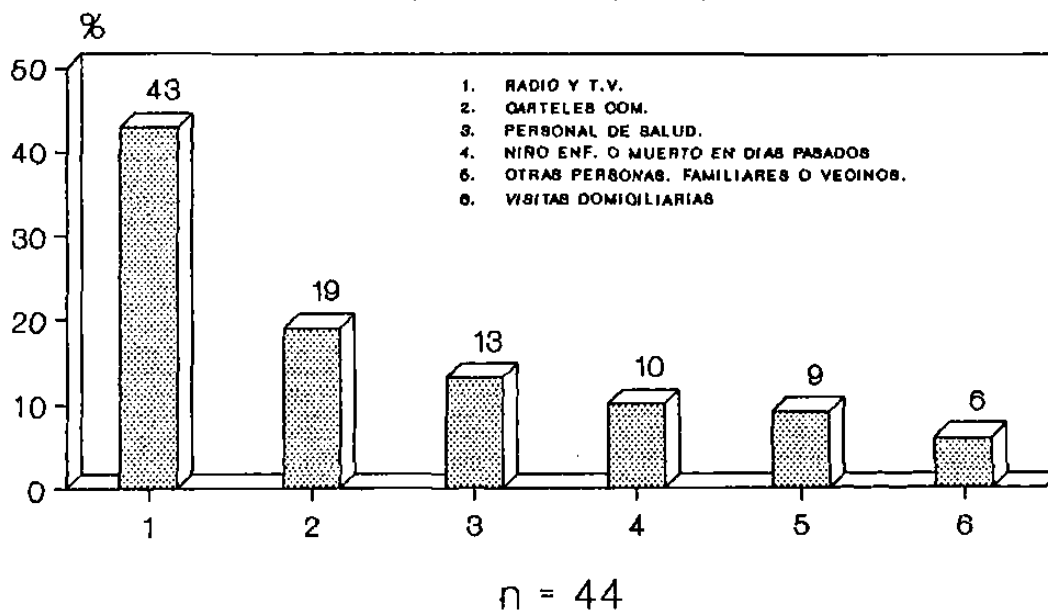
n = 44

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

1. ESPERAR MUCHO TIEMPO PARA SER ATENDIDOS.
2. EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE ESTA SOLO ALGUNAS VECES
3. EL LLEGAR DE SU CASA AL OS ES DIFÍCIL.
4. EL HORARIO EN QUE SE ATIENDE NO ES CONVENIENTE.

De las barreras percibidas indagadas, el 46 por ciento de las madres, consideró como barrera, el esperar mucho tiempo para ser atendida; el 21 por ciento, dijo que el personal de salud que atiende, solo está algunas veces; el 21 por ciento, manifestó que el llegar de su casa al Centro de Salud era difícil y el 12 por ciento restante, percibió como barrera el horario en que se atiende, siendo este poco conveniente a su parecer. (Figura 9).

FIGURA 10
SEÑALES DE ACCION PERCIBIDAS POR LA
MADRE PARA LLEVAR A SU HIJO A CNS
 COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93

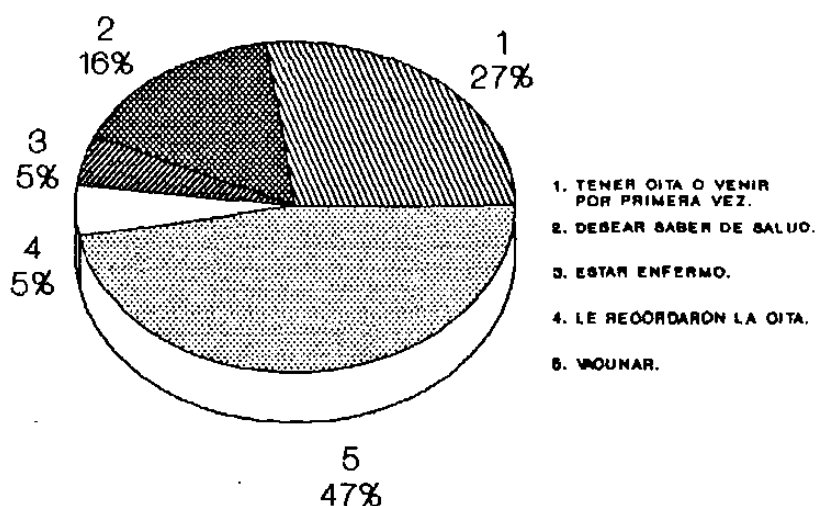


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De las señales de acción indagadas, el 43 por ciento de las madres, consideró el radio y la televisión como el medio que la llevó a inscribir a su niño a C.N.S., el 19 por ciento, manifestó que habían sido los carteles que leyó con la invitación en áreas de la comunidad o Centro de Salud; el 13 por ciento, dijo que por invitación del personal de salud en alguna ocasión durante su consulta; el 10 por ciento, por saber de un niño vecino: familiar o amigo, enfermo o muerto últimamente; el 9 por ciento, refirió haber sido invitado por familiares o vecinos y el 6 por ciento restante, fue visitado en su casa por el personal de salud. (Figura 10).

