

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**CREENCIAS DE LA MUJER EMBARAZADA
ASOCIADAS AL CUIDADO PRENATAL**

Por

ANA LAURA QUINTERO CRISPIN

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Salud Comunitaria**

Julio, 1995

TM

Z6675

.N6

FEN

1995

Q5

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

25

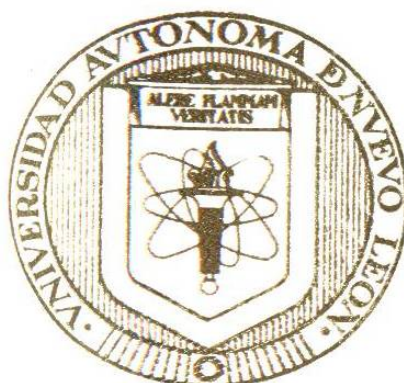
25



1020112208

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



CREENCIAS DE LA MUJER EMBARAZADA
ASOCIADAS AL CUIDADO PRENATAL

Por

ANA LAURA QUINTERO CRISPIN

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Salud Comunitaria

Julio, 1995

TM
26675
.N6
FEn
1995
Q5

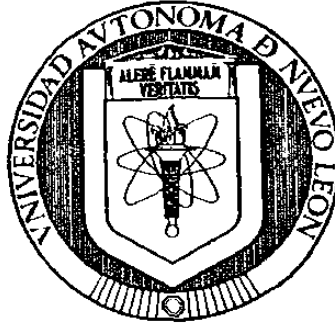
0115-09660



FONDO TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



CREENCIAS DE LA MUJER EMBARAZADA
ASOCIADAS AL CUIDADO PRENATAL

PRESENTA:

LIC. ANA LAURA QUINTERO CRISPIN

7 1
2 4

ASESOR:

CHARLOTTE RAPPSILBER, Ph., D., R.N.

Julio de 1995

**CREENCIAS DE LA MUJER EMBARAZADA ASOCIADAS
AL CUIDADO PRENATAL**

Aprobación de la Tesis:

Charlotte Rospellier

Presidente de Jurado (Asesor de Tesis)

[Signature]

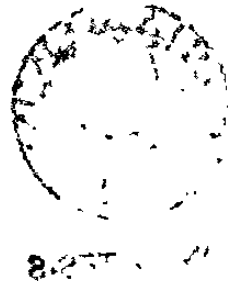
Secretario

[Signature]

Vocal

[Signature]

Secretario de Postgrado



La Vida

La vida parece correr de prisa, y sin duda nosotros somos los que corremos a través de ella. No tenemos tiempo ni de mirar y admirar el amanecer de un nuevo día que se nos regala y que es el obsequio de una nueva oportunidad de mejorar y crecer. De pronto, un día adolecemos de algo y al hacer un recuento del pasado, vemos que pudimos prevenir tal vez el mal que nos ataca...
B.A.C.

DEDICATORIA

A DIOS,

*Por darme la paz y confianza, que sólo el sabe dar, para
concluir una meta más en mi vida;*

A MIS PADRES,

*Porque con su paciencia, amor y esperanza, me enseñaron
a desafiar los retos más difíciles de la vida;*

A MIS HERMANOS,

*Porque con su ayuda desinteresada, pude desarrollar
la parte operativa de este trabajo;*

A MI ABUELITA,

*Porque aún en el lecho de su cama, me motivó a
seguir adelante; y*

A MIS AMIGOS (AS),

*Por brindarme su amistad y darme apoyo
cuando fue necesario.*

MUCHAS GRACIAS.

AGRADECIMIENTOS

Al *Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)*, por darme el apoyo financiero para la realización de mis estudios de Maestría.

A la *Dirección de la Facultad de Enfermería de la UANL*, por su desinteresado apoyo para asistir a eventos científicos relacionados a la especialidad en Salud Comunitaria.

A la *Dra. Rappsilber*, por su acertada asesoría para el desarrollo de este trabajo, y por su aportación de conocimiento para el enriquecimiento del mismo, así como por su amistad.

A los *docentes de la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Enfermería* por cada una de sus aportaciones en los cursos de la maestría. En especial a la *Lic. Dora Elia Silva Luna*, por su preocupación de que seamos cada vez mejores profesionales en enfermería. Así mismo, por su constante motivación y sincera amistad.

A mis *compañeras y amigas* de la Maestría por su apoyo y motivación en todo momento.

A todas aquellas personas que de una u otra manera participaron en la culminación de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1. INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Hipótesis	6
1.3 Objetivos	7
1.3.1. Objetivo General	7
1.3.2. Objetivos Especificos	7
1.4 Importancia del Estudio	7
1.5 Limitaciones del Estudio	8
1.6 Definición de Términos	9
2. MARCO TEORICO	12
2.1 El Modelo de Creencias de Salud y el Cuidado Prenatal	15
2.1.1 Percepción Individual	18
2.1.2 Factores Modificadores	19
2.1.3 Probabilidad de Acción	20
3. METODOLOGIA	24
3.1 Diseño de la Investigación	24
3.2 Sujetos de Estudio	24
3.3 Material	25
3.4 Procedimiento	25
3.5 Etica del Estudio	27
4. RESULTADOS	28
4.1 Características Sociodemográficas y el Cuidado Prenatal	28
4.2 Comprobación de las Hipótesis de Investigación	35
4.3 Correlación de las Variables del Modelo de Creencias de Salud	38

Capítulo	Página
5. DISCUSION	40
5.1 Interpretación	40
5.2 Conclusiones	43
5.3 Recomendaciones	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
APENDICES	49
APENDICE A. - Escala de Creencias sobre Cuidado Prenatal	50
APENDICE B. - Instructivo de Codificación	55
APENDICE C. - Relación de No. de AGEB, colonia y número de manzanas encues- tadas	58
APENDICE D. - Solicitud de Autorización	59
APENDICE E. - Acuerdo de Participación	60

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Características Sociodemográficas de las embarazadas relacionadas con el Control Prenatal	30
2. Características Sociodemográficas relacionadas al Cuidado en el embarazo	32
3. Distribución de Chi-Cuadrada para la Susceptibilidad y Severidad percibida Asociada al Cuidado Prenatal	36
4. Distribución de Chi-Cuadrada para las Barreras y Beneficios percibidos Asociados al Cuidado Prenatal	37
5. Coeficiente de Correlación de Pearson (r) para las variables del Modelo de Creencias de Salud	38

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Cuidado Prenatal de la Población Estudiada	29
2. Niveles de Susceptibilidad y Severidad Percibida respecto al Cuidado Prenatal de las Embarazadas	33
3. Niveles de Beneficios y Barreras respecto al Cuidado Prenatal de las Embarazadas	34
4. Niveles de Señales para la Acción Percibidas por las Embarazadas	35

NOMENCLATURA

APS	Atención Primaria de Salud
MCS	Modelo de Creencias de Salud
CPN	Control Prenatal
ECCP	Escala de Creencias sobre Cuidado Prenatal
N	Universo de Estudio
n	Muestra
p	Probabilidad
NS	Nivel de Significancia
AGEB	Area Geoestadística Básica
χ^2	Chi- Cuadrada
r	Coefficiente de Correlación de Pearson
V	Coefficiente de Correlación de Cramer

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue determinar cuales son las creencias de la mujer embarazada que contribuyen al cuidado prenatal.

El diseño fue descriptivo en su modalidad correlacional, retrospectivo y transversal. La población de estudio estuvo conformada por las mujeres embarazadas pertenecientes al municipio de Apodaca, N.L. La muestra fue probabilística por conglomerados. Se visitaron 235 manzanas del estrato socioeconómico bajo y se obtuvo una muestra de 230 mujeres embarazadas entre los 24 y 44 años de edad, con escolaridad inferior al nivel básico. Se les administró una Escala tipo Likert de 4 puntos denominada "Escala de Creencias sobre el Cuidado prenatal (ECCP)", constituida por 28 ítems y datos sociodemográficos. La ECCP, se elaboró en base al Modelo de Creencias de Salud (MCS) de Rosenstock (1988). El análisis de los datos se hizo a través del SPSS/PC, para obtener estadísticas descriptivas, Chi-Cuadrada, V de Cramer y el coeficiente de Correlación de Pearson (r), con un nivel de confiabilidad de .05.

Entre los hallazgos más relevantes están que el 36 por ciento de las embarazadas no acudió a su control prenatal, y el 30 por ciento no realizó cuidados prenatales en el hogar. El cuidado prenatal se asoció de manera significativa con las variables del MCS, susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y señales para la acción ($p < .05$), en magnitud moderada.

El MCS permitió relacionar las creencias de las embarazadas al cuidado prenatal a través de sus constructos. La enfermera en salud comunitaria al considerar los resultados de este estudio podrá fundamentar estrategias educativas específicas para lograr un cambio de conducta y reforzar los conocimientos acertados que posee la embarazada sobre su cuidado en este periodo.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

En 1978, se celebró la Reunión de Alma Ata en la cual se estableció la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) aplicable en todos los niveles de atención. Dentro de los objetivos de APS, esta el atender a poblaciones vulnerables tales como niños, ancianos, incapacitados, trabajadores y mujeres embarazadas. Para lograr esto, se requiere de la implementación de programas a cada grupo de población en donde el equipo multidisciplinario de salud tiene la responsabilidad ineludible de resolver dos problemas principales: 1) poner al alcance la atención de salud y, 2) comprometer al individuo, familia y/o comunidad en la búsqueda de su bienestar.

Kroeger & Luna (1992) señalan, que el desafío es mayor en los servicios de Primer Nivel de Atención, debido a que generalmente los recursos con los que se cuentan son menores en relación a la realidad compleja y cambiante donde se implementan los programas.

El profesional de salud, en este caso la enfermera con especialidad en salud comunitaria, debe identificar todos aquellos factores que interfieran con el éxito de cada uno de los programas, como los de tipo administrativo y los aspectos socioculturales de la población a la que se atiende.

Como ya se mencionó uno de los grupos vulnerables que requieren de

mayor atención es el de las mujeres embarazadas, población de interés en esta investigación, la cual se enfocó en las creencias asociadas al cuidado prenatal.

Es preciso hablar de la atención prenatal, ya que representa una etapa difícil de sobrevivencia que requiere de un proceso integral de cuidado, caracterizado por la accesibilidad, universalidad, equidad, continuidad y satisfacción de necesidades prioritarias (Bobadilla, 1988).

Poma (1987), refiere que la mujer embarazada en muchas ocasiones fracasa al llevar su cuidado prenatal, situación aunque difícil, representa la oportunidad de la enfermera comunitaria para proporcionar educación, prevención y guía a esta población, basándose en el entorno social en el cual se desenvuelve la embarazada y tratar de que considere esta etapa no como un cambio estresante, sino como un cambio positivo, que implica responsabilidad para su salud y la de su bebé.

Algunos estudiosos (Comerford, Andersen, Damus, & Merkatz, 1993; Kieffer, Alexander, & Mor, 1992), han afirmado que el embarazo es de particular importancia por el impacto que tiene en las decisiones de salud que tome la mujer durante este lapso, y por la asociación que puede tener con el bajo peso al nacer o con resultados adversos del embarazo.

La mayoría de las investigaciones se han dirigido a las complicaciones y problemas que se presentan con más frecuencia durante el periodo perinatal, pero pocos estudios abarcan los posibles factores relacionados al cuidado prenatal. Por lo que la presente investigación se basó en el Modelo de Creencias de Salud (MCS) de Rosenstock (1974), para establecer la asociación entre las creencias de la mujer embarazada y los cuidados prenatales.

El MCS ha sido empleado para buscar predictores relacionados a la búsqueda de cuidado prenatal, pero no se ha utilizado todo el modelo para establecer eslabones entre uno y otro de sus elementos.

En un estudio reciente, Bluestein & Rutledge (1993), han propuesto un marco teórico basado en el MCS para investigar las determinantes psicosociales del Cuidado prenatal temprano, en las embarazadas con desventajas socioculturales. Sin embargo, este marco es más apropiado para estudios longitudinales que para los de corte transversal, como el que se presenta en este documento.

El MCS proporciona un marco teórico de trabajo para describir las conductas de la mujer embarazada y apoyar el rol de educador y proveedor de cuidado, a los que relativamente se les da poca atención en la literatura científica de enfermería.

