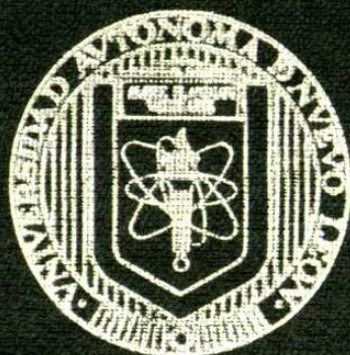


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



AUTOEFICACIA Y LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

Por

LIC. GUADALUPE GONZALEZ DIAZ

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfasis en Salud Comunitaria**

SEPTIEMBRE, 2002

TM
RG551
.G66
c.1

EPTI

AUTOERECACIA Y LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

G. G. D.



1080116279

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



AUTOCERIFICACION Y LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

Por

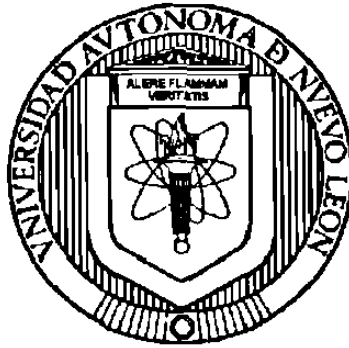
LIC. GUADALUPE GONZALEZ DIAZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfoque en Salud Comunitaria

SEPTIEMBRE, 2002



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOEFICACIA Y LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

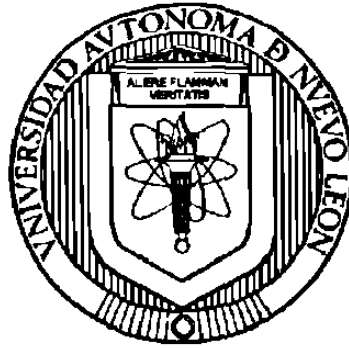
Por

LIC. GUADALUPE GONZÁLEZ DÍAZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

SEPTIEMBRE, 2002

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOEFICACIA Y LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

Por

LIC. GUADALUPE GONZÁLEZ DÍAZ

Director de Tesis

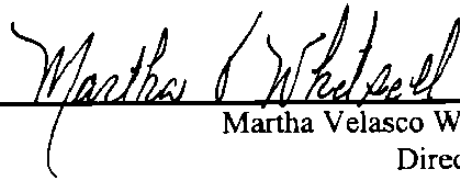
MARTHA VELASCO WHETSELL R.N., A.R.N.P., Ph.D.

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

SEPTIEMBRE, 2002

AUTOEFICACIA Y LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

Aprobación de Tesis



Martha Velasco Whetsell RN., ARNP. PhD.
Director de Tesis



Martha Velasco Whetsell RN., ARNP. PhD.
Presidente



M.C.E. Juana Edith Cruz Quevedo
Secretaria



Bertha Cecilia Salazar González PhD
Vocal



M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

RESUMEN

Guadalupe González Díaz

Fecha de Graduación
Septiembre, 2002

Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Título del estudio: AUTOEFICACIA Y LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

Número de páginas: 26

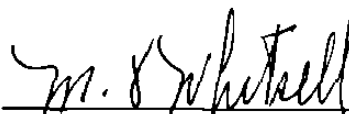
Candidato para obtener el
Grado de Maestría en
Ciencias de Enfermería con
Énfasis en Salud Comunitaria

Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y método del estudio. El propósito del estudio fue conocer si existe relación entre la autoeficacia de las mujeres embarazadas y la asistencia al control prenatal. Se empleó el concepto de autoeficacia de Bandura. El estudio fue de tipo descriptivo y correlacional, con un muestreo probabilístico por conveniencia. El tamaño de la muestra ($n= 80$), con una estimación de potencia de .80, y un nivel de confianza de 95%. Para la recolección de la información se utilizó una *cédula de datos personales (CDP)*, y el cuestionario de autoeficacia y control prenatal (ACP), que presentó una consistencia interna aceptable. Se aplicó estadística descriptiva, prueba de Kolmogorov-Smirnov, y coeficiente de correlación de Spearman para la prueba de hipótesis.