FIGURA 11 AUTOEFICACIA: RAZON PARA TRAER A CNS AL HIJO

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



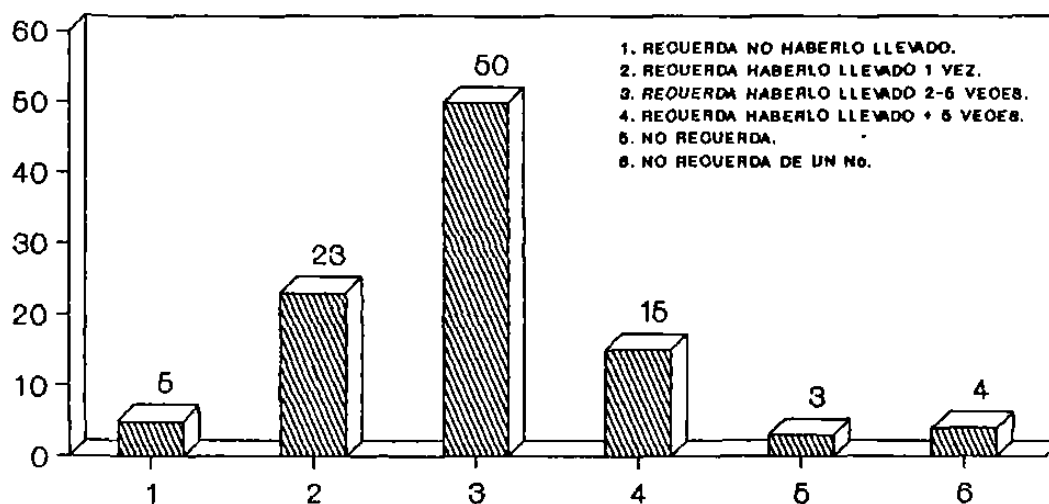
n = 44

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Con respecto a la autoeficacia y los motivos por los cuales las madres, llevaron en el día de la recolección de los datos a sus hijos al C.N.S., se obtuvo: un 27 por ciento, por tener cita o venir por primera vez; un 16 por ciento, por desear saber como estaba de salud su hijo; un 5 por ciento, por encontrarse enfermo el niño, un 5 por ciento, porque le recordaron la cita mediante visita domiciliaria y un 47 por ciento restante, lo llevaron a vacunar, para cumplir su esquema. (Figura 11).

FIGURA 12
NUMERO DE VECES EN EL ULTIMO AÑO QUE LA
MADRE LLEVO A SU HIJO A CONTROL, SIN
ESTAR ENFERMO

% COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



n = 44

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

El 5 por ciento de las madres recuerdan no haber llevado a C.N.S. a su hijo, durante el último año; el 23 por ciento, dijo, haberlo llevado una sola vez; el 50 por ciento, manifestó haberlo llevado de 2 a 5 veces; el 15 por ciento, dijo haberlo llevado más de cinco veces; el 3 por ciento, no recordó si lo llevó o no a control y el 4 por ciento restante, no recordó bien, pero dió un número de veces cualquiera, de haberlo llevado a control. (Figura 12).

1.1. ANALISIS DE LOS DATOS: CONTROL DE NIÑO SANO.

En esta sección se manejó la información relacionada directamente con las variables del estudio, se usaron las estadísticas que permitieron ver su correlación.

CUADRO NO. 1

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA. C.N.S.
PUEBLO NUEVO, APODACA, N.L., DIC. 1992 - MARZO 1993.

FRECUENCIA DE USO: NO. DE VECES. LLEVAR A CONTROL EN EL ÚLTIMO AÑO, S/ESTAR ENFERMO	SUSCEPTIBILIDAD: RAZON CREER - CON SEGURIDAD SU HIJO NO - ENFERMARA EN EPOCA DE CALOR.		NUNCA ANTES HA ENFERMADO		CUIDADOS ADECUADOS.		POSIBILIDAD O SEGURIDAD DE ENFERMAR.		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.							2	5	2	5
Recuerda 1 vez.	3	7	1	2	6	14	10	23		
Recuerda de 2 a 5 veces.	1	2	12	28	9	20	22	50		
Recuerda más de 5 veces.	3	7	2	4	2	4	7	15		
No recuerda.	1	2			2	5	3	7		
Total	8	18	15	34	21	48	44	100		

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 19.77$$

$$gl = 10$$

$$P = 0,03$$

Al relacionar la variable uso de los servicios preventivos, dada por el número de veces que la madre llevó a su hijo a control en el último año sin estar enfermo y las creencias maternas, se encontró: que el

5 por ciento de las madres, recordó no haber llevado a su hijo ninguna vez durante el último año a control sin estar enfermo; el 23 por ciento, recordó haberlo llevado una vez; el 50 por ciento, dijo haberlo llevado de 2 a 5 veces; el 15 por ciento, manifestó haberlo llevado más de 5 veces y el 7 por ciento, no recordó si lo llevó o no a C.N.S.

Las razones por las cuales las madres, creen que su hijo no es susceptible y con seguridad no enfermará, en la época de calor son: en un 18 por ciento, porque nunca antes se ha enfermado durante esa época; el 34 por ciento, porque la madre dijo brindarle todos los cuidados en forma adecuada y en el 48 por ciento restante, existió una posibilidad o estuvieron seguras las madres, de que sus hijos, enfermaran en los próximos meses de calor.

El estadístico utilizado fue la chi cuadrada (χ^2), que dió resultado de 19.77; con diez grados de libertad y chi cuadrada teórica de 18,31; con significancia de 0.03; por lo que fue diferente lo obtenido, de lo esperado.

CUADRO NO. 2

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:
SEVERIDAD PERCIBIDA. C.N.S.
PUEBLO NUEVO APODACA, N.L., DIC. 1992 - MARZO 1993.

SEVERIDAD, RAZONES PARA CREEN QUE SE VA A - ENFERMAR GRAVE- MENTE. FRECUENCIA DE USO: NO. DE VECES, LLEVAR A CONTROL EN EL ULTIMO ANO, S/ESTAR ENFERMO.	ENFERME DAD SE PUEDE COMPLI- CAR		POR SER NINO		SEVERIDAD - MORTAL, MODE RADA, LEVE O NO SUS- - CEPTIBLE.		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.			1	2	1	3	2	5
Recuerda 1 vez.					10	23	10	23
Recuerda de 2 a 5 veces.	1	2,5			21	47,5	22	50
Recuerda más de 5 veces.	1	2,5			6	12,5	7	15
No recuerda.					3	7	3	7
Total	2	5	1	2	41	93	44	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 23.6$$

$$gl = 10$$

$$P = 0,008$$

Al cruzar la misma variable, de frecuencia de uso, con la severidad, dada por las razones que tuvo la madre para creer que el niño susceptible enfermaría gravemente, se obtuvo: en un 5 por ciento, porque la enfermedad se puede complicar; en un 2 por ciento, por la edad, al ser niño, la enfermedad será mas grave y en el 93 por ciento restante, la severidad puede ser mortal, moderada, leve o el niño, no es susceptible de enfermar.