-1.1. Planteamiento del Problema

Dentro de la APS, existe un tópico que se torna prioritario a nivel mundial, estatal y local, *"la salud materna"*, la cual se ve afectada por las complicaciones relacionadas al embarazo y al parto, favoreciendo el incremento en la morbi-mortalidad materno-infantil. "Cada año a nivel mundial, se embarazan más de 200 millones de mujeres, aproximadamente 130 millones dan a luz y cerca de 500 mil de éstas fallecen a causa de complicaciones prevenibles" (Viegas, 1992).

Estudios en América Latina evidencian que a pesar de que algunos embarazos son de mayor riesgo que otros, se estima que por cada 100, 000

nacidos vivos, mueren aproximadamente 300 mujeres en el transcurso de su embarazo (Rinehart, W., 1988). Por su parte en México las afecciones originadas en el periodo perinatal ocupan el sexto lugar entre las causas de muerte, con una tasa de 14.4 por 100,000 habitantes. En el estado de Nuevo León ocuparon el mismo sitio, pero con una tasa de 19.4 por 100,000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI, 1993).

Mora & Yunes (1993), realizaron un estudio respecto a la mortalidad materna en América Latina y el Caribe, en el que reportaron para México, una tasa de 82 por cada 100,000 nacidos vivos, con una evitabilidad estimada del 52 por ciento. En México, entre las principales causas de muerte durante la gestación están: la toxemia, aborto, hemorragia, infecciones, anemia, problemas relacionados a la nutrición, que generalmente ocurren en la etapa de gestación y en el 90 por ciento de los casos son prevenibles (Alarcon, 1993; Bobadilla, 1988; Moysen, & Ruiz, 1991; Rinehart, 1988; Rodríguez, et al., 1991; Santos, et al., 1991).

También se han dirigido investigaciones en el estrato socioeconómico bajo, concernientes al cuidado prenatal y al uso de servicios de salud en este periodo. Entre los resultados más relevantes, están que más del 30 por ciento de las embarazadas no acuden a la atención prenatal y en muchos de los casos, las mujeres cuyos hijos han tenido bajo peso al nacer, nunca llevaron medidas preventivas durante el embarazo (Alcalay, Ghee, & Scrimshaw, 1993; Moysen, & Ruiz, 1991; y Rodríguez, Angulo, Vargas, Martínez, & Corona, 1991).

Posiblemente existen otras causas que influyen en la búsqueda de atención y toma de medidas preventivas, entre las que pudieran estar, las costumbres, tradiciones, percepción de la atención prenatal, información recibida o el sentirse bien (Viegas, 1992; Langer, Bobadilla, Bronfman, & Avila, 1988). Sin duda todo esto puede tener impacto en la salud materna e infantil, tornándose en un problema que atañe a la Salud Pública donde está inmersa la enfermera especialista en salud comunitaria a la que le corresponde valorar el impacto social y las repercusiones a corto plazo en el individuo, familia y/o comunidad. Los daños obstétricos y riesgos a la salud de la madre y el niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados a tiempo y con éxito a través de la intervención fundamentada en la indagación del conocimiento, percepción y experiencia de la embarazada y en la identificación de barreras que influyen para obtener el cuidado prenatal.

Cabe destacar que algunas experiencias de enfermeras a nivel local, muestran que a pesar de los esfuerzos en la coordinación e implementación del Programa de Control Prenatal (CPN), más del 50 por ciento de las mujeres embarazadas acuden en el tercer trimestre, sólo para programación de su parto (IMSS, UMF No. 28, UMF No.5, & Hospital de Gineco obstetricia No.23, 1994).

Por otra parte, en las unidades de primer nivel de atención de las Secretaría Estatal de Salud y del Proyecto UNI (1994), las mujeres acuden en el primer trimestre de su embarazo, pero sólo la minoría acude a las citas subsecuentes. A esto también hay que agregar que la participación de la enfermera comunitaria es escasa.

Lo expuesto en párrafos anteriores, refleja la complejidad de la conducta de la mujer para decidir tomar cuidado prenatal y sobre todo porque parece existir responsabilidad compartida entre la institución, proveedor de cuidados y paciente.

Debido a que se requiere de información adicional de otros factores propios de la mujer que pudieran estar asociados al cuidado prenatal, se propuso la siguiente investigación basada en el MCS como sustento teórico que permite incorporar diversas variables y dar respuesta al siguiente cuestionamiento:

¿ Cuáles son las creencias de la mujer embarazada que se asocian al cuidado prenatal ?

1.2. Hipótesis

Para esta investigación se propusieron las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1

Hi = La Susceptibilidad y Severidad percibidas sobre el embarazo se asocian al cuidado prenatal.

Ho = La Susceptibilidad y Severidad percibidas sobre el embarazo no se asocian al cuidado prenatal

Hipótesis 2

Hi = Los Beneficios y Barreras que percibe la embarazada del CPN, se asocian al cuidado durante este periodo.

Ho = Los Beneficios y Barreras que percibe la embarazada del CPN, no se asocian al cuidado durante este periodo.

Hipótesis 3

Hi = Las Señales para la acción que tiene la embarazada se asocian al cuidado prenatal.

Ho = Las Señales para la acción que tiene la embarazada no se asocian al cuidado prenatal

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar cuales son las creencias de la mujer embarazada que contribuyen en la decisión del cuidado prenatal.

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar la Susceptibilidad y Severidad que la mujer percibe hacia el cuidado prenatal.
2. Indagar los factores modificantes que pueden influir en el cuidado prenatal de la embarazada.
3. Identificar los beneficios y barreras que percibe la embarazada para obtener el cuidado prenatal.

1.4. Importancia del Estudio

La importancia de esta investigación para la enfermería con especialidad en salud comunitaria radica en que en la actualidad las relaciones de la comunidad con los servicios de salud se han incrementado (Milio, 1992) lo cual exige la realización de estudios que guíen la toma de decisiones respecto a los programas de salud existentes y la educación; para apoyar e informar, en este caso a las embarazadas, sobre su responsabilidad en materia de salud.

La implicación de los resultados de esta investigación en la práctica de enfermería es apoyar la implementación de *programas educativos* por parte de la enfermera comunitaria encaminados a modificar, en la medida como sea posible, aquellas conductas nocivas para la mujer durante el embarazo; dada la magnitud, no sólo a nivel local, de la mortalidad materna como un indicador de la desventaja de salud en que se encuentra esta población.

Porter, (1989) asevera que las enfermeras comunitarias tienen la habilidad principal para la enseñanza del cuidado de salud y que pueden asistir a la cliente embarazada a tomar su responsabilidad tanto para su salud, como para el bienestar de su bebé.

Además este estudio evidencia la importancia del uso de elementos teóricos, en este caso el MCS, que pueden dirigir mejor las intervenciones en la población de embarazadas, al explicar la participación de las mismas en el programa de control prenatal.

1.5. Limitaciones del Estudio

Las limitaciones fueron de orden metodológico:

a) Los resultados del estudio sólo se pueden generalizar para aquellas poblaciones de embarazadas de estrato socioeconómico bajo, con características similares a las encontradas en la muestra del Municipio de Apodaca, N.L.

b) Al momento de recolectar la información y localizar a los sujetos de estudio en las manzanas seleccionadas al azar (n=235), hubo manzanas en

donde no se encontraron mujeres embarazadas y debido a que el tiempo para recolección de datos no fue suficiente (3 meses) no se sustituyeron por otras.

c) La Escala de Creencias sobre Cuidado Prenatal (ECCP), diseñada por el autor para la recolección de datos, tuvo un alfa de .7433, considerando como aceptable su consistencia interna total. Sin embargo, las escalas que la forman tuvieron variabilidad en la consistencia interna, por lo que esto representa una limitante para el estudio.

1.6. Definición de Términos

Mujer Embarazada: Es aquella mujer que se encuentra en un estado fisiológico que inicia con la fecundación y dura 9 meses, hasta el nacimiento del producto a término (Diario Oficial de la Federación, 1993).

Control Prenatal: Es la vigilancia y monitoreo de la mujer embarazada enfocada a detectar y prevenir riesgos de la madre y del niño.

Las siguientes definiciones se basaron en los elementos teóricos del Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock, (1977 y 1988):

Susceptibilidad Percibida: Es cuando la mujer embarazada se cree de sí misma que tendrá un embarazo normal o de riesgo.

Baja: < 10 puntos

Moderada: 11- 15 puntos

Alta: 16- 20 puntos

Severidad Percibida: Es cuando la mujer embarazada anticipa consecuencias negativas que se podrían presentar en el embarazo.

Baja: < 10 puntos

Moderada: 11-16 puntos

Alta: 17-24 puntos

Beneficios Percibidos: Es cuando la mujer embarazada cree que el tomar el cuidado prenatal reduce los riesgos durante el embarazo.

Bajo: < 10 puntos

Moderado: 11 - 13 puntos

Alto: 14 - 16 puntos

Barreras Percibidas: Es cuando la mujer embarazada cree que el cuidado prenatal es inaccesible o inconveniente. Por costo, horario, localización, vergüenza, o experiencia.

Bajas: < 10 puntos

Moderada: 11 - 19 puntos

Altas: 20 - 28 puntos

Señales para la Acción: Personas o medios de comunicación que la mujer embarazada cree le brindan información sobre el cuidado prenatal para acudir a su control.

Bajas: < 10 puntos

Moderadas: 11 - 16 puntos

Altas: 17 a 24 puntos

Factores Modificadores: Son aquellos atributos de la mujer embarazada que pueden modificar el curso de la decisión de tomar el cuidado prenatal

(Edad, escolaridad, religión, ocupación, estado civil, servicios de salud).

Cuidado Prenatal: Son aquellas medidas que la mujer cree evitarán que su embarazo sea riesgoso: acudir al control prenatal, cuidados realizados en este periodo (ejercicio, citas, alimentación, vestido, descanso, entre otros).

Estrato Socioeconómico Bajo: Clasificación de las áreas municipales que se realizan en base a dos indicadores, uno las características de construcción de la vivienda y otro recibir de ingreso económico un salario mínimo o menos por semana (INEGI, 1993).

Embarazo de alto Riesgo: Se considera mujer embarazada de alto riesgo aquella que tiene el previo conocimiento de estar desarrollando alguna enfermedad o complicación diagnosticada (toxemia, anemia severa, gestación múltiple, entre otros factores) (Organización Panamericana de Salud, OPS, 1986).

CAPITULO 2

MARCO TEORICO

El estado de salud durante toda la vida de la mujer se ve afectado por los riesgos que enfrenta en el embarazo y en el parto. A nivel mundial se estima que muere una mujer por minuto como resultado de estos periodos. En América Latina el número de defunciones rebasa los 300 por 100,000 nacidos vivos, lo que representa un indicador de la necesidad de realizar esfuerzos constantes por mejorar el estado de salud de este grupo poblacional (Rinehart, 1988).

Por otra parte Mora, & Yunes, (1993), señalan que en su mayoría las defunciones maternas son evitables, además argumentan que se pueden mejorar las condiciones educativas y de salud de la mujer y quizás de esta manera se podría influir más sobre los resultados del embarazo. La evitabilidad se puede lograr a través del mejoramiento de la calidad de la atención y de la accesibilidad geográfica a los servicios de salud, la dotación de transporte adecuado y oportuno y de la disminución de los efectos de las variables sociales, culturales y económicas adversas. Es a partir de este momento en que se debe realizar una valoración del entorno en el que vive esta población y considerar los estudios que han reportado que la atención prenatal se asocia fuertemente con los resultados del embarazo y que de él depende la buena salud de la madre y del niño (Rodríguez, McFarlane, Mahon, & Fehir, 1994; Alcalay & Cols., 1993).

La atención del embarazo empieza en la comunidad, en el lugar donde vive la gente, utilizando los recursos existentes, integrando la atención de salud tradicional con los servicios de atención más modernos. La comunidad es el lugar ideal para que la mujer reciba atención básica, de forma sencilla y sin requerir de equipos sofisticados.

Monteith (1987), señala que al estudiar la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres embarazadas debe considerarse la tendencia de que "las mujeres más instruidas y en posición económica más desahogada utilicen más los servicios de salud...".

Así, en México la atención prenatal ha constituido una parte integral de los servicios de salud que se prestan en áreas urbanas, y recientemente hay una mayor accesibilidad para aquellas poblaciones dispersas o muy alejadas, favoreciendo el incremento en el uso del cuidado prenatal.