Contribución y conclusiones: El estudio permitió determinar la relación que existe entre la autoeficacia y la asistencia al control prenatal ($r_s = .23$ $p < .005$); es decir, a mayor autoeficacia mayor asistencia al control prenatal. Se recomienda continuar aplicando la Teoría de Bandura en investigaciones con población gestante carente de seguridad social, en instituciones de segundo y tercer nivel de atención.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS



DEDICATORIAS

A mis padres, hermanas, y sobrinos, por estar conmigo en todo momento, haciendo suyos mis logros.

A mis hijos Abigail y Adolfo, que son la motivación más importante para la culminación de éste proyecto, por su tiempo, amor y comprensión.

En especial a Adolfo, mi esposo, por compartir mis metas, y aspiraciones, con su amor y respaldo, fue posible un proyecto más en nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Politécnico Nacional, que a través de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia me ha dado la oportunidad de obtener una profesión para toda la vida, mediante las facilidades y apoyo para continuar la inacabable tarea de aprender.

En especial, mi reconocimiento a la Lic. María Luisa Ward Velasco por la confianza depositada y las facilidades otorgadas para la realización de los estudios de maestría.

A mi director de tesis la Dra. Martha Velasco Whetsell, quien con su profesionalismo, experiencia en la investigación, y su calidad humana, es un ejemplo para la profesión de Enfermería. Gracias.

Agradezco a todos los docentes de la División de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por su interés en compartir y acrecentar el conocimiento de nuestra disciplina.

A los compañeros de maestría por compartir la realización de estos estudios.

A mis compañeros docentes de la ESEO, por su comprensión y estímulo, en especial a la Dra. Ma. Luisa Zarate Aquino, porque primero como maestra y ahora como compañera y amiga, es un ejemplo y apoyo para mí.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	3
Estudios relacionados	6
Definición de términos	7
Hipótesis	7
Capítulo II	
Metodología	8
Diseño del estudio	8
Población, muestreo y muestra	8
Criterios de inclusión	9
Procedimiento y recolección de datos	9
Mediciones	9
Análisis de resultados	10
Consideraciones éticas	11
Capítulo III	
Resultados	12
Estadística descriptiva	12

Resultados de la prueba de normalidad	13
Confiabilidad del instrumento	14
Matriz de correlación	14
Prueba de hipótesis	15
Capítulo IV	
Discusión	16
Conclusiones	17
Recomendaciones	17
Referencias	19
Apéndices	21
A. Esquema de relación de conceptos	22
B. Cédula de datos personales	23
C. Cuestionario: Autoeficacia y control prenatal	24
D. Consentimiento informado	25
E. Oficio de autorización	26

Lista de Tablas

Tablas	Página
1 Descripción de variables continuas del estudio en mujeres embarazadas	15
2 Estado civil de las mujeres embarazadas del estudio	16
3 Resultado de prueba de normalidad	16
4 Correlación de Spearman de las variables de estudio	17

Capítulo I

Introducción

La maternidad es concebida como un proceso que requiere cuidados especiales, por lo que su atención se ha medicalizado aceleradamente en los últimos años. A mediados de los setenta, uno de cada dos nacimientos era atendido por un médico, veinte años después esta relación aumentó a ocho de cada diez (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2001).

La tasa de mortalidad materna disminuyó entre 1980 y 1999, de 9.5 a 5.1 defunciones por diez mil nacidos vivos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año. Sin embargo, la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en 1999 ocupó el séptimo lugar dentro de la mortalidad general (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática[INEGI]; 1997 Secretaría de Salud[SS], 1999).

De las 68,784,211 consultas generales registradas durante 1997 por las instituciones que conforman el Sistema de Salud en México, 4,415,778 (6.42%) correspondieron a consultas prenatales. Lo que coloca la vigilancia del embarazo dentro de los seis primeros motivos de consulta en el primer nivel de atención médica (INEGI, 1997).