Por medio de la chi cuadrada (χ^2), se obtuvo un resultado de 23.66; con diez grados de libertad y una chi cuadrada teórica de 23,21; con significancia de 0,008; por lo que fue diferente lo obtenido de lo esperado.

CUADRO NO. 3

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:
BENEFICIOS PERCIBIDOS. C.N.S.

PUEBLO NUEVO, APODACA, N.L., DIC. 1992 - MARZO 1993

BENEFICIOS: FRECUENCIA CON QUE EL HIJO HA ENFERMADO, ESTANDO INSCRITO EN C.N.S. FRECUENCIA DE USO: NO. DE VECES, LLEVAR A CONTROL EN EL ULTIMO AÑO, SIN ESTAR ENFERMO.	HAN ENFER-- MADO MENOS		TUVO OTROS BENEFI- CIOS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.			2	5	2	5
Recuerda 1 vez.	3	7	7	16	10	23
Recuerda de 2 a 5 veces.	5	12	17	38	22	50
Recuerda más de 5 veces.	1	2	6	13	7	15
No recuerda.	1	2	2	5	3	7
Total	10	23	34	77	44	100

Fuente: Directa del Estudio.

$\chi^2 = 28.53$
gl = 15
P = 0,01

En cuanto a la correlación de esta misma variable y los beneficios dados por la frecuencia con que ha enfermado el hijo, estando ya inscrito en C.N.S., se encontró: que el 23 por ciento de los niños, enfermó menos, desde que se encontró inscrito al C.N.S.; el 77 por ciento de las madres, dijo haber obtenido otro beneficio.

La chi cuadrada, dió un resultado de 28.53; con quince grados de libertad; chi cuadrada teórica de 28,26 y significancia de 0,018; por lo que fue diferente lo obtenido de lo esperado.

CUADRO NO. 4

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:
BARRERAS PERCIBIDAS. C.N.S.

PUEBLO NUEVO APODACA, N.L., DIC. 1992 - MARZO 1993.

BARRERAS: DISPONIBILIDAD DEL - - PERSONAL DE SALUD PARA DAR - ATENCION. FRECUEN- CIA DE USO: NO. DE VECES LLEVAR A CONTROL EN EL ULTIMO AÑO, SIN ESTAR ENFERMO.	EL PER-- SONAL - ALGUNAS VECES ESTA.		PERCIBIERON OTRAS BARRERAS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.			2	5	2	5
Recuerda 1 vez.	2	5	8	18	10	23
Recuerda de 2 a 5 veces.	3	7	19	43	22	50
Recuerda más de 5 veces.	3	6	4	9	7	15
No recuerda.	1	3	2	4	3	7
Total	9	21	35	79	44	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$X^2 = 21,42$$

$$gl = 10$$

$$P = 0,018$$

Al relacionar esta misma variable, con las barreras, dadas por la disponibilidad del personal para dar atención, se encontró: el 21 por ciento dijo, que el personal que los atiende solo está algunas veces y el 79 por ciento restante, correspondió a los que percibieron otras barreras.

La chi cuadrada dió un resultado de 21.42; con diez grados de

libertad; chi cuadrada teórica, de 21,16 y significancia de 0,018; por lo que fue diferente lo obtenido de lo esperado.

CUADRO NO. 5

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:
SEÑALES DE ACCION. C.N.S.

PUEBLO NUEVO APODACA, N.L., DIC. 1992 - MARZO 1993.

SEÑALES DE ACCION, VISITAS DOMI-- CILIARIAS DEL PERSONAL DE - SALUD. FRECUENCIA DE USO: NO. DE VECES, LLEVAR A CONTROL EN EL ULTIMO AÑO, S/ESTAR ENFERMO	VISITADA		NO VISITA-- DA, INVITADA POR OTRO - MEDIO.		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.			2	5	2	5
Recuerda 1 vez.	1	2	9	21	10	23
Recuerda de 2 a 5 veces.	1	2	21	48	22	50
Recuerda más de 5 veces.	1	2	6	13	7	15
No recuerda.			3	7	3	7
Total	3	6	41	94	44	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 11,40$$

$$g1 = 5$$

$$P = 0,04$$

En este mismo sentido, al correlacionar esta variable, con las señales de acción, dadas por la visita domiciliaria del personal de salud, para motivar a la asistencia al C.N.S. se encontró: el 6 por ciento de las madres, dijo haber sido invitada al control mediante la visita domiciliaria; el 94 por ciento restante, fue invitada u

orientada por otro medio diferente.

La chi cuadrada fue de 11.40; con cinco grados de libertad; chi cuadrada teórica de 11.07 y significancia de 0,04; por lo que fue diferente lo obtenido de lo esperado.

CUADRO NO. 6

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE: AUTOEFICACIA
C.N.S.
PUEBLO NUEVO, APODACA, N.L., DIC. 1992 - MARZO 1993.

AUTOEFICACIA: RAZON PARA TRAER A CONTROL AL HIJO FRECUEN- CIA DE USO: NO. DE VECES LLEVAR A CONTROL EN EL ULTIMO AÑO, SIN ESTAR ENFERMO.	TENIA CITA 1a. VEZ		SABER DE SALUD		ESTA-- ENFER- MO		RECOR- DARON CITA		VACU-- NAR		TOTAL	
	FI	%	FI	%	I	%	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.	2	5									2	5
Recuerda 1 vez.	6	14	1	2					3	7	10	23
Recuerda de 2 a 5 veces.	2	5	3	6,5			1	2,5	16	36	22	50
Recuerda más de 5 veces.	1	1	2	5	1	2,5	1	2,5	2	4	7	15
No recuerda.	1	2	1	2,5	1	2,5					3	7
Total	12	27	7	16	2	5	2	5	21	47	44	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 57,05$$

$$g1 = 25$$

$$P = 0,0002$$

Al relacionar la variable de uso y la autoeficacia, dada por la razón que tuvo la madre para traer el día de la recolección de los datos, al niño a su control, se obtuvo: el 27 por ciento de las madres, llevaron a su hijo a control, porque tenían cita o venían por primera vez; el 16 por ciento, porque deseaban saber acerca de la salud; el 5 por ciento, porque el niño estaba enfermo; el 5 por ciento, porque le recordaron la cita y el 47 por ciento restante, lo llevaron a vacunar, para completar su esquema.