En el año de 1993, se expidió con carácter de emergencia la Norma Oficial Mexicana NOM-EM-002-SSA2, para contribuir en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna atribuible en un 80 por ciento a las complicaciones durante el embarazo. Normando la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma y corresponsabilizar a la mujer de su propia salud y la de su niño. Dirige el CPN hacia la detección y control de los factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de afecciones indirectas como anemia severa, toxemia, infecciones, complicaciones hemorrágicas, retraso en el crecimiento intrauterino. En esta norma se establecieron las siguientes actividades a realizar durante el control prenatal:

* Elaboración de historia clínica,

- * Medición y registro de peso, talla y presión arterial,
- * Valoración del crecimiento intrauterino y estado de salud del feto,
- * Realización de exámenes de laboratorio y de gabinete,
- * Aplicación del toxoide tetánico, prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico,
- * Orientación Nutricional,
- * Identificación de signos de alarma,
- * Autocuidado de salud, y
- * Mínimo de 5 consultas prenatales.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 en materia de salud, señala que en nuestro país coexisten muertes maternas y perinatales que afectan sobre todo a los grupos de menores ingresos, relacionados a los estilos de vida que se traducen en una mayor frecuencia de enfermedades; que serán tratadas a través del mejoramiento de la calidad de los servicios que se prestan y la extensión de cobertura (Diario Oficial de la Federación, 1995). Por su parte, el subprograma materno-infantil, se orienta a proteger la salud tanto de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, como la del niño desde su etapa intrauterina hasta los cinco años de edad.

Lo anterior denota que el uso del cuidado prenatal es una prioridad a nivel nacional, sin embargo, no se han disminuido las tasas de mortalidad materno-infantil (INEGI, 1993), por lo que se debe intentar traer a la mujer al sistema de cuidado de salud en etapas tempranas de su embarazo. Se requiere de trabajo en equipo de intercoordinación, de la accesibilidad de los servicios, de unificación en la comunicación, de la modificación de actitudes, conductas profesionales y poblacionales, pero sobre todo de la integración de las pacientes en forma directa al cuidado prenatal.

No se trata de responsabilizar sólo a la mujer y más cuando no posee una cultura de salud, carece de accesibilidad o escaso recurso económico, sino de incorporar todos aquellos factores que influyen en la decisión de la misma para tomar o no la acción preventiva, y junto con el profesional de enfermería en salud comunitaria, se busquen las mejores alternativas para responder a las barreras o factores no financieros, maximizando los recursos de la misma mujer (experiencia, conocimiento) y los existentes en los centros de salud de cada comunidad.

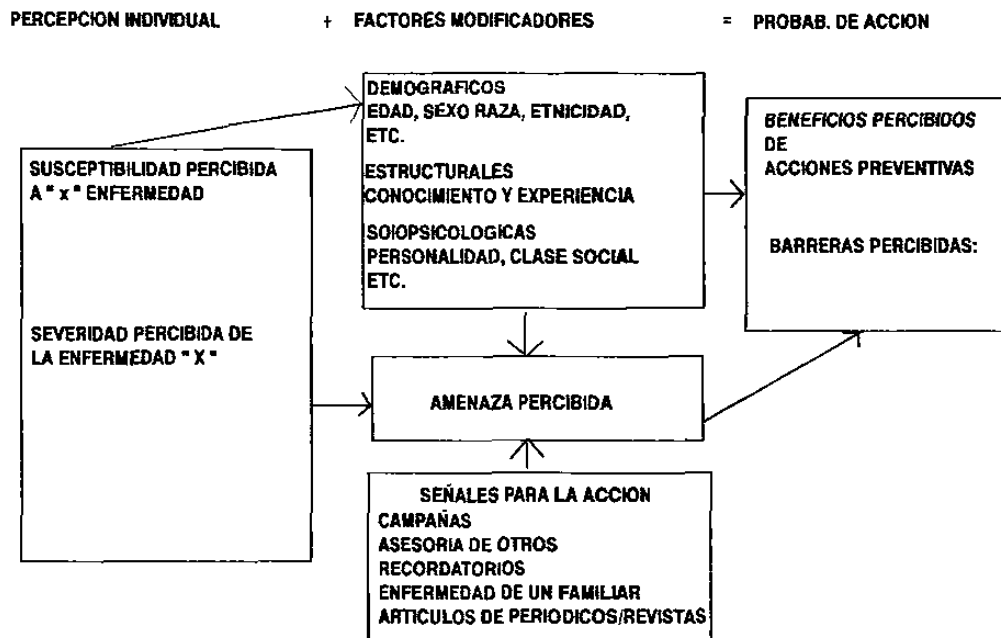
2.1 El Modelo de Creencias de Salud (MCS) y el Cuidado Prenatal.

Para el presente estudio se eligió uno de los modelos más antiguos, desarrollado en la década de los cincuenta por Hochbaum y asociados de los servicios de Salud Pública de los Estados Unidos, denominado "**Modelo de Creencias de Salud**", para explicar el porque y bajo que condiciones la gente toma las acciones preventivas.(Rosenstock, 1974).

En el desarrollo inicial del modelo por Hochbaum (1958) se incluyeron cuatro variables: susceptibilidad , severidad , barreras y beneficios percibidos. Posteriormente en los 70's Becker y Rosenstock, (1974) introdujeron la motivación y Pender (1982) propuso incluir las variables control percibido y valor de la salud. La última revisión del MCS fue en 1988.

El MCS, esta compuesto por tres grandes constructos que a su vez se componen por diversas variables: (a) Percepción Individual, (b) Factores Modificadores y (c) Probabilidad de Acción, los que se ilustran en el siguiente esquema:

ESQUEMA No. 1 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD, BECKER, et al. , 1974)



z

En los últimos años los profesionales de enfermería han utilizado ampliamente el MCS para examinar las conductas preventivas en la población con Diabetes mellitus, infarto de miocardio, cáncer, Inmunodeficiencia adquirida, enfermedades sexualmente transmisibles, enfermedades ocupacionales así como en la alimentación, realización de la autoexploración mamaria, en el tabaquismo, alcoholismo y en la experiencia comunitaria de los estudiantes de enfermería CINHAL, 1994).

En el estado de Nuevo León a través de la Facultad de Enfermería, U.A.N.L., el MCS se ha aplicado en investigaciones dirigidas a las medidas preventivas en la displasia cervical, planificación familiar, y en el abandono y falta de control del tratamiento de la tuberculosis (Compendio de Tesis, 1994).

Respecto a su aplicación en el cuidado prenatal, sólo se han aplicado

algunas variables del modelo, para iniciar el diseño de escalas que midan las creencias prenatales (Wells, Mcdiarmid & Bayatpour, 1990); las actitudes e intenciones hacia el embarazo (Tiedje, Kingry, & Stommel, 1992) o en la efectividad del programa prenatal (Clarke & Cols., 1993). No obstante, estos investigadores han sugerido que se realice un mayor esfuerzo científico por aplicar este modelo teórico en el cuidado prenatal.

Específicamente, Bluestein & Rutledge (1993), han propuesto el MCS para investigar las determinantes psicosociales del cuidado prenatal tardío entre las mujeres en desventaja económica. Consideran que el uso de este modelo puede proporcionar el entendimiento de aquellos atributos psicosociales que son esenciales para mejorar el proceso y resultados del cuidado prenatal.

Para la enfermería comunitaria, el MCS, es una herramienta de aproximación al entendimiento de la conducta relacionada a la salud (Mikhail, 1981). Además, proporciona la libertad de elegir la estrategia de intervención pertinente ya sea para un individuo o para un grupo de personas, en una situación específica. Incrementa, la percepción realista de los beneficios de una acción de salud, y así el profesional de enfermería puede hacer importantes contribuciones al desarrollo del modelo, y relacionarlo con los modelos propios de enfermería. Es importante reconocer que el MCS requiere de mayor refinamiento en la relación de sus constructos y en su aplicabilidad a diversos grupos de población. Mullen, Hersey, & Iverson, (1990) en un estudio comparativo de tres modelos de conductas de salud, entre ellos el MCS, refieren que este modelo tiene variables altamente predictivas de la conducta de salud, pero que su parsimonia, especificidad y aceptabilidad deben mejorarse a través de la investigación. En los siguientes párrafos se amplían los constructos del

modelo, en base a estudios que sin aplicar la totalidad de las variables del mismo, reconocen la utilidad para explicar la conducta de salud de la embarazada.

2.1.1 Percepción Individual.

Se refiere a las creencias que facilitan la conducta de salud y se dividen en:

1. Susceptibilidad Percibida a la enfermedad, condición de salud o problema si no se toma una acción preventiva.
2. Severidad Percibida, grado en que la persona cree puede adquirir alguna condición de salud negativa o tener algún riesgo para su salud (Rosenstock, 1974, 1988)

Al respecto, Mullen, Hersey, & Iverson, (1990) en su revisión del MCS, refieren que la susceptibilidad depende mucho de lo que conozca la persona de salud y enfermedad, y la severidad depende del conocimiento que tienen las personas sobre los riesgos para la salud si se tiene alguna conducta negativa hacia la misma.

Bluestein, & Rutledge (1993), en su propuesta que hicieron de la aplicación del MCS en el cuidado prenatal, suponen que cuando la susceptibilidad y la severidad son bajas hay un retraso en el cuidado prenatal. Agregan que la susceptibilidad percibida baja puede impedir el reconocer y confirmar que se está embarazada. Por otra parte, la severidad percibida baja puede retrasar la búsqueda de las citas de control así como la identificación de los signos de alarma.

En 1992, Tiedje & Cols., iniciaron el desarrollo de un cuestionario para medir las conductas de salud durante el embarazo, tales como alcoholismo,

tabaquismo y nutrición. Entre sus resultados encontraron que tanto la susceptibilidad como la severidad fueron fuertes predictores de la conducta de la embarazada para no optar por conductas nocivas hacia su salud ($p < .001$).

2.1. 2. Factores Modificadores

En este constructo se incluyen variables de tipo demográfico, sociopsicológicas y estructurales, que a lo largo de la historia del modelo han sido fuertemente criticadas debido a que aún no se conoce con claridad la relación que guardan con la conducta de salud.

Bluestein, & Rutledge (1993) ,proponen que para el estudio de las creencias de la mujer embarazada, entre los modificadores sociodemográficos que deben incluirse están la edad, raza, estado civil, paridad, ingreso, educación y conocimiento relacionado a la salud. En los psicosociales, autoestima, eventos de la vida, salud subjetiva, apoyo social. En los estructurales, disponibilidad, accesibilidad, y necesidad de acomodarse en el cuidado.

Respecto a la multiparidad, Alcalay (1993) encontró diferencias significativas entre las primiparas y las multiparas en relación a la búsqueda de información sobre el control prenatal y en el seguimiento de recomendaciones dadas por los profesionales de salud ($p < .001$). Joyce , Diffenbacher, Greene & Sorokin (1983), en un estudio realizado en Cleveland, encontraron que la edad es un factor importante tanto para la búsqueda de la atención durante este período como las alternativas de solución para las barreras que interfieren en la recepción del cuidado.

Rodriguez & Cols., (1991), a pesar de que no se basaron en el MCS,

encontraron relación entre la mortalidad materna y cuidado prenatal con la edad de las mujeres, acudiendo más aquellas que tuvieron edades que oscilaron entre los 35 y 39 años.

En 1988, en Portugal se llevó a cabo un estudio de salud materna para buscar las causas que originan la morbi-mortalidad durante el embarazo así como el no acudir al control prenatal. Los hallazgos evidenciaron que el cuidado prenatal no está asociado al estrato social, educación u ocupación de la embarazada ($p > .05$).

Dentro de este constructo también está la variable denominada señal para la acción, relacionada a todas aquellas fuentes de información que pueden influir en el individuo como "una señal de alerta" y entonces decidir seguir o no la acción de salud.