La atención prenatal tiene como objetivo asegurar que el embarazo culmine en una madre y un hijo sano. En la actualidad se reconoce que la mayor parte de las principales causas de mortalidad materna y perinatal pueden ser prevenidas mediante el control prenatal temprano, sistemático y de alta calidad, tendiente a eliminar prácticas nocivas para el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso de gestación (SS, 1994, NOM-007-SSA2-1993)

A efecto de reforzar la atención prenatal, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró estrategias de salud materno infantil. En México estas estrategias se

encuentran contenidas en la Ley General de Salud, dentro de la Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993 de la Secretaría de Salud. Esta norma, indica que el control del embarazo normal se llevará a cabo mediante un mínimo de cinco consultas. Dicho principio es obligatorio en todas las unidades de salud del sector social y privado del país, que brindan atención obstétrica.

La gran mayoría de las embarazadas tiene una idea elemental de todo este proceso, que puede ir desde identificarlo como una enfermedad hasta considerarlo como una etapa normal que no requiere atención médica, por lo que no creen necesaria la asistencia al control prenatal si se sienten bien (Alcalay, Ghee & Scrimshaw, 2001). Aunado a esto, la disposición de la mujer embarazada para asistir tempranamente a un control prenatal y apegarse a la indicación médica no es frecuente, agregando con ello mas riesgos a su salud y a la de su hijo en gestación (Ortigosa & Carrasco, 1997).

La investigación relacionada con la identificación de las barreras presentes en el proceso de la asistencia al control prenatal ha identificado causas como: acceso deficiente debido a restricciones económicas de la persona, capacidad insuficiente, requerimientos complicados para acceso al sistema de atención a la salud (es decir, que no es cordial para el usuario), negación ó falta de percepción de la gestación, actitudes o creencias personales acerca de la importancia de la atención prenatal, entre otras. Sin embargo, estas investigaciones son escasas respecto a la profundización en el conocimiento y explicación de las creencias o motivos propios del sujeto, en este caso la embarazada, que le conducen hacia la ejecución de conductas de asistencia al control prenatal. Esto imposibilita el diseño de programas de intervención que mejoren el uso de la atención prenatal por las mujeres que lo buscan tardíamente, o que no lo hacen (Kimberly, Gregory & Davidson, 2000).

La autoeficacia desempeña un papel fundamental en el funcionamiento humano puesto que afecta el comportamiento no sólo de manera directa, sino también por su impacto en otros determinantes claves tales como metas y aspiraciones, expectativas de

resultados, tendencias afectivas y percepción de los impedimentos y oportunidades que se presentan en el medio social. De ahí la importancia de conocer la influencia de la autoeficacia de la mujer embarazada para la asistencia al control prenatal.

El concepto de autoeficacia de Bandura (1977) se entiende como la convicción personal que tiene el sujeto de poder ejecutar exitosamente la conducta requerida para producir un resultado. La aplicación del concepto puede ser utilizada en la realización de estudios orientados hacia el conocimiento de las actitudes o creencias que tienen las mujeres embarazadas sobre sus capacidades para la ejecución de conductas de asistencia al control prenatal.

Por lo anterior se propone un estudio descriptivo con el objetivo de conocer la relación de la autoeficacia en la asistencia al control prenatal.

Marco conceptual

La presente investigación tiene como guía la Teoría Cognoscitiva Social de Bandura (1977), conocida inicialmente como Teoría del Aprendizaje Social, en la que se plantea un enfoque de como explicar, predecir y cambiar cierto tipo de conductas. Fue renombrada en los años 80, como Teoría Cognoscitiva Social, debido a que reconoce los orígenes sociales de gran parte del pensamiento y de la acción humana, y la influyente contribución causal de los procesos del pensamiento hacia la motivación, afecto y acción humana, donde el elemento central es el concepto de autoeficacia, como elemento cognoscitivo para explicar la conducta.