La chi cuadrada fue de 57.05; con veinticinco grados de libertad; chi cuadrada teórica de 52,62 y significancia de 0,0002; por lo que fue diferente lo obtenido de lo esperado.

CUADRO NO. 7

FRECUENCIA DE USO Y EDAD DE LOS NIÑOS
QUE FUERON LLEVADOS A CONTROL DE NIÑO SANO

PUEBLO NUEVO APODACA, N.L., DIC. 1992 - MARZO 1993.

FRECUE- CIA DE USO: NO. DE VECES, LLEVAR A CONTROL EN EL ULTIMO AÑO, S/ESTAR ENFERMO.	EDAD DEL NIÑO EN MESES		MENOR DE 12 MESES		13 - 60 MESES		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.	2	5	-	-	2	5		
Recuerda de 1 a 5 veces.	21	48	11	25	32	73		
Recuerda más de 5 veces.	4	9	3	6	7	15		
No recuerda.	2	5	1	2	3	7		
Total	29	67	15	33	44	100		

Fuente: Directa del Estudio.

Al relacionar la variable edad de los niños que fueron llevados a control de niño sano y la frecuencia de uso dado por el número de veces, que fue llevado a control en el último año, sin estar enfermo, se encontró: que el 48 por ciento de los niños menores de 12 meses, fueron llevados de 1 a 5 veces y el 25 por ciento de los niños entre 13 y 60 meses, fueron llevados igual cantidad de veces; un 5 por ciento del total, no fue llevado ninguna vez y el 7 por ciento, no recordó.

CUADRO NO. 8
FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE. C.N.S.

FRECUENCIA DE USO: NO. DE VECES QUE LA MADRE LLEVO AL HIJO A C.N.S. EN EL ULTIMO AÑO, SIN ESTAR ENFERMO.	V. CRAMER	COVARIANZA
1. SUSCEPTIBILIDAD: RAZON PARA CREER QUE SU HIJO CON SEGURIDAD NO VA A ENFERMAR DE CALOR.	0,47	0,22
2. SEVERIDAD: RAZONES PARA CREER QUE SE VA A ENFERMAR GRAVEMENTE.	0,51	0,26
3. BENEFICIOS: FRECUENCIA DE ENFERMAR EL HIJO, ESTANDO EN C.N.S.	0,46	0,21
4. BARRERAS: DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL PARA DAR ATENCION.	0,49	0,24
5. SEÑALES DE ACCION: VISITA DOMICILIARIA PARA RECORDAR LA CITA.	0,50	0,25
6. AUTOEFICACIA: RAZON DE TRAER HOY A CONTROL AL NIÑO.	0,50	0,25

Fuente: Directa del Estudio.

Al correlacionar, la frecuencia de uso, dada por el número de veces que la madre llevó a su hijo, a control, en el último año sin estar enfermo, con las creencias maternas, se obtuvo:

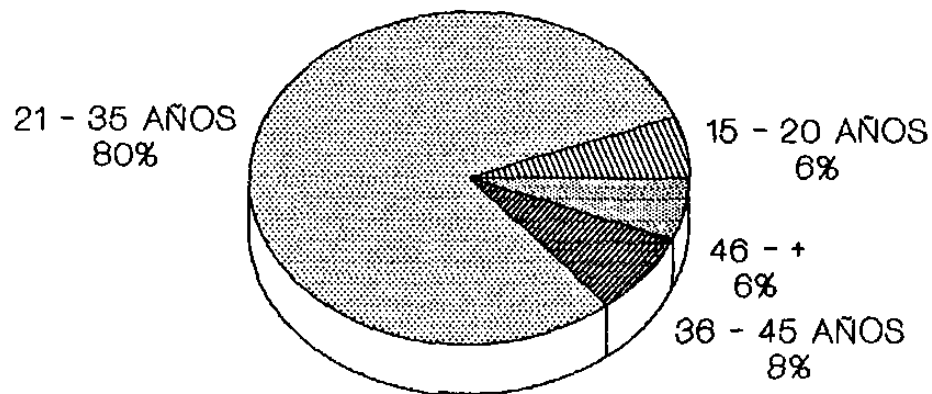
1. Con la V de Cramer, una correlación moderada sustancial de 0,47 según Guilford, J. P. (1964) y una covarianza de 0,22, al cruzar con la susceptibilidad, dada por la razón para creer que el hijo con seguridad no va a enfermar en la época de calor.
2. La correlación de la variable frecuencia de uso, mencionada anteriormente y la severidad, dada por las razones que tuvo la madre para creer que su hijo se va a enfermar gravemente, con la V. de Cramer, fue moderada sustancial de 0,51 y covarianza de 0,26.
3. En cuanto a la correlación de esta misma variable y los beneficios, dados por la frecuencia con que ha enfermado el hijo, estando ya inscrito en el C.N.S., se encontró la V de Cramer con grado de correlación, moderado sustancial de 0,46 y covarianza de 0,21.
4. La correlación de esta misma variable, con las barreras, dadas por la disponibilidad del personal para dar atención, fue con la V de Cramer, moderada sustancial de 0,49 y covarianza de 0,24.

5. Se obtuvo también con la V. de Cramer, correlación moderada sustancial de 0,50 y covarianza de 0,25, al correlacionar la variable mencionada de frecuencia de uso y las señales de acción, dadas por la visita domiciliaria del personal de salud, para motivar a la asistencia al C.N.S.