Al respecto algunos investigadores coinciden en que el cuidado prenatal puede ser motivado por los medios de comunicación, familiares, amistades, por la pareja, pero en especial por la madre. Acalay (1993), en un estudio de intervención educativa en las embarazadas concluye que los medios de comunicación (radio, televisión, posters, folletos, entre otros) son motivadores importantes para el seguimiento en el cuidado prenatal. Aaronson (1989), en una investigación enfocada al apoyo percibido y recibido durante el embarazo hacia el consumo de alcohol, tabaco o cafeína, reportó que el apoyo recibido de familia, pareja, amistades se asocia más a tales conductas ($p < .001$):

2.1.3. Probabilidad de Acción

Se refiere a la dirección que va a tomar la acción influenciada por las creencias benéficas hacia diferentes alternativas de salud. El individuo en este

caso la mujer embarazada, percibe los beneficios, pero también identifica cuando un beneficio se torna barrera, por su inaccesibilidad, costo, tiempo, inconveniencia y localización.

Bluestein & Rutledge (1993) refieren que los beneficios percibidos por la mujer embarazada van encaminados a la preservación de la salud fetal y materna, a la reducción del estrés, a recibir apoyo y a los beneficios de tener acceso a los servicios de salud. De esta manera los beneficios pueden estar determinados por las acciones personales, la ayuda de los profesionales de salud, y por el asesoramiento recibido. Inversamente una mujer embarazada percibe poco beneficio cuando tiene experiencias negativas, o cuando cree que el cuidado prenatal no afectará los resultados del embarazo. Los beneficios percibidos bajos pueden estar asociados al ingreso, a la falta de educación, y a la falta de conocimiento o de valor de las acciones preventivas, como el cuidado prenatal.

Por su parte las barreras constituyen una parte negativa hacia el embarazo, cuidado prenatal o hacia los proveedores del cuidado. Generalmente las embarazadas adolescentes, multiparas y madres solteras reflejan convicción de que el cuidado prenatal y que la distancia cultural entre ellas y el proveedor de cuidado son amplias barreras. Sin embargo, como señalan los investigadores, y muchos otros colegas, las embarazadas que refieren barreras para el cuidado son altamente vulnerables psicosocialmente y por eso tienen estas actitudes negativas. Tiedje & Cols., (1992), no encontraron relación entre los beneficios/ barreras y los cuidados prenatales hacia el tabaquismo, alcoholismo y nutrición ($p > .001$). Stone (1993) realizó un estudio para determinar las barreras para llevar un inadecuado control prenatal, para esto controló la variable financiera, y

a pesar de ello, reportó que las barreras tienen sus orígenes en la pobreza y son: madre soltera, con menos educación, multiparas, sin transporte propio, uso de droga, y ambivalencia hacia el cuidado prenatal.

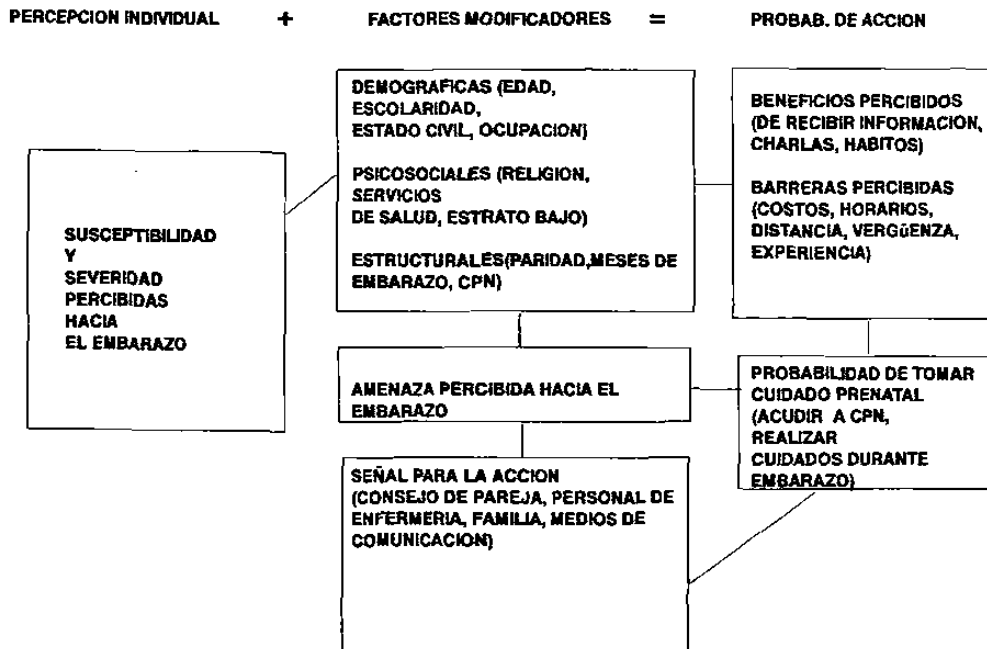
Por otra parte, Joyce & Cols.(1983) y York, Williams, & Hazard (1993), condujeron sus investigaciones hacia la búsqueda de las barreras internas, externas para obtener el cuidado prenatal, en ambos estudios se controló el estado financiero y el transporte. Entre los hallazgos más destacados están: falta de seguro de salud, de apoyo familiar, de cuidado de sus demás hijos, ambiente clínico, embarazo no planeado y depresión, en ambos estudios se concluyó que las barreras tienen relación con aspectos personales de la embarazada.

En otras investigaciones, las barreras más frecuentes para no acudir al control prenatal fueron el acceso, costo y distancia del servicio de salud; atención recibida, "nervios" al acudir a un centro de salud y el transporte. (Rodríguez, et al., 1994; Alcalay & Cols., 1993; Potter, 1988).

Finalmente, la estrategia de la presente investigación es medir en lo posible cada una de las variables del MCS para determinar cuáles son las creencias que dirigen o guían a la embarazada a su cuidado prenatal. Para lo cual se adaptó el modelo al cuidado prenatal.

En el Esquema No.2, se presentan los indicadores propuestos para medir cada uno de los constructos:

ESQUEMA No.2 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD Y EL CUIDADO PRENATAL



CAPITULO 3

METODOLOGIA

3.1. Diseño de la Investigación.

La investigación fue de tipo descriptiva en su modalidad correlacional, retrospectiva y transversal (Polit, 1994).

3.2. Sujetos

La población estuvo conformada por el total de mujeres embarazadas pertenecientes al Municipio de Apodaca, N.L. La muestra se determinó a través de una estimación de proporciones debido a la característica particular de la población estudiada. Primero se obtuvo el total de manzanas de estrato socioeconómico bajo del municipio arriba mencionado $N=600$, con la finalidad de obtener una muestra probabilística por conglomerados, dando un total de $n=235$ manzanas a visitar. Los criterios para la selección de los sujetos de estudio fueron:

Criterios de Inclusión: Mujer embarazada, que sepa leer y escribir y que resida en las manzanas seleccionadas del municipio de Apodaca, N.L.

Criterios de Exclusión: Mujer embarazada, que no sepa leer y escribir, que no se localice en las manzanas de la muestra o que refiriera tener diagnosticado embarazo de alto riesgo.

3.3 Material

Para el logro de los objetivos de la investigación, se diseñó una escala tipo Likert de 4 puntos denominada "Escala de Creencias sobre Cuidado Prenatal" (ECCP). Compuesta de cinco subescalas en base al Modelo de Creencias de Salud (MCS) de la siguiente manera:

Subescala susceptibilidad percibida	= 5 items =20 puntos
Subescala severidad percibida	= 6 items =24 puntos
Subescala beneficios percibidos	= 4 items =16 puntos
Subescala barreras percibidas	= 7 items =28 puntos
Subescala señales para la acción	= 6 items =24 puntos
Total puntos:	=28 items=112 puntos.

Las opciones de respuesta fueron:

Totalmente de Acuerdo	(4 puntos)
De acuerdo	(3 puntos)
En desacuerdo	(2 puntos)
Totalmente Desacuerdo	(1 punto)

La primera parte del instrumento se recolectaron los datos demográficos y cuidados prenatales (Ver APENDICE A). Para el instrumento se diseñó un instructivo de codificación y programa de captura (Ver APENDICE B)

3.4.Procedimientos

Antes de recolectar la información se realizó una prueba piloto con 15

embarazadas con características similares a las de la muestra. Se hicieron modificaciones a algunos ítems de la escala, así como también se categorizaron las preguntas semiabiertas.

Se contrataron 3 encuestadores, y se les proporcionó un entrenamiento sobre el contenido del instrumento, su aplicación y codificación, así como la localización de las Manzanas seleccionadas en el Municipio de Apodaca, N.L. a través de los mapas por Ageb del mismo adquiridos en el INEGI (Ver APENDICES C). También se solicitó autorización a la Jurisdicción No.4 para la aplicación del instrumento en el lugar citado (Ver APENDICE D).

El levantamiento de datos se llevó a cabo del mes de febrero al mes de abril del presente año. El procedimiento específico para la aplicación del instrumento consistió en las siguientes pasos:

1. Localización de cada una de las manzanas.
2. Una vez localizada la manzana en la colonia correspondiente, se hizo un recorrido por la misma para identificar aquellas mujeres embarazadas.
3. Cuando se seleccionó una embarazada como parte de la muestra se procedió a explicarle el objetivo del estudio a través de un documento por escrito, del cual se hablará más adelante. También se les cuestionó si estaban recibiendo algún tratamiento o si padecían alguna enfermedad o en su defecto una complicación y si así fue, se les explicó el porque no podrían participar en el estudio. Cabe destacar que solamente 11 embarazadas estuvieron en esta situación.
4. Si las embarazadas reunían los criterios de inclusión se administraba el instrumento, el cual tuvo un tiempo promedio de aplicación de 15 minutos.

La codificación y captura de datos fue semanal, se procesó por medio

electrónico utilizando el Statistical Package for the Social Science (SPSS/PC) para aplicar la estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, media, y desviación estandar) así como la prueba de Chi-Cuadrada X^2 y la prueba V de Cramer para las hipótesis y el coeficiente de correlación de Pearson (r), para las variables del MCS. Con un nivel de confiabilidad de 05. y un error estimado de .06.

El tiempo destinado para el proceso formal de esta investigación fue a partir del mes de Agosto de 1994 a Mayo de 1995.

3.5. Etica del Estudio

Por las características del estudio y el tipo de instrumento aplicado, se consideraron los siguientes aspectos éticos:

* Estudio de riesgo mínimo, conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, Art. 17 cap.II (1987).

* Se solicitó a cada una de las participantes su consentimiento informado por escrito, según el Capítulo I, Art.13 fracción V. (Ver APENDICE E)

* Se dió oportunidad y garantía de dar respuesta a cualquier pregunta y aclaración, una vez concluida la Escala.

* Se consideró la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, así como la identidad de mantenerla en el anonimato para protección de la privacidad. Art.21, Fracciones VI, VII y VIII y Art.22 fracción I.

CAPITULO 4

RESULTADOS

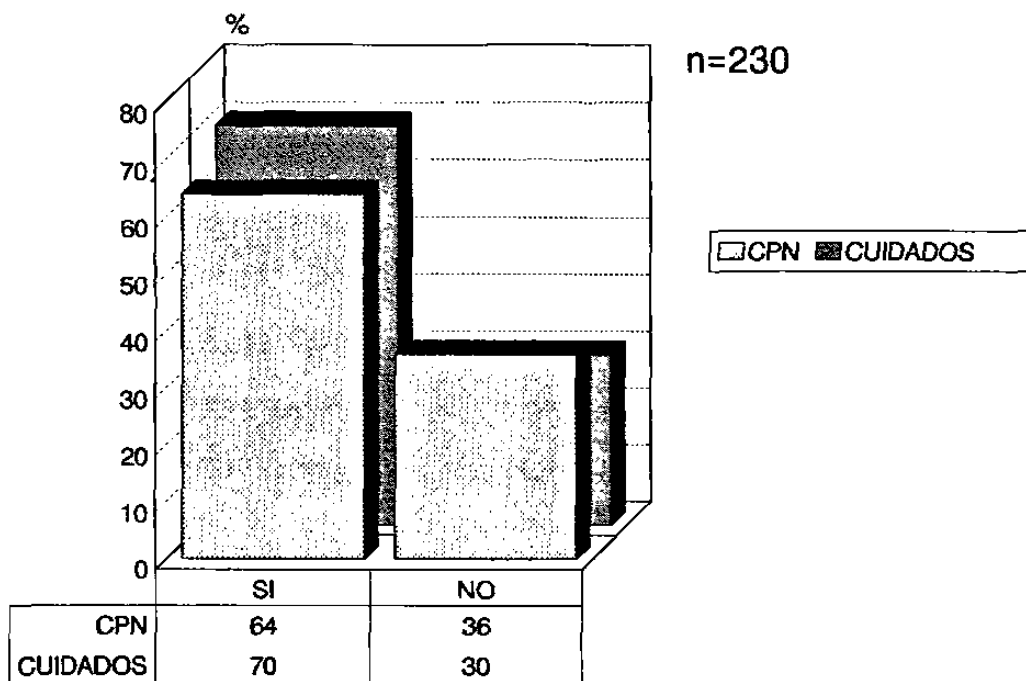
Los resultados del presente estudio se han subdividido en tres partes. La primera respecto a las características sociodemográficas relacionadas al *cuidado prenatal* (*Control Prenatal [CPN] y cuidados durante el embarazo*). La segunda en relación a la comprobación de las Hipótesis de investigación y la tercera a la correlación de las variables del Modelo de Creencias de Salud (MCS).