En 1977, Bandura señala que el concepto de la autoeficacia puede ser aplicado en diversas áreas y contextos históricos que representen transiciones vitales importantes, por ejemplo en el rendimiento académico, y en la mejora de la salud, entre otros. Propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta: a) el primero es constituido por los acontecimientos de estímulos externos, que afectan la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; b) el

segundo, las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercen su influencia a través del condicionamiento operante e instrumental, y c) el tercero lo constituyen los procesos cognitivos mediacionales que regulan la influencia del medio, determinando los elementos a los que se presta atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que ejercen sobre la conducta futura.

La autoeficacia es un concepto unificador del cambio conductual que parte del punto de vista de que los cambios llevados a cabo por diferentes métodos derivan de un método cognoscitivo común. En otras palabras la autoeficacia es un mecanismo que distingue dos tipos de expectativas: las expectativas de resultado y las expectativas de eficacia. La expectativa de resultado atañe a la percepción personal de que una conducta dada conducirá a ciertos resultados. Una expectativa de eficacia, también denominada autoeficacia, es la convicción personal que tiene el sujeto de que puede ejecutar exitosamente la conducta requerida para producir un resultado.

El énfasis de la autoeficacia es identificar en la conducta humana la autopercepción de las personas acerca de sus capacidades, mismas que se convierten en los medios por los cuales alcanzan sus metas y regulan lo que son capaces de hacer para controlar, a su vez, su propio ambiente. También destaca el papel de los fenómenos autoreferenciales (lo que uno se dice a sí mismo), como el medio por el cual el hombre es capaz de actuar en su ambiente. Además, considera que el sistema interno propio capacita al ser humano para ejercer control sobre sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas. Este sistema interno también dota a la persona de un mecanismo de referencia que es la base sobre la cual percibe, regula y evalúa su conducta.

En 1986, Bandura hipotetizó que la autoeficacia afecta la elección de las actividades, el esfuerzo que se requiere para realizarlas y la persistencia del individuo para su ejecución. De acuerdo con él, se puede decir que la autoeficacia de la mujer embarazada le permitirá: elegir sus acciones, determinar el esfuerzo necesario para

desarrollarlas, mostrar la persistencia requerida para su ejecución, así como la interpretación de los resultados de sus acciones y de sus convicciones personales, que a su vez proporcionarán información acerca de su ambiente y de su desempeño posterior. Esta tríada, conducta–ambiente–pensamientos, es la base de lo que él llamó determinismo recíproco. En general las creencias (pensamientos) que tienen las mujeres embarazadas acerca de sí mismas, son claves para el control y cuidado de su proceso reproductivo y de su propio sistema social.

Uno de los componentes esenciales del concepto son las fuentes de autoeficacia, que se constituyen por la interacción de cuatro fuentes principales:

1. Las experiencias anteriores, particularmente el éxito o el fracaso, son la fuente principal de la autoeficacia y ejerce la mayor influencia sobre la conducta del individuo.
2. Las experiencias vicarias (el aprendizaje por observación, modelamiento e imitación) influyen en las expectativas de autoeficacia. Cuando se observa la conducta de otros, se ve lo que pueden hacer y con los resultados, se forma una expectativa propia.
3. En la persuasión verbal (persuasión social), se desarrolla la autoeficacia como resultado de la influencia o retroalimentación positiva de otros, aunque la persuasión verbal influye menos que las dos fuentes anteriores.
4. Por último, los estados fisiológicos se refieren a la influencia que ejercen los estados de ánimo tales como ansiedad y estrés, en el desarrollo de la autoeficacia.

El apéndice A muestra el esquema de conceptos que se utilizaron en el presente estudio.

Estudios relacionados

En México la investigación acerca de la autoeficacia y la asistencia al control prenatal es casi nula, solamente ha sido abordada en algunos estudios como un dato estadístico adicional a la investigación de diversas patologías que se presentan en el embarazo, en estudios que se enmarcan en el área administrativa que pretenden explicar desde este enfoque la asistencia de las mujeres embarazadas a su control prenatal (González, 2001). Dentro de la búsqueda nacional e internacional de artículos relacionados con el tema se encontraron los siguientes:

Alcalay, Ghee y Scrimshaw (2001) realizaron un estudio cualitativo en la ciudad de Tijuana, México, con 451 mujeres embarazadas, entre 15 y 45 años de edad, en dos clínicas locales de salud, con el propósito de conocer los factores presentes en la asistencia al control prenatal. Los resultados demostraron que las mujeres de escasos recursos tienden a posponer o no buscar el control prenatal, y que el retraso o evitación total es explicado por el 70% de las mujeres como un comportamiento normal si la mujer se siente bien. Lo que revela que son determinantes ciertas creencias y comportamientos culturales para la asistencia al control prenatal.