6. Así mismo la correlación de la frecuencia de uso, con la autoeficacia, dada por la razón que tuvo la madre para traer el día de la recolección de los datos al niño a su control, fue con la V de Cramer, moderada sustancial de 0,50 y covarianza de 0,25.

2. RESULTADOS: DETECCION OPORTUNA DE CANCER CERVICO UTERINO**FIGURA 13
EDAD DE LAS MADRES QUE ASISTIERON
AL PROGRAMA DE DOC**

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



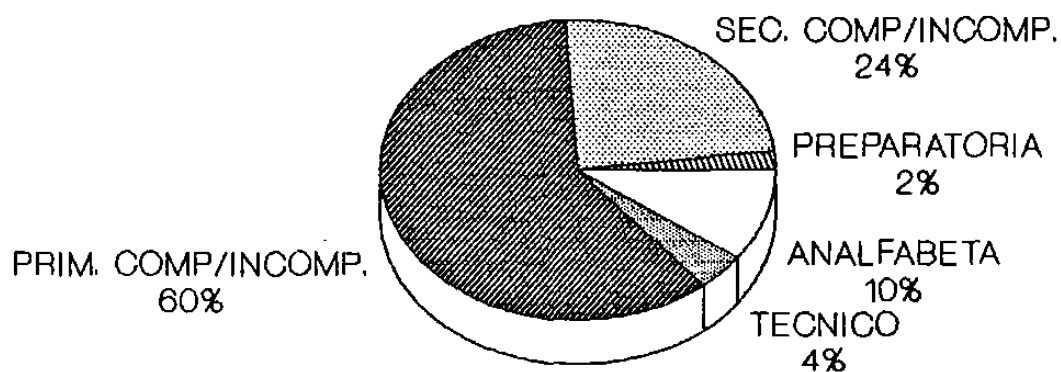
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 50

El 6 por ciento de las madres, que consultaron al programa, fueron de 15 a 20 años; el 80 por ciento, de 21 a 35; el 8 por ciento, de 36 a 45 años y el 6 por ciento restante, fueron mayores de 46 años. (Figura 13).

FIGURA 14 ESCOLARIDAD DE LA MADRE

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93

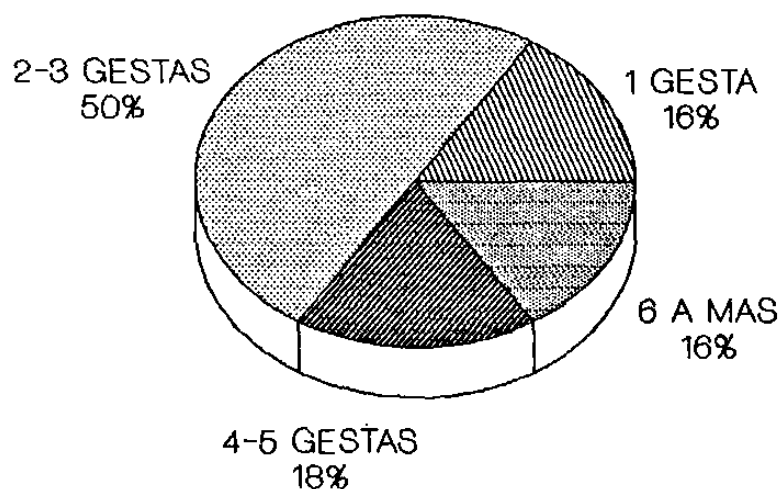


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 50

El 60 por ciento de las madres, refirió haber cursado en parte o completamente la primaria; el 24 por ciento, dijo tener en parte o haber culminado la secundaria; el 4 por ciento, manifestó tener estudios técnicos; el 2 por ciento, preparatoria y el 10 por ciento restante, fueron analfabetas. (Figura 14).

FIGURA 15
NUMERO DE GESTACIONES, DE LAS MADRES
QUE ACUDIERON AL PROGRAMA DE DOC
COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



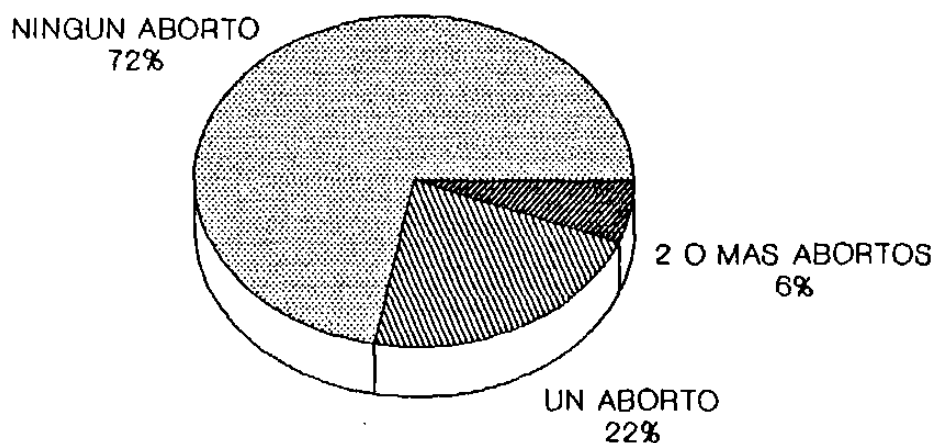
n = 50

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

El 16 por ciento de las madres, había tenido una gestación; el 50 por ciento, de 2 a 3 gestas; el 18 por ciento, de 4 a 5 gestas y el 16 por ciento restante, de 6 a más gestaciones. (Figura 15).

FIGURA 16
NUMERO DE ABORTOS DE LAS MADRES, QUE
ACUDIERON AL PROGRAMA DE DOC.