4.1 Características Sociodemográficas y el Cuidado Prenatal

Para esta parte se aplicó la estadística descriptiva y la no paramétrica (Chi-Cuadrada X^2 y V Cramer) para dar mayor significancia estadística a estos hallazgos.

La variable dependiente de este estudio se dividió en dos indicadores, acudir a CPN y los Cuidados realizados durante el embarazo. Respecto al primer indicador se encontró que el 36 por ciento (82) refirió no acudir a CPN y para el segundo indicador se encontró que el 30 por ciento (140) no realizó cuidados prenatales en su hogar. Los hallazgos anteriores se ilustran en la Figura 1:

FIGURA 1
CUIDADO PRENATAL DE LA POBLACION ESTUDIADA
 Apodaca, N.L., 1995.



Fuente: Aplicación de Escala de Creencias de Cuidado Prenatal (ECCP), 1995

Un aspecto importante que se encontró, fue que a más del 31 por ciento (72) de las embarazadas les preocupa el momento del parto y al 24 por ciento (57) no le preocupó nada.

Los indicadores de la variable dependiente se relacionaron con las características sociodemográficas, encontrando que en relación a la edad el 60 por ciento (139) tuvo una edad menor a los 24 años. Cabe destacar que de los que no acudieron al CPN, el 23 por ciento (53) estuvieron en este rango de edad.

Respecto a la escolaridad el 54 por ciento (124) refirió haber cursado estudios inferiores al nivel básico. Sin embargo, un porcentaje casi similar de embarazadas según escolaridad no acudieron a CPN, 20 (45) y 16 por ciento (38) respectivamente.

En cuanto a la ocupación, el 90 por ciento (207) fueron amas de casa y el 32 por ciento de ellas (73) no acudió a CPN.

El 80 por ciento (184) de las embarazadas que refirieron tener pareja, acudieron más a CPN que las que refirieron no tener pareja.

Al aplicar la X^2 para conocer la asociación de estas variables se encontró que sólo el estado civil se asoció con el CPN, con una significancia de $p < .001$ y una V de Cramer que indica una magnitud de relación moderada de .36419. Los resultados anteriores se presentan en la siguiente Tabla:

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS
EMBARAZADAS RELACIONADAS CON EL CPN

Apodaca, N.L., 1995

n=230

CARACTERÍSTICAS	SI CPN	NO CPN	TOTAL	SIGNIFICANCIA X^2
EDAD				
< o = 24a.	37%	23%	60%	NS
> 24a.	27%	13%	40%	
ESCOLARIDAD				
< Primaria	34%	20%	54%	NS
> Primaria	30%	16%	46%	
OCUPACION				
Ama de casa	58%	32%	90%	NS
Trabaja	6%	4%	10%	
ESTADO CIVIL				
Con Pareja	54%	26%	80%	$p < .0001$
Sin pareja	10%	10%	20%	

Fuente: Aplicación de ECCP, 1995

NS= No Significativo

En lo correspondiente a religión se obtuvo que el 20 por ciento (49) de las que manifestaron no llevar CPN no profesaron alguna religión.

El 44 por ciento (101) no pertenecía algún servicio de salud y de estas el 30 por ciento (71) se ubicaron en las que no acudieron a CPN.

En cuanto a Multiparidad y Trimestre de embarazo, el 50 por ciento (115) fueron primigestas y el 48 por ciento (109) estuvieron en el segundo trimestre de embarazo.

Al aplicar la X^2 a estas variables sólo se encontró asociación entre la religión y el CPN con una significancia estadística de $p < .01$ y una V de Cramer de .3159 es decir una magnitud de relación moderada como se ilustra en la continuación de la Tabla 1:

Continuación TABLA 1
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
RELACIONADAS AL CPN
 Apodaca, N.L., 1995

n=230

CARACTERISTI CAS	SI CPN	NO CPN	TOTAL	N.S. X^2
RELIGION				$p < .01$
Si	48%	16%	64%	
No	16%	20%	46%	
TIPO SERV SAL				$p < .0001$
Ninguno	14%	30%	44%	
IMSS	32%	5%	37%	
SSA	13%	1%	14%	
DIF	3%		3%	
Privado	2%		2%	
PARIDAD				NS*
Primipara	31%	19%	50%	
Multipara	33%	17%	50%	
MES EMB.				NS
1er. trim	16%	9%	25%	
2do. trim	27%	21%	48%	
3er. trim	21%	6%	27%	

Fuente: Aplicación de ECCP, 1995.

El segundo indicador del cuidado prenatal, cuidados realizados durante el embarazo, se asoció de manera significativa con la escolaridad ($p < .05$, .2204). Encontrando que el 34 por ciento (79) de las embarazadas que tuvieron estudios menores a la primaria realizaron algún cuidado y de las que refirieron tener escolaridad por arriba a este nivel buscaron más las recomendaciones del personal de salud, como se muestra en la Tabla siguiente:

TABLA 2
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
RELACIONADAS AL CUIDADO EN EL EMBARAZO

Apodaca, N.L., 1995

n=230

CARACTERISTICAS	CUID GRAL	REC ENF	REC MED	REC FAM	NADA	NO CONT	TOTAL	SIGNIFICANCIA X ²
ESCOLARIDAD								P<.05
< Prim.	34%	1%	2%	1%	8%	6%	52%	
>Prim.	27%	3%	1%	2%	8%	7%	48%	
ESTADO CIVIL								P<.01
C/pareja	50%	2%	3%	1%	13%	11%	80%	
S/pareja	11%	2%		1%	3%	3%	20%	

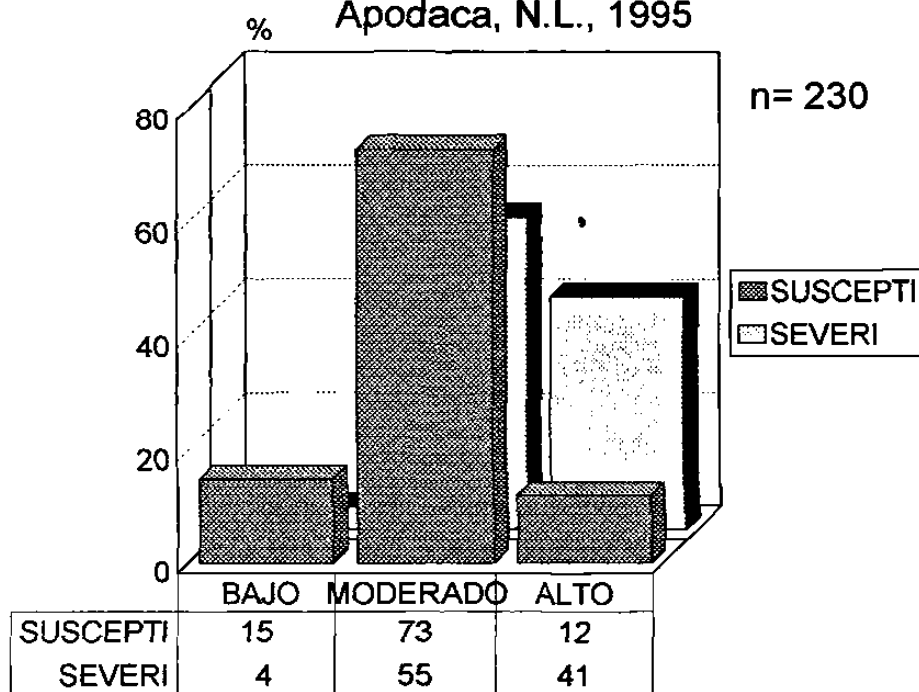
Fuente: Aplicación de ECCP,1995

En la Tabla anterior, también se puede observar que otro dato demográfico que se relacionó a los cuidados fue el estado civil con una $p < .01$, y una V de Cramer de .19224, lo que puede indicar que las embarazadas que refirieron tener pareja realizaron algún cuidado prenatal, representadas por el 50 por ciento (115) del total.

El resto de las variables sociodemográficas no se asociaron a los cuidados durante el embarazo.

Como ya se mencionó en capítulos anteriores, las variables del MCS, se dividieron en niveles bajo, moderado y alto de acuerdo al puntaje obtenido en las subescalas correspondientes. Es así como para la susceptibilidad percibida el 73 por ciento (168) de las embarazadas tuvieron nivel moderado (Ver Figura 2). En este nivel 92 embarazadas se percibieron susceptibles a la salud de su bebé y a los efectos que pudiera ocasionar el tabaco o el alcohol.

FIGURA 2
NIVELES DE SUSCEPTIBILIDAD Y SEVERIDAD
PERCIBIDA RESPECTO AL CUIDADO PRENATAL DE
LAS EMBARAZADAS
 Apodaca, N.L., 1995

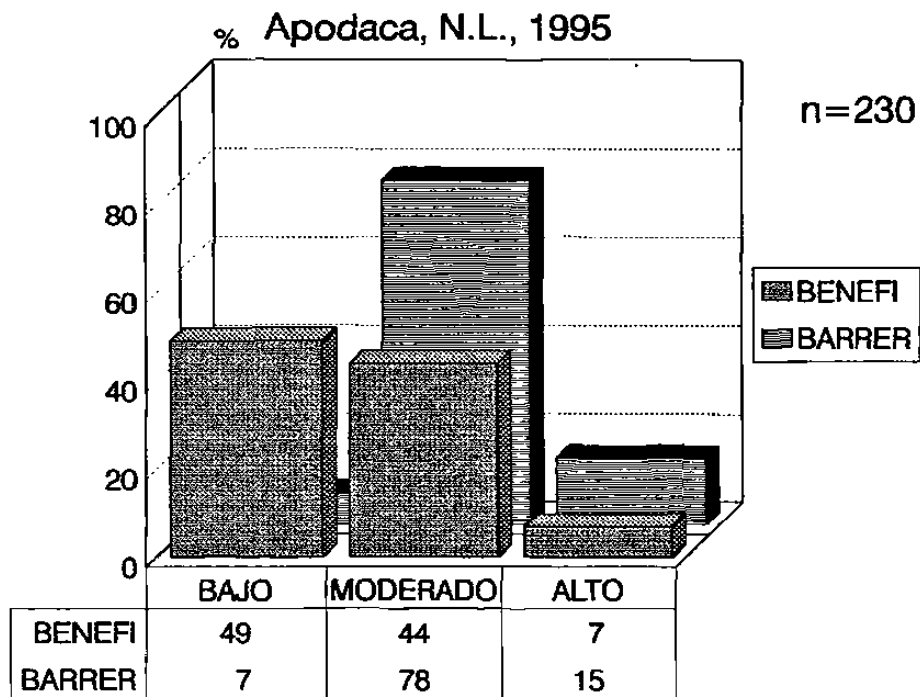


Fuente: Aplicación de ECCP, 1995.

Para la severidad percibida un 55 por ciento de las embarazadas (126) estuvo en nivel moderado y en un 41 por ciento alto (Ver Figura anterior). Al respecto 69 de estas embarazadas percibieron la severidad hacia el aborto y a las alteraciones del crecimiento del bebé.

Respecto a los beneficios percibidos, el 49 por ciento (112) de las embarazadas estuvieron en el nivel bajo (Ver Figura 3). Cabe destacar que 92 de ellas, no percibieron los beneficios de la información proporcionada en los servicios de salud, así como la importancia de las pláticas que brinda enfermería para el cambio de algunos hábitos nocivos en este periodo.