Ortigosa y Carrasco (1997), realizaron un estudio en la Ciudad de México D.F. en el Instituto Nacional de Perinatología, con 35 mujeres embarazadas durante la asistencia a su control prenatal. El propósito del estudio era identificar la persistencia y permanencia de las mismas en la asistencia al control prenatal, a través del desarrollo de un programa de educación perinatal impartido en forma paralela a la consulta. Los autores reportaron un notable incremento (90%) en la asistencia a las consultas de control prenatal de las pacientes que recibieron el programa educativo, en comparación con las que no lo recibieron.

Ford et al. (2001), estudiaron la autoeficacia de las mujeres adolescentes durante el cuidado prenatal y el periodo de posparto. La muestra estuvo conformada por 282 mujeres adolescentes embarazadas, elegidas al azar en cinco clínicas de una zona urbana

en los Estados Unidos de Norteamérica. Los resultados indicaron que la autoeficacia se incrementó ligeramente en el período posparto, ($t= 4.70$ a $t= 4.75$, $p = 0.09$) lo que revela características de temporalidad, y de la interacción de las fuentes de autoeficacia.

Definición de términos

Autoeficacia: es la convicción personal que tiene la mujer embarazada de poder asistir a las consultas de control prenatal.

Control Prenatal: es la asistencia por lo menos a cinco consultas durante el embarazo.

Hipótesis

La autoeficacia se relaciona con la asistencia al control prenatal.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el tipo de diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, los criterios de inclusión, el procedimiento de recolección de datos, mediciones, análisis de resultados, y consideraciones éticas.

Diseño del estudio

El tipo de diseño fue descriptivo y correlacional, (Polit & Hungler, 1999) debido a que permitió describir la población estudiada, y determinar la relación de la autoeficacia y la asistencia al control prenatal.

Población, muestreo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por las mujeres embarazadas que asistieron a control prenatal en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México D.F.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, (Polit & Hungler, 1999). Se obtuvo un grupo de mujeres embarazadas a participar en el estudio, con base en la disponibilidad más conveniente de pacientes programadas para asistir a la consulta de control prenatal.

El cálculo del tamaño de la muestra se determinó con el paquete estadístico EPI-INFO, versión 6.04, CDC. 1996, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se consideró una potencia de .80, una estimación del 95% de confianza y $N = 1500$ pacientes.

La muestra calculada que se obtuvo fue de 77 pacientes, que para efecto del estudio se determinó considerar a 80 pacientes.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para el estudio fueron: a) embarazadas que cursaban el último mes, b) con uno ó más embarazos, y c) mayores de 18 años de edad.

Procedimiento de recolección de datos

Para la autorización del campo clínico primero se solicitó la aprobación por parte de los comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería. Una vez obtenidos los permisos correspondientes, se realizó la aplicación de los instrumentos al grupo de pacientes que cumplió con los criterios de inclusión. La entrevista se efectuó en la sala de espera del servicio de consulta externa en el turno matutino, con una duración de veinte minutos como máximo. Antes de iniciar la entrevista el investigador explicó el propósito del estudio y solicitó el consentimiento de la paciente para participar en forma voluntaria en el estudio.

Posterior a la aceptación se procedió al llenado por parte del investigador, de la cédula de datos personales y del instrumento, aclarando a la paciente cualquier tipo de duda. Al término del procedimiento se agradeció a la paciente su participación

Mediciones

En el estudio se utilizaron una cédula de datos personales y un instrumento. La cédula estuvo compuesta por cinco reactivos sobre datos biológicos y socioculturales de la mujer embarazada en los que se abordaron las variables de edad, mes de inicio del control prenatal, número de consultas prenatales, número de embarazos, y estado civil. Estos datos fueron confirmados con el expediente de la paciente.