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



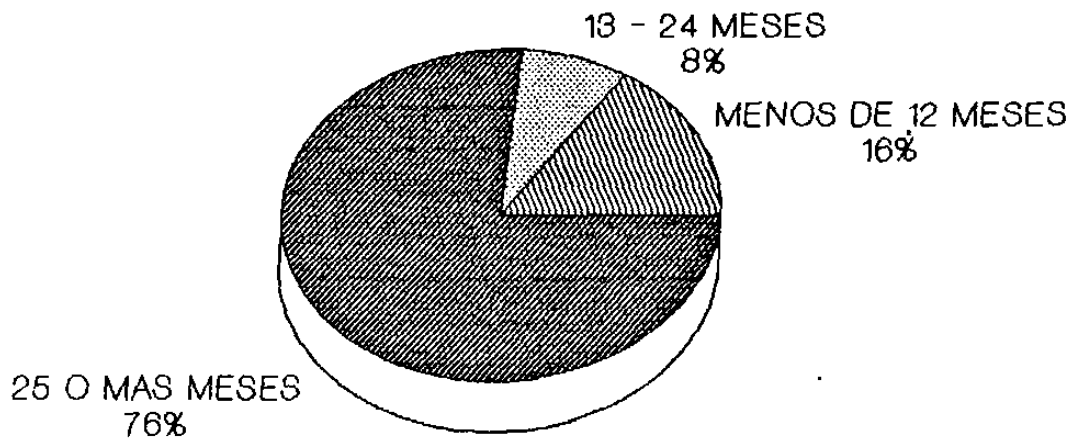
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 50

En relación al número de abortos, que habían tenido las madres que acudieron al Programa de DOC, se encontró: que el 72 por ciento, no había tenido abortos; el 22 por ciento, había tenido uno y el 6 por ciento restante, había tenido dos ó más abortos. (Figura 16).

FIGURA 17
TIEMPO DE RESIDENCIA EN LA COLONIA DE
LAS MADRES QUE ASISTIERON AL PROG.DOC

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



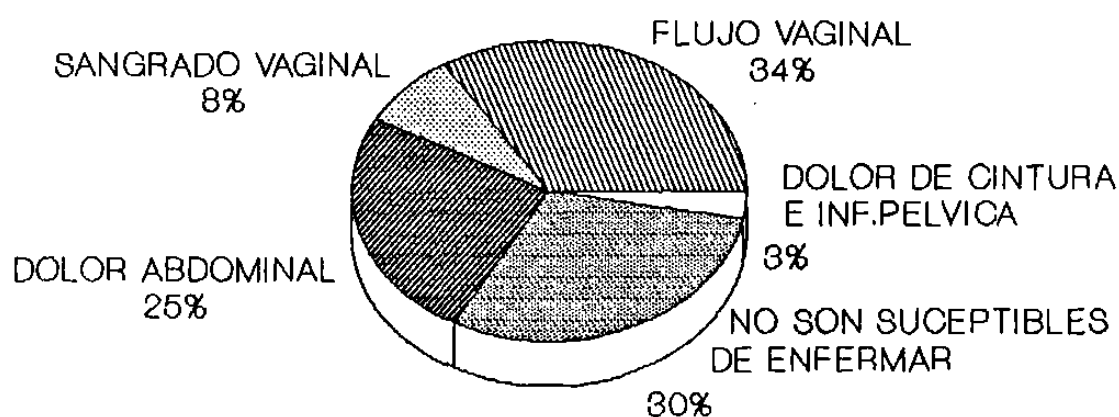
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 50

El 16 por ciento de las madres radicaron menos de 12 meses; el 8 por ciento de 13 a 24 meses y el 76 por ciento restante más de 25 meses. (Figura 17).

FIGURA 18
SUSCEPTIBILIDAD, CAUSA DE ENFERMEDAD
MADRES QUE ASISTEN AL PROG. DOC

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



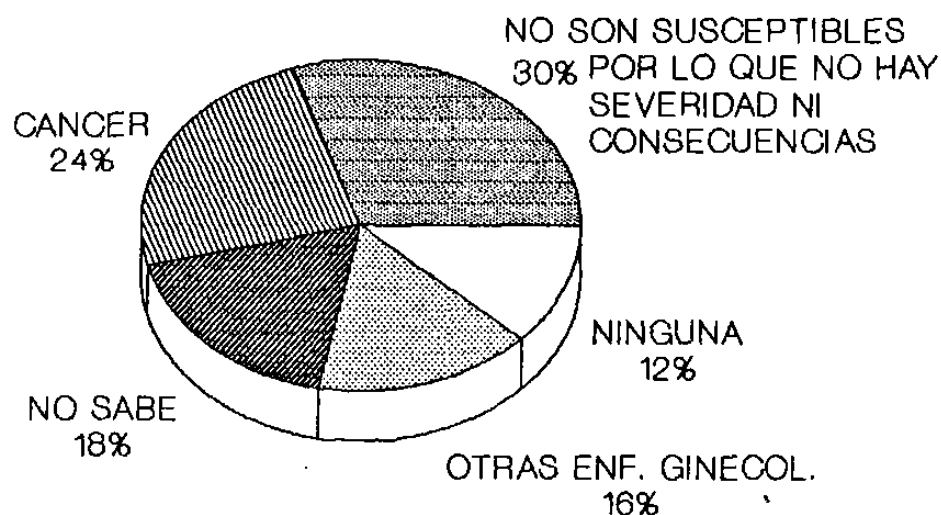
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 35

El 34 por ciento de las madres, refirieron que podían ser susceptibles de padecer flujos vaginales durante los próximos meses; el 8 por ciento, sangrado vaginal; el 25 por ciento, dolor abdominal; el 3 por ciento, dolor de cintura e inflamación pélvica y el 30 por ciento restante, no refirió ser susceptible de enfermar. (Figura 18).

FIGURA 19
SEVERIDAD: CONSECUENCIAS DE LAS
PATOLOGIAS, MADRES SUSCEPTIBLES A ENF.