FIGURA 3
NIVELES DE BENEFICIOS Y BARRERAS RESPECTO AL CUIDADO PRENATAL DE LAS EMBARAZADAS



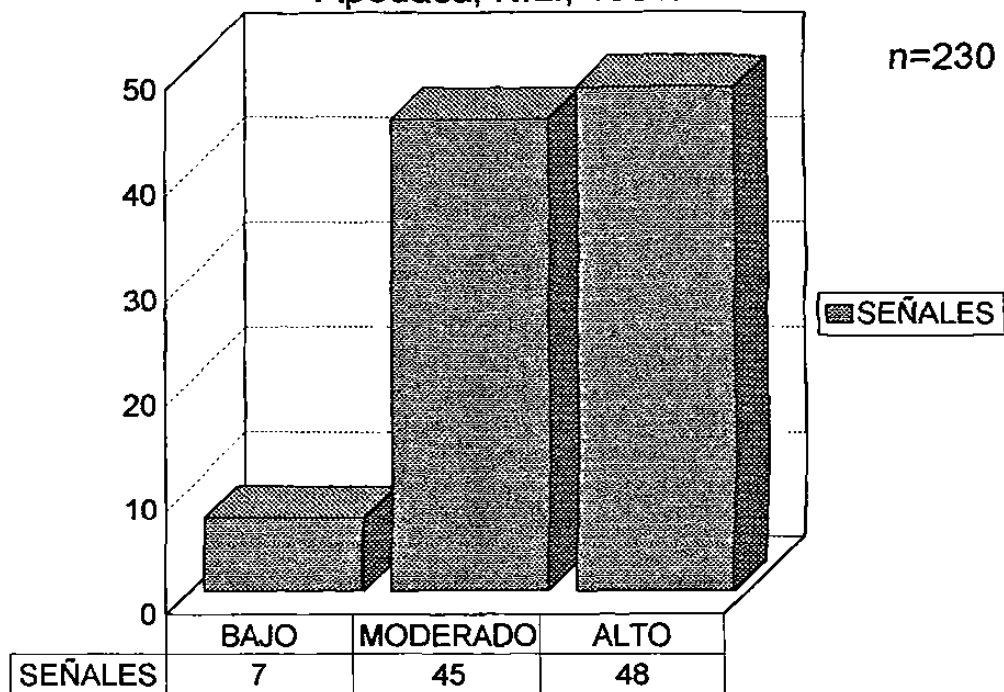
Fuente: Aplicación de ECCP, 1995.

En relación a las barreras percibidas, también se puede observar que el 78 por ciento (179) estuvo en el nivel moderado. Dentro de las barreras que más se percibieron están los costos, horario de consulta y el transporte, referidas por 69 de las participantes.

En la variable señales para la acción, el mayor porcentaje estuvo en el nivel alto con un 48 por ciento (111) (Ver Figura 4). Es importante señalar que 81 embarazadas percibieron que su pareja le anima a acudir al CPN, 147 creen

que la madre o la suegra le brindan consejos y cuidados en este periodo, y 150 creen que la información que brindan las enfermeras les podría ayudar en su embarazo.

FIGURA 4
NIVELES DE SEÑALES PARA LA ACCION PERCIBIDAS
POR LAS EMBARAZADAS
 Apodaca, N.L., 1995.



Fuente: Aplicación de ECCP, 1995.

Cabe destacar, que las embarazadas no perciben como un beneficio el acudir a las platicas educativas de enfermería, más bien como una opción informativa en señales para la acción.

4. 2. Comprobación de las Hipótesis de Investigación.

Como se citó en párrafos anteriores, para la comprobación de las hipótesis

se aplicó la Chi-Cuadrada (X^2) para conocer la dependencia entre las variables y la V de Cramer para determinar la magnitud de dicha relación. En la Tabla 3 se muestran los resultados de la Hipótesis No.1.

TABLA 3
DISTRIBUCION DE CHI-CUADRADA (X^2) PARA LA
SUSCEPTIBILIDAD Y SEVERIDAD PERCIBIDA
ASOCIADAS AL CUIDADO PRENATAL

Apodaca, N.L., 1995

PERCEPCION IND	gl	X^2 Teórica	X^2 Calculada	p <.05	V Cramer
Susceptibilidad /CPN	14	23. 6800	17. 9219	. 2104	. 2791
Susceptibilidad /Cuidados	14	23. 6800	81. 505	. 0500	. 3662
Severidad/CP N	13	22. 3600	6. 7719	. 9135	. 1715
Severidad/Cuidados	12	21. 0260	83. 1925	. 0002	. 4159

Fuente: Análisis estadístico de la ECCP a través del SPSS/PC, 1995

Como se puede observar, el Control Prenatal no se asoció ni con la susceptibilidad ni con la severidad percibida ($p >.05$). Mientras que los Cuidados realizados durante el embarazo se asociaron significativamente ($p <.05$) y con un valor de Cramer's V que indica relación moderada (. 3662 y .4159), aquí es importante señalar que la percepción individual de la mujer embarazada puede determinar el que ella realice los cuidados durante este periodo.

En la Tabla 4, se ilustran los datos del análisis estadístico de la Hipótesis No. 2 de esta investigación. Los beneficios no se asociaron con acudir o no al CPN, ($p >.05$) pero sí con los cuidados que la embarazada realiza durante este periodo ($p <.05$), lo cual muestra una relación moderada de .3338.

TABLA 4
DISTRIBUCION DE X² PARA LAS BARRERAS Y BENEFICIOS
PERCIBIDOS ASOCIADOS AL CUIDADO PRENATAL

Apodaca, N.L., 1995.

PROBAB.ACCI ON	gl	X ² Teórica	X ² Calculada	p <.05	V de Cramer
Beneficios/ CPN	2	5. 991	1. 9961	. 3886	. 0931
Beneficios/ Cuidados	10	18. 307	32. 972	. 005	. 3338
Barreras / CPN	2	5. 991	. 80291	. 6693	. 0590
Barreras/ Cuidados	12	31. 410	83. 1925	. 0085	. 3296

Fuente: Análisis Estadístico de la ECCP, a través del SPSS/PC, 1995.

Por otra parte, las barreras también sólo se asociaron con los cuidados ($p < .0085$) en un nivel de relación moderado (. 3296) . Es posible inferir que la decisión de acudir a CPN, no necesariamente significa que la embarazada realizará los cuidados porque percibe beneficios, sino que los cuidados que realiza pueden depender de qué tan benéficos u obstaculizantes sean dichos cuidados.

En la Hipótesis No.3 se asociaron las variables señales para la acción y el cuidado prenatal, encontrando una situación estadística similar a la de las hipótesis anteriores, es decir, el indicador cuidados realizados en el embarazo se ve influenciado por las señales para la acción ($p < .05$), no así el acudir a CPN.

Cabe destacar que al confrontar las variables CPN y cuidados realizados, se asociaron significativamente $p < .0010$, en un nivel de relación moderado

(.2990). Con lo que se evidencia que las embarazadas que acuden a CPN son las que realizan más de un cuidado, pero no por recomendación del personal de salud.

4.3. Correlación de las Variables del Modelo de Creencias de Salud (MCS)

Se aplicó la correlación de Pearson (r) para analizar las relaciones entre las variables del MCS y se constató que este modelo continua siendo multivariado. En la Tabla 5 se observan los resultados de la correlación en donde la variable susceptibilidad se relacionó con la severidad, beneficios y señales para la acción, más no con las barreras.

TABLA 5
COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON (r) PARA
LAS VARIABLES DEL MCS

Apodaca, N.L., 1995

VARIABLES	SUSCEPTIBILIDAD	SEVERIDAD	BENEFICIOS	BARRERAS	SEÑALES
SUSCEPTIBILIDAD	1.0000	0.46630***	0.26031***	0.04218	0.35781***
SEVERIDAD		1.0000	0.33062***	0.0006	0.33488***
BENEFICIOS			1.0000	0.0580	0.32995
BARRERAS				1.0000	0.07383
SEÑALES					1.0000

Fuente: Análisis Estadístico a través del SPSS/PC. $p < .01$ *, $p < .001$ **, $p < .0001$ ***

Por otro lado la severidad percibida se relacionó con susceptibilidad, beneficios y señales para la acción. Los beneficios se asociaron fuertemente con las señales y esta última se asoció con todas las variables menos con

barreras. Todo parece indicar que la variable barreras percibidas es independiente de las demás y que requiere de un mayor estudio o de la búsqueda de barreras personales de la embarazada y no del programa en sí.

A pesar de que no era la intención validar el instrumento, se aplicó una prueba de confiabilidad de Cronbach para determinar la consistencia interna del mismo, encontrando que para los 28 ítems que constituyeron la Escala el alfa fue de .7433. Con una significancia entre las mediciones de $p < .0001$. Es importante destacar que esta confiabilidad es una base para que en estudios futuros se aplique este instrumento y se mida su consistencia interna.

CAPITULO 5

DISCUSION

5.1. Interpretación

En este estudio se establecieron tres hipótesis a partir de los constructos del Modelo de Creencias de Salud (MCS) y se asociaron con el cuidado prenatal (acudir a CPN y cuidados realizados en el embarazo). Como primer punto se encontró que la susceptibilidad y la severidad percibida se asociaron al cuidado realizado en el embarazo pero no con el acudir a CPN, hallazgo que apoya lo referido por Bluestein & Rutledge (1993) respecto a que el reconocimiento y retraso de la búsqueda de cuidado prenatal dependen del nivel de severidad y susceptibilidad que perciba la embarazada.

Así, en el presente estudio se encontró un nivel moderado tanto en susceptibilidad como en severidad, y el grupo de embarazadas en este nivel fue el que manifestó llevar a cabo llevar algún cuidado en su embarazo. También concuerda con lo mostrado por Tiedje & Cols. (1992), que al medir susceptibilidad y severidad en la embarazada, siempre habrá una unión entre estas variables, ya que parece que no hay una discriminación mental entre el ser vulnerable y el como le pueden afectar las consecuencias o riesgos.

Es decir, en la mujer embarazada la percepción de que existe el fenómeno de embarazo, va unido con el grado de su efecto en ella y su bebé.

En la Hipótesis 2, se asociaron los beneficios / barreras percibidos con el cuidado prenatal y se encontró que los beneficios fueron percibidos desde un nivel bajo a un nivel moderado, mientras que las barreras se percibieron en un nivel moderado. Al asociarlas con la variable dependiente, se obtuvo significancia estadística sólo con la realización de cuidados. Dato congruente con Bluestein & Rutledge (1993) cuando mencionan que los beneficios pueden estar determinados por las acciones personales, por la ayuda de profesionales de salud y por el asesoramiento recibido, no por un solo factor o elemento.

En este estudio los beneficios percibidos se ubicaron en un nivel bajo, probablemente por las características de educación, estrato social o conocimientos de las embarazadas estudiadas. Inferencia, que concuerda con Stone (1993) quien en su estudio encontró que a pesar de controlar la barrera financiera, tanto la percepción de los beneficios como de las barreras se afectan por la pobreza.

En el presente estudio la barrera que se reportó con mayor frecuencia fue la experiencia de haber tenido más hijos y la ambivalencia en el cuidado prenatal, la ambivalencia no en el sentido puramente psicológico, más bien en la forma en que las participantes contestaron las preguntas sobre cuidados y la calificación obtenida en la escala. En estos datos existió incongruencia ya que reportaban acudir al Control Prenatal y en la escala obtenían un nivel bajo. Esta última barrera también concuerda con los hallazgos de Joyce & Cols., (1983) y York, et al. (1993) en donde reportan que una de las barreras es la ambivalencia hacia el CPN, ubicándola como barrera interna o materna.

En esta investigación también se puede inferir que las señales para la acción se percibieron en un nivel alto y se asociaron a los cuidados durante el

embarazo referidos por las participantes del estudio. Las señales que tuvieron una mayor frecuencia fueron la pareja y las recomendaciones de la madre o suegra. Al respecto Alcalay, (1993) y Aaronson, (1989) coinciden en señalar que los familiares así como la pareja pueden ser fuertes motivadores en el cuidado prenatal ($p < .001$).

En relación a los factores modificadores en este estudio se encontró una asociación significativa entre el estado civil, y religión con el CPN; y la escolaridad y el estado civil con los cuidados realizados en el embarazo. Datos que difieren a lo reportado por Torrado, (1988) quien señala que la educación no esta asociada al cuidado prenatal.