El instrumento fue la escala de autoeficacia de Schwarzer (1992), adaptada hacia el control prenatal. Contiene preguntas diseñadas para estimar las autoconvicciones de la mujer embarazada para afrontar la variedad de demandas que podrían presentarse durante la asistencia al control prenatal. El instrumento contiene 10 preguntas con un

patrón de respuesta de 1 a 4 puntos que corresponden a: 1 = Incorrecto, 2 = Apenas cierto, 3 = Más bien cierto, y 4 = Cierto. Su puntuación oscila entre 10 puntos como mínimo y 40 puntos como máximo, donde ésta es directamente proporcional al nivel de autoeficacia, es decir, a menor puntuación menor autoeficacia, y a mayor puntuación mayor autoeficacia. La autoeficacia es comúnmente entendida como muy específica, esto es, uno puede tener una o más autoconvicciones firmes en diferentes campos o situaciones particulares de funcionamiento, por lo que el instrumento fue adaptado para identificar la relación que existe entre la autoeficacia y la asistencia a control prenatal.

En contraste con otras escalas de evaluación, la mencionada explícitamente se refiere a la mediación, y la convicción personal de que las propias acciones son responsables de resultados exitosos. La escala de autoeficacia se apoya en un amplio sentido de competencia personal para enfrentar situaciones diversas. La consistencia interna probada ha sido de Alpha de Cronbach entre .75 y .92.

Análisis de resultados

Los datos obtenidos se procesaron a través del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 10. Los datos fueron analizados a partir de la estadística descriptiva (frecuencias y medidas de tendencia central) para describir las variables sociodemográficas, asistencia al control prenatal y autoeficacia.

La confiabilidad del instrumento se determinó con el coeficiente de Alpha de Cronbach.

Para probar la hipótesis se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia [SSA], 1987).

De acuerdo con el artículo 14, fracciones V, VII y VIII en donde se señala que para la realización de la investigación con seres humanos, es necesario contar con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética, con la autorización del titular de la institución de atención a la salud, y con el consentimiento informado y por escrito del adulto. Se desarrollaron los siguientes pasos: a) al concluirse el segundo capítulo de tesis se envió al Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, observándose las recomendaciones que el comité dictaminó; b) solicitud y autorización por parte de la Coordinación de Salud Reproductiva del IMSS para efectuar el estudio, y c) la obtención del consentimiento informado.

El artículo 16 se refiere a que en la investigación con seres humanos se debe proteger la privacidad de la paciente, por lo que no se solicitó el nombre de las participantes, y la entrevista fue realizada en un espacio exclusivo para tal fin. Con base en el artículo 17, fracción I, se consideró una investigación sin riesgo puesto que no existe ninguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Con base en las especificaciones descritas en el artículo 21, fracción I, VI, VII, y VIII, se realizó la explicación sobre: la justificación, los objetivos de la investigación, el procedimiento a utilizarse, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, la seguridad de que no se utilizaría la información para identificarla, y que en todo momento se mantendrá la confidencialidad relacionada con su privacidad.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio: autoeficacia y la asistencia al control prenatal en 80 pacientes embarazadas. Los datos se describen en el siguiente orden: estadística descriptiva, prueba de normalidad, confiabilidad del instrumento, matriz de correlación y prueba de hipótesis.

Estadística descriptiva

Los datos que se muestran a continuación corresponden a características sociodemográficas de las participantes en el estudio.

La tabla 1 muestra las variables continuas del estudio, donde se observa que la media de edad de las mujeres fue de 26.15 años ($DE = 4.94$), el promedio de embarazos fue de uno a dos, el número de consultas fue de cuatro, y el inicio de control prenatal predominó en el tercer mes.