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



n = 50

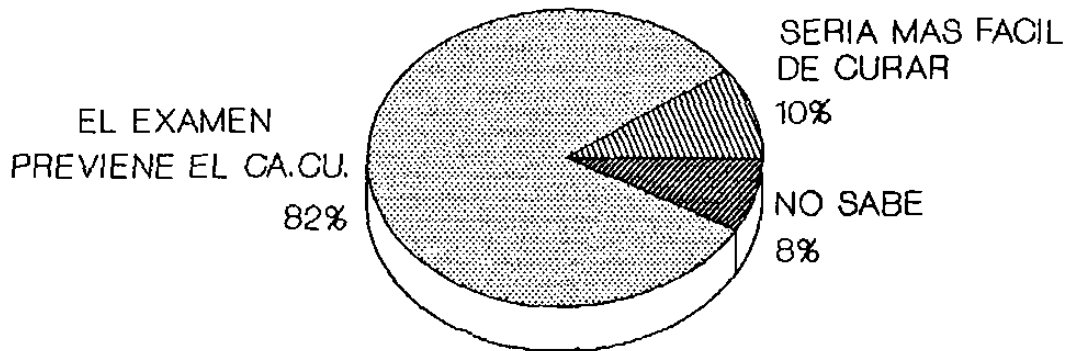
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Respecto de las consecuencias, consideradas por las madres susceptibles a enfermar, se obtuvo: que el 24 por ciento, consideró que la consecuencia sería sufrir de cáncer cérvico uterino posteriormente; el 16 por ciento, de otras enfermedades ginecológicas; el 18 por ciento, no supó la consecuencia posible; el 12 por ciento, creyó que no iba a existir ninguna consecuencia y el 30 por ciento restante correspondió a las madres que por no ser susceptibles, no tuvieron consecuencias. (Figura 19).

Respecto de los beneficios percibidos el 98 por ciento de las madres consideran el conocer acerca de su salud, cuando asisten al Programa de DOC.

FIGURA 20 BENEFICIOS PERCIBIDOS: VENTAJAS DE REALIZARSE EXAMEN DE PAPANICOLAOU

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93

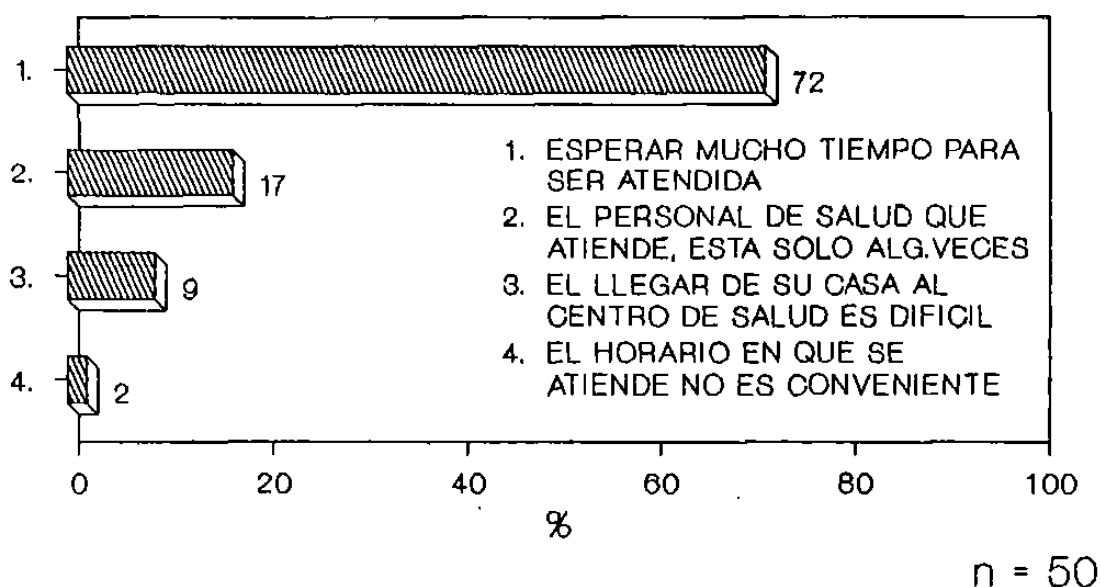


$n = 50$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

El 10 por ciento de las madres que asistieron al Programa de DOC, consideraron que la ventaja de realizarse el examen, era que si se detectaba cáncer cérvico uterino, este sería más fácil de curar; el 82 por ciento, expresó que el examen prevenía contra el cáncer cérvico uterino y el 8 por ciento restante, no supó dar ventajas del examen (Figura 20).

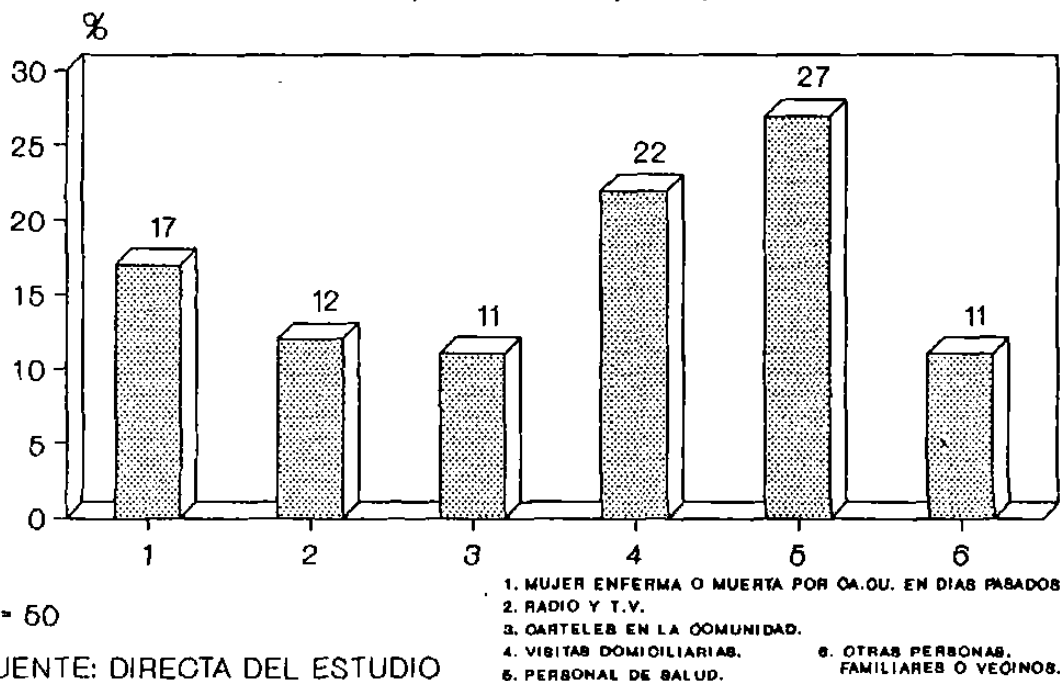
FIGURA 21
BARRERAS PERCIBIDAS POR LA MADRE,
PARA ASISTIR AL PROGRAMA DOC
 COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De las barreras percibidas por las madres, en el estudio; el 72 por ciento de las madres, consideró el esperar mucho tiempo para ser atendida; el 17 por ciento, dijo que el personal de salud que atiende, sólo está algunas veces; el 9 por ciento, manifestó que el llegar de su casa al Centro de Salud era difícil y el 2 por ciento restante, percibió como barrera el horario en que se atiende, siendo este poco conveniente a su parecer. (Figura 21).