Otro hallazgo de este estudio fue que la edad, multiparidad, y la ocupación no se asocian al cuidado prenatal ($p > .05$), mientras que Alcalay, (1993), Joyce, K. & Cols. (1983) y Rodríguez, & Cols., (1991) evidencian en sus resultados que la edad, y la multiparidad son determinantes en la búsqueda de información y seguimiento de recomendaciones en el cuidado prenatal.

Finalmente, al correlacionar las variables del MCS, las barreras percibidas no mostraron relación con el resto de las variables, dato similar al reportado por Tiedje, & Cols., (1992) en donde señalan que las barreras actúan de manera independiente de la susceptibilidad, severidad y beneficios, concluyendo que las barreras muestran multidimensionalidad, que aunque no se relaciona a las otras variables es un factor de peso en la planeación de las intervenciones para la mujer embarazada.

5.2. Conclusiones

Despuès de analizar los hallazgos del presente estudio se concluye:

1. Los cuidados prenatales que refirió realizar la embarazada, están asociados a la susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y señales para la acción, no así el acudir a Control Prenatal.

2. Las creencias percibidas hacia el cuidado prenatal que tuvieron las respondentes, permiten identificar que muchas de ellas percibieron los beneficios en un nivel bajo. Esto asociado a las platicas e información que se les ofrecen en la comunidad, lo que exige mayor efectividad y garantía del cumplimiento del propósito de los programas prenatales.

3. La enseñanza del cuidado prenatal a las embarazadas no garantiza su cuidado, más sin embargo, si se fundamenta en las creencias acerca de los cuidados en el embarazo, favorecerá un cambio en las estrategias de intervención educativa, sobre todo por considerar aspectos cualitativos de esta población.

4. El apoyo que recibe la embarazada de su entorno familiar (*pareja, madre, suegra*) es importante en el seguimiento de los cuidados prenatales, lo cual indica que es ideal integrarlos a los programas enfocados a esta población para conocer su efecto más de cerca.

5. El MCS, permitió diferenciar la naturaleza del cuidado prenatal (acudir a CPN y cuidados realizados en el embarazo), no obstante la variable barreras percibidas debe ser más investigada.

5.3. Recomendaciones

Se recomienda:

* Hacer una replica de esta investigación con el propósito de validar la Escala de Creencias de Cuidado Prenatal en poblaciones con características similares.

* La utilización de los resultados de este estudio para establecer metas concretas en atención a la mujer, en este caso durante el embarazo, parto y maternidad; considerando además su estilo de vida y su contexto ambiental (macro y micro).

* Fundamentarse en este tipo de estudios, no para diseñar o utilizar modelos teóricos nuevos o ya establecidos, sino para enriquecer las teorías de enfermería a través del desarrollo de la investigación cualitativa fundamental para el avance de la disciplina.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alcalay, R., Ghee, A., & Scrimshaw, S., (1993). Designing Prenatal Care Messages for Low Income Mexican Women Public Health Reports 108 (3), 353-362.
- Alarcon, N. (1993). Salud Reproductiva Rev. Med. IMSS 31, 47-62
- Aaronson, N. (1989). Perceived and Received Support: Effects on Health Behavior During Pregnancy Nursing Research 38(1).p.p. 4-8.
- Becker, M. H., Drachman, R.H., & Kirsch, J. (1974). A New approach to explaining sick-rol behavior in low income populaions American Journal Public Health 64(3), 205-216.
- Bernstein, I., & Keitch, J. (1991). Reexamination of Eisen, Zellman and McAlister Health Belief Model Questionnaire Health Education Quarterly 19(4), 481-493.
- Bluestein, D. & Rutledge, C (1993) Psychosocial Determinants of Late Prenatal Care: The Health Belief Model Fam Med 25:269-272
- Bobadilla, J.L., (1988). Los Efectos de la Atención Médica en la sobrevivencia Perinatal Salud Pública Mex. 30(3), 416-431.
- Brown, N., Muhlenkamp, A., Fox, L., & Osborn, M. (1983). The Relationship Among Health Belief, Health Values, and Health Promotion Activity Western Journal of Nur Research 5(2), 155-163.
- Castañeda, C., (1992). Embarazo, Parto y Puerperio: Conceptos y Prácticas de las Parteras en el Estado de Morelos Salud Pública Mex 34(5), 528-532.
- Comerford, F.M., Andersen, F., Damus, K., & Merkatz, I., (1993), Are there differences in information given to private and public prenatal patients? American Journal Obstetric-Gynecology 169(1), 155-160.
- Diario Oficial de la Federación (1993). Norma Oficial Mexicana de Emergencia: Atención a la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién Nacido Sábado 23 de Oct., 92-109
- Diario Oficial de la Federación (1995) Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, Mayo de 1995.

- Ibañez Brambila, B., (1990). Manual para la Elaboración de Tesis México: Trillas.
- Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (INEGI) (1993). Mortalidad por Causa. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales, Aguascalientes, Ags.
- Joyce, K., Diffenbacher, G. Greene, J. & Sorakin, Y. (1993) Internal and External Barriers to Obtaining Prenatal Care Social Work in HealthCare 9(2) 89-96.
- Kieffer, E., Alexander, G., & Mor, J., (1992) Area Level Predictors Use of Prenatal Care in Diverse Populations Public Health Reports 107(6), 653-658.
- Kroeger, A., & Luna, R., (1992). Atención Primaria de Salud (2a. edición) México: OPS/Pax.
- Langer, A., Bobadilla, J.L., Bronfman, M., & Avila, H., (1988).El apoyo psicosocial durante el periodo perinatal Salud Pública Mex 30(1), 81-87.
- Mikhail, B., (1981). The Health Belief Model: A review and critical Evaluation of Model, Research and Practice Adv Nurs Sci 4(1), 65-82.
- Millio, N. (1992) Stirring the Social Pot Jona 22(2) 24-29.
- Moysen, J.S., & Ruiz, A.R., (1991) Prevalencia de Bajo Peso al Nacer y Factores de Riesgo Asociados[Sumario] U.A.N.L.(eds.) Memorias del IX Encuentro de Investigación Biomédica (p.171), Monterrey, N.L.
- Mullen, P, Hersey, J. & Iverson, D. C. (1990) Health Behavior Models Compared
- Nemcek, M.A. (1990) Health Beliefs and Preventive Behavior AAOHN Journal 38(3) 127-136.
- Polit, D., & Hungler, B., (1994) Investigación Científica en Ciencias de la Salud (4ta.edición)México: Interamericana.
- Organización Panamericana de Salud (OPS) (1986) Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Maternoinfantil. Serie Paltex No.7 p.p. 149-169.
- Porter, A. (1989) Health beliefs and Health Practices of Pregnant Women JOGNN May-June p.p. 245-247.
- Potter, J.E., (1988). Utilización de los Servicios de Salud Materna en el México Rural Salud Pública Mex 30(3), 387-402.
- Price,C., (1991). Lo que conocemos acerca de la salud de madres y niños a lo largo de la Frontera México-Estados Unidos Salud Fronteriza 7(4), 56-65.

- Programa Nacional de Salud, (1990-1994). Programa de Atención Materno-Infantil, México, D.F.
- Proyecto UNI, Primer Nivel de Atención (1994) Metas en programas de Detección, Sanos y Crónicos.
- Reis, J., Mills-Thomas, B., Robinson, D., & Anderson, V., (1992). An Inner-City Community's Perspective on Infant Mortality and Prenatal Care Public Health Nursing 9(4), 248-256.
- Rinehart, W., (ed) (1988). *Protegiendo la Vida de las Madres: la salud materna en la comunidad* Population Reports (7).
- Rodriguez, A., Angulo, V.J., Vargas, G., Martinez, A.E. & Corona, A.J., (1991) Mortalidad Materna en el Hospital de Ginecología del Centro Médico de Occidente, IMSS: Revisión de 5 años Ginec Obst Mex 59, 269-273.
- Rodríguez, R., McFarlane, J., Mahon, J. & Fehir, J., (1994). De Madres a Madres: programa comunitario para un mayor acceso a la atención prenatal Bol Of Sanit Panam 116(1), 82-87.
- Rosenstock, I., (1974). Historical Origins of Health Belief Model Health Education Monographs 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I., (). Health Belief Model and Health Preventive Behavior.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M.H., (1988) Social Learning Theory and Health Belief Model Health Education Quarterly 15(2), 175-183.
- Ruiz, A.R., Moysen, J.S. & Ontiveros, R.M., (1992). Salud Reproductiva en el Municipio de Durango, U.A.N.L. (eds.) Memorias del X Encuentro de Investigación Biomédica (p.176) Monterrey N.L.
- Santos, M., Chavarria, I.m & Bosques, F.J., (1991). Morbi-Mortalidad Materno Infantil en la Mujer Embarazada Diabética [Sumario] U.A.N.L. (eds.) Memorias del IX Encuentro de Investigación Biomédica (p.48) Monterrey, N.L.
- Secretaría Estatal de Salud, (1987) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- Smith, L., (1992) Roles, Risks and responsibilities in maternity care: Trainees' beliefs and the effects of practice obstetric training BMJ 304, 1613-1615.
- Stone, C. (1993) Commentary on Obstacles to Prenatal Care following Nursing Scan in Research 6(4) 11-17.

- Tiedje, L.B., Kingry, M.J. & Stommel, M., (1992). Patient Attitudes Concerning Health Behaviors during pregnancy: Initial Development of a Questionnaire Health Education Quarterly 19(4), 481-493.
- Torrado, A.S., (1988) Perspectivas de la Salud Materna y Neonatal en Portugal Salud Pública Mex 30(5), 700-713.
- Viegas, O.A., Wiknsosatiro, G., Sahagun, G.H., Chaturachinda, K., & Ratnam, S.S., (1992). Maternidad sin Riesgo Foro Mundial de la Salud 13(1), 58-64.
- York, R. Williams, P., & Hazard, B. (1993) Maternal Factors that Influence Inadequate Prenatal Care Public Health Nursing 10(4) p. 241-244.

APENDICES

APENDICE A

ESCALA DE CREENCIAS SOBRE CUIDADO PRENATAL

8. Cuántos meses de embarazo tiene? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 —

9. Acude Usted a control de su embarazo? —

1. Si

2. No

10. Si en la pregunta anterior contesto afirmativamente, quièn le proporciona ese control? —

11. Què cuidados realiza Usted durante su embarazo? —

12. Què le preocupa de su embarazo? —

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes frases y encierre en un **O** la respuesta que haya seleccionado.