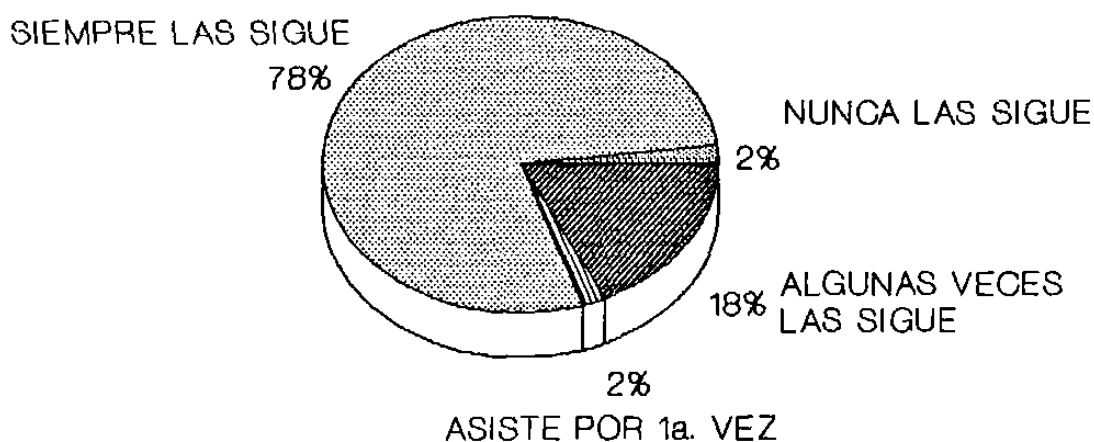
FIGURA 22
SEÑALES DE ACCION PERCIBIDAS POR LA
MADRE, PARA ASISTIR AL PROG. DE DOC
COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



En cuanto a las señales de acción, el 17 por ciento de las madres, consideró el hecho de que una mujer en la familia, vecina o amiga, hubiese enfermado o muerto de cáncer cérvico uterino, en días pasados, como el medio que la llevó a asistir al Programa de DOC; el 12 por ciento, manifestó que había sido la radio y la televisión; el 11 por ciento, dijo que habían sido los carteles que leyó con la invitación, en áreas de las comunidad o centro de salud; el 22 por ciento, fue visitado en su casa por el personal de salud, quien le invitó; el 27 por ciento, dijo que por invitación hecha durante la consulta, por el personal de salud y el 11 por ciento restante, fue invitado por familiares o vecinos a que participara en el programa. (Figura 22).

FIGURA 23 AUTOEFICACIA: SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DADAS EN EL PROG. DOC

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



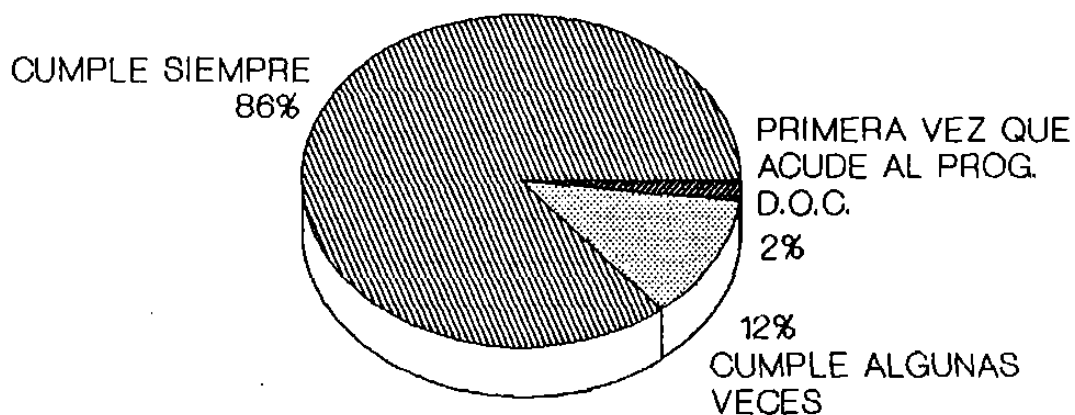
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 50

En relación a la autoeficacia, con respecto al seguimiento de las recomendaciones que da el personal de salud, a las madres durante el control o consulta en el programa de DOC, se encontró: que el 78 por ciento, refirió seguirlas siempre; el 18 por ciento, dijo seguirlas algunas veces; el 2 por ciento, manifestó nunca seguir las recomendaciones y el 2 por ciento restante, asistía por primera vez, por lo que no podía dar una respuesta a esta pregunta. (Figura 23).

FIGURA 24
FRECUENCIA DE USO:
CUMPLIMIENTO DE CITAS DE CONTROL

COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 50

El 86 por ciento de las madres, manifestó cumplir siempre los controles dados por el personal de salud; el 12 por ciento, dijo cumplir sólo algunas veces y el 2 por ciento restante, asistía por primera vez, por lo que no se le había dado citas de control. (Figura 24).