Las respuestas que Usted puede elegir son:

TA Totalmente de Acuerdo

A De acuerdo

D En desacuerdo

TD Totalmente en desacuerdo

	<u>TA</u>	<u>A</u>	<u>D</u>	<u>TD</u>
13. Creo que mi bebè estarà sano si acudo a la atención de mi embarazo.	TA	A	D	TD
14. Si ingiero bebidas alcohólicas mi bebè no las toma.	TA	A	D	TD
15. Si fumo durante mi embarazo, a mi bebè no le pasa nada	TA	A	D	TD
16. Si mi alimentación no incluye verduras, frutas, carne y leche, se pueden presentar problemas que afecten mi salud y la de mi bebè.	TA	A	D	TD
17. Creo que mi embarazo ha sido normal.	TA	A	D	TD
18. Puedo tener algun contratiempo en mi embarazo, si no cambio mis actividades en el hogar.	TA	A	D	TD
19. Creo que si mi vientre (panza) no crece, es señal de que mi bebè no se esta desarrollando.	TA	A	D	TD
20. Creo que el embarazo es algo normal en cada mujer.	TA	A	D	TD
21. Si mi bebè deja de moverse, puede estar enfermo.	TA	A	D	TD
22. Creo que todos los meses de mi embarazo tienen los mismos peligros	TA	A	D	TD
23. Si no me alimento bien, puedo desarrollar anemia o mi bebè puede nacer antes de tiempo.	TA	A	D	TD

24. Cuando acudo a la atención de mi embarazo puedo recibir información acerca del cambio en mi cuerpo y el desarrollo de mi bebe.	TA	A	D	TD
25. Cuando recibo platicas o charlas sobre embarazo puedo conocer si tengo algun problema que afecte mi embarazo.	TA	A	D	TD
26. La atención de mi embarazo me ayuda a conocer experiencias de otras mujeres embarazadas.	TA	A	D	TD
27. Si mi alimentación, ropa, calzado, y ejercicio no son adecuados, pueden cambiar si voy a las platicas sobre embarazo.	TA	A	D	TD
28. La atención del embarazo requiere de muchos gastos.	TA	A	D	TD
29. En ocasiones el horario de consulta no me permite acudir a las citas.	TA	A	D	TD
30. Los servicios de salud están retirados de mi casa.	TA	A	D	TD
31. Me da vergüenza que me revise un mèdico.	TA	A	D	TD
32. Creo que si una mujer ha tenido varios hijos, ya conoce como cuidar su embarazo.	TA	A	D	TD
33. Si no voy a la atención de mi embarazo, ni mi bebè ni yo tendremos problemas.	TA	A	D	TD
34. Creo que debo ir a la clínica u hospital hasta que presente los dolores de parto.	TA	A	D	TD
35. Mi pareja me anima a asistir a la atención de mi embarazo.	TA	A	D	TD
36. La orientación que brindan las enfermeras me ayuda a cuidar mi embarazo.	TA	A	D	TD
37. Creo que la familia debe apoyarme durante el embarazo.	TA	A	D	TD
38. Durante el embarazo debo buscar información que me ayude a cuidarme (televisión, radio, revistas, periodico).	TA	A	D	TD

39. Mi madre o mi suegra me brindan consejos y cuidados durante el embarazo.

TA A D TD

40. Mi pareja no me deja ir sola a la atención de mi embarazo.

TA A D TD

APENDICE B
INSTRUCTIVO DE CODIFICACION

APENDICE B INSTRUCTIVO DE CODIFICACION

DATA LIST FILE = 'LAU.DAT'

V1 1-3 V2 5-6 V3 8-9 V4 11 V5 13 V6 15 V7 17 V8 19 V9 21 V10 23 V11 25
V12 27 V13 29 V14 31 V15 33 V16 35 V17 37 V18 39 V19 41 V20 43 V21 45
V22 47 V23 49 V24 51 V25 53 V26 55 V27 57 V28 59 V29 61 V30 63 V31 65
V32 67 V33 69 V34 71 V35 73 V36 75 V37 77 V38 79 V39 81 V40 83 V41 85
V42 87-88 V43 90-91 V44 93-94 V45 96-97 V46 99-100 V47 102 V48 104 V49 106
V50 108 V51 110 V52 112 V53 114 V54 116 V55 118 V56 120 V57 122 V58 124
V59 126.

VARIABLE LABELS

V1 'NUM CUEST'
V2 'EDAD'
V3 'ESCOLARIDAD'
V4 'RELIGION'
V5 'TIPO DE RELIGION'
V6 'OCUPACION'
V7 'ESTADO CIVIL'
V8 'CUENTA CON SERV SAL'
V9 'TIPO DE SERV SAL'
V10 'ES PRIMER EMBARAZO'
V11 'MESES DE EMBARAZO'
V12 'ACUDE A CONTROL'
V13 'QUIEN LA ATIENDE'
V14 'ITEM 13'
V15 'ITEM 14'
V16 'ITEM 15'
V17 'ITEM 16'
V18 'ITEM 17'
V19 'ITEM 18'
V20 'ITEM 19'
V21 'ITEM 20'
V22 'ITEM 21'
V23 'ITEM 22'
V24 'ITEM 23'
V25 'ITEM 24'
V26 'ITEM 25'
V27 'ITEM 26'
V28 'ITEM 27'
V29 'ITEM 28'
V30 'ITEM 29'
V31 'ITEM 30'
V32 'ITEM 31'
V33 'ITEM 32'
V34 'ITEM 33'
V35 'ITEM 34'
V36 'ITEM 35'
V37 'ITEM 36'
V38 'ITEM 37'
V39 'ITEM 38'
V40 'ITEM 39'
V41 'ITEM 40'
V42 'SUM SUSCEP PER'
V43 'SUM SEVER PER'
V44 'SUM BENE PER'

V45 'SUM BARRER PER'
V46 'SUM SEÑA ACC'
V47 'NIVEL SUSCEP'
V48 'NIVEL SEVER'
V49 'NIVEL BENEF'
V50 'NIVEL BARRER'
V51 'NIVEL SEÑAL ACC'
V52 'CUIDADOS EMBARAZO'
V53 'QUE PREOCUPA EMBARAZO'
V54 'ESUSCE'
V55 'ESEVERI'
V56 'EBENEFI'
V57 'EBARRER'
V58 'ESENALE'
V59 'ETOTALC'.

VALUE LABELS

V3 1'NO SABE LYE' 2'SABE LYE' 3'PRIMCOM' 4'PRIMINC' 5'SECCOM' 6'SECINC'
7'PREPCOM' 8'PREPINC' 9'TEC' 10'PROFES'
V4 1'SI' 0'NO'
V5 0'NINGUNA' 1'CATOLICA' 2'CRISTIANA' 3'BAUTISTA' 4'MORMONA' 5'TESJ'
V6 1'AMA DE CASA' 2'TRABAJA'
V7 1'CASADA' 2'UNION LIBRE' 3'DIVORCIADA' 4'SEPARADA' 5'VIUDA' 6'MSOL'
V8 1'SI' 0'NO'
V9 0'NINGUNO' 1'SEGSOC' 2'SSA' 3'DIF' 4'PRIVADO'
V10 1'SI' 0'NO'
V12 1'SI' 0'NO'
V13 0'NINGUNO' 1'MEDICO' 2'ENFERMERA' 3'TRABSOC'
V14 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V15 1'TOTAL DE ACUERD' 2'DE ACUER' 3'EN DESA' 4'TOT EN DES'
V16 1'TOTAL DE ACUERD' 2'DE ACUER' 3'EN DESA' 4'TOT EN DES'
V17 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V18 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V19 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V20 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V21 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V22 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V23 1'TOTAL DE ACUERD' 2'DE ACUER' 3'EN DESA' 4'TOT EN DES'
V24 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V25 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V26 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V27 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V28 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V29 1'TOTAL DE ACUER' 2'DE ACUER' 3'EN DESA' 4'TOT EN DES'
V30 1'TOTAL DE ACUER' 2'DE ACUER' 3'EN DESA' 4'TOT EN DES'
V31 1'TOTAL DE ACUER' 2'DE ACUER' 3'EN DESA' 4'TOT EN DES'
V32 1'TOTAL DE ACUER' 2'DE ACUER' 3'EN DESA' 4'TOT EN DES'
V33 1'TOTAL DE ACUER' 2'DE ACUER' 3'EN DESA' 4'TOT EN DES'
V34 1'TOTAL DE ACUER' 2'DE ACUER' 3'EN DESA' 4'TOT EN DES'
V35 1'TOTAL DE ACUER' 2'DE ACUER' 3'EN DESA' 4'TOT EN DES'
V36 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V37 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V38 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V39 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V40 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V41 1'TOT EN DES' 2'EN DESA' 3'DE ACUER' 4'TOTAL DE ACUER'
V47 1'SUSC BAJA' 2'SUSC MOD' 3'SUSC ALTA'
V48 1'SEVE BAJA' 2'SEVE MOD' 3'SEVE ALTA'
V49 1'BENE BAJO' 2'BENE MOD' 3'BENE ALTO'
V50 1'BARR ALTA' 2'BARR MOD' 3'BARR ALTA'

**/V51 1'SEÑA ALTA' 2'SEÑA MOD' 3'SEÑA ALTA'
/V52 1'CUID GRAL' 2'CONSE ENF' 3'CONSE MED' 4'CONSE FAM' 5'NADA' 6'NC'
/V53 1'PARTO' 2'CREC/MALF' 3'COMPLI' 4'ASP ECON' 5'NADA' 6'NC'.
/V54 0'-13' 1'+13'
/V55 0'-16' 1'+16'
/V56 0'-10' 1'+10'
/V57 0'-17' 1'+17'
/V58 0'-16' 1'+16'
/V59 0'-72' 1'+72'.**

□

APENDICE C

**RELACION DE AGEB, COLONIAS Y NUMERO DE
MANZANAS ENCUESTADAS**

APENDICE C

RELACION DE NUMERO DE AGEB, COLONIA Y NUMERO DE MANZANAS ENCUESTADAS

NUM. DE AGEB	COLONIA	NUM. MANZANAS
13.6	Empresas	1
17.4	Empresas	2
22.5	Ejido	11
24.4	La fe	10
27.8	La Encarnación	3
32.9	Roberto espinoza	21
33.3	Lomas del Pedregal	8
34.8	Nueva Mixcoac	3
36.7	Nueva Mixcoac	3
38.6	Nuevo Amanecer	12
39.0	Nuevo Amanecer	17
42.2	Pueblo Nuevo	28
43.7	Pueblo Nuevo	20
46.0	La Noria	12
47.5	La Noria	19
54.5	Los fresnos	26
56.4	Pueblo Nuevo	13
57.9	Pueblo Nuevo	6
68.7	Centro Apodaca	3
71.9	Cieneguitas	15
69.1	Cieneguitas	2

21 Ageb

235 manzanas

n= 230 mujeres captadas para estudio.

APENDICE D
SOLICITUD DE AUTORIZACION



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO
AV. GONZALITOS 1500 COL. MITRAS CENTRO
TEL. 348-18-47 FAX (8) 333-41-90
64460 MONTERREY, N. L., MEXICO



OFICIO NUM.

EXP.

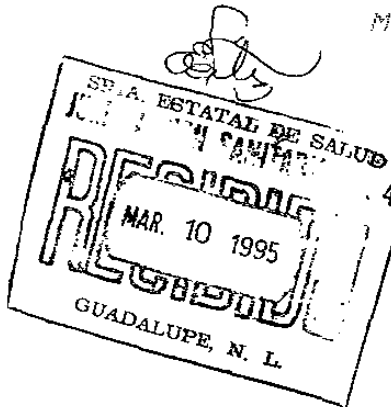
DRA. GENOVEVA HINOJOSA GARZA
Jefa de la Jurisdicción No. 4
Presente.-

Estimada Dra. Hinojosa:

Por este conducto, estoy solicitando su anuencia para que la Lic. Ana Laura Quintero Crispín, quien es alumna de la Maestría en Enfermería y trabaja en su proyecto de tesis, aplique el cuestionario "Creencias de la Mujer Embarazada Relacionadas a las Medidas Preventivas" en mujeres embarazadas de las colonias: El Milagro, La Encarnación, Roberto Espinoza, Lomas del Peñregal, Nuevo Amanecer, Pueblo Nuevo, La Noria, Fresnos, Padilla y Prados de la Cieneguilla, todas pertenecientes al municipio de Apodaca y por lo tanto a la jurisdicción No. 4.

La Lic. Quintero actualmente trabaja en su proyecto de tesis, por lo que el contar con su permiso para la aplicación del instrumento, facilitará el avance en el trabajo. No dudando del apoyo que siempre nos ha brindado, agradezco su disposición de facilitar el trabajo de enfermería.

Atentamente,
"ALERE FLAMMAM VERITATIS"
Monterrey, N.L. a 28 de febrero de 1995



Ma Del Refugio Durales
D.C. MA. DEL REFUGIO DURAN LOPEZ, OFICINA DE INVESTIGACION
Sub-Secretario de Investigación

c.c.p.- Dra. Dalia Esquivel, Jefe de Enseñanza e Investigación.

APENDICE E

ACUERDO DE PARTICIPACION EN EL ESTUDIO

APENDICE E

ACUERDO DE PARTICIPACION EN EL ESTUDIO

Buenos Días, mi nombre es _____. Estoy por parte de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., en esta Colonia del Municipio de Apodaca, N.L. para realizar un estudio sobre el cuidado del embarazo. La información de este estudio se utilizará en beneficio de esta población.

Le queremos pedir el favor de hablar sobre sus ideas del embarazo. Queremos platicar un rato el día de hoy, sin interrumpir su trabajo. Podemos dejar de platicar cuando Usted así lo desee. Si hay preguntas que usted no quiere contestar o que no entiende, dígame.

Si Usted está de acuerdo en participar, le agradezco mucho su colaboración y le ruego que ponga solo sus iniciales en esta hoja la cual dejare una copia. Sus ideas serán de gran beneficio. Si Usted decide no participar, le agradezco su tiempo.

Acepto Participar:

Entrevistador:

Fecha: _____