Tabla 1

Descripción de variable continuas del estudio en mujeres embarazadas

Variables	Media	Mdn	DE	Valor	
				Mínimo	Máximo
Edad	26.15	25	4.94	18	40
Número de embarazos	1.75	2	.80	1	4
Número de consultas prenatales	4.23	5	1.09	1	5
Mes de inicio de control prenatal	3.70	3	2.14	1	8

Fuente: CDP.

$n = 80$

Respecto al estado civil de las participantes, la tabla 2 indica que la mayor proporción de mujeres embarazadas se encuentra casada y que es mínima la correspondiente a soltera.

Tabla 2

Estado civil de las mujeres embarazadas del estudio

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	6	7.50
Casada	59	73.75
Unión libre	14	17.50
Otros	1	1.25

Fuente: CDP. n = 80

Resultados de la prueba de normalidad

La tabla 3 reporta que los datos obtenidos no mostraron normalidad en su distribución, por lo que se utilizó estadística no paramétrica para la estadística inferencial.

Tabla 3

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Variables	Media	DE	Valor	Valor	D	Valor de p
			Mínimo	Máximo		
Autoeficacia	86.42	16.53	33.33	100.00	1.99	.001
Asistencia	4.23	1.09	1.00	5.00	3.12	.000

Fuente: ACP. n = 80

Confiabilidad del instrumento

Se obtuvo la consistencia interna del instrumento a través del coeficiente Alpha de Cronbach con valor de .84, lo cual es aceptable (Polit & Hugler, 1999).

Matriz de correlación.

A continuación se presenta la correlación bivariada de las variables de estudio de edad, mes de inicio de control prenatal, número de consultas prenatales, número de embarazos y autoeficacia

En la tabla 4 se observa que existe una relación significativa de la autoeficacia con la asistencia al control prenatal (medida por el número de consultas prenatales); y que no existe relación significativa con el resto de las variables.

Tabla 4

Correlación de Spearman de las variables de estudio

Variables	1	2	3	4	6
Edad	1				
Mes de inicio de control prenatal	-.00	1			
Número de consultas prenatales	-.16	-.55**	1		
Número de embarazos	.36**	.04	-.11	1	
Autoeficacia	.04	.00	.23*	-.12	
Valor de p	.71	.94	.03	.25	1

Fuente: ACP.

** $p < .001$, * $p < .05$

$n = 80$

Prueba de hipótesis

Como se aprecia en la tabla 4, existe una relación significativa entre las variables autoeficacia y asistencia al control prenatal, por lo que se aprueba la hipótesis planteada que menciona: la autoeficacia se relaciona con la asistencia al control prenatal.

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio permitió conocer empíricamente la relación del concepto de autoeficacia de Bandura (1977) con la asistencia de las mujeres embarazadas al control prenatal, en una unidad de medicina familiar del sistema de seguridad social de la Ciudad de México.

Las mujeres embarazadas con mayor autoeficacia tienden a asistir en mayor número de veces a su control prenatal, con lo que se establece una relación significativa entre ambas variables. Esta relación puede ser determinante para asegurar que el embarazo culmine en una madre y un hijo sanos como plantea la SS, (1994) (NOM-007-SSA2-1993), que, además, señala que las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal pueden ser prevenidas mediante el control prenatal temprano.

Hasta el momento, no ha sido considerado el estudio de la autoeficacia de la mujer embarazada para el diseño de programas educativos. El estudio podría ser clave para mejorar la atención prenatal, puesto que al identificar las convicciones de las embarazadas respecto a sus capacidades personales para la ejecución de conductas (asistencia), como plantea Bandura (1977), se profundiza en el conocimiento sobre este fenómeno referencial.

En la mayoría de los casos, las mujeres embarazadas han asistido a cinco consultas, con un inicio temprano (primer trimestre) de su control prenatal, que expresa al mismo tiempo una relación significativa y congruente con los principios y estrategias determinados por la OPS. Es necesario distinguir que estos mismos resultados son opuestos a los que refieren Ortigosa y Carrasco (1997), quienes encontraron que la

disposición de la embarazada para asistir tempranamente al control prenatal es poco frecuente, aún cuando esta investigación se realizó con mujeres embarazadas de alto riesgo. A diferencia de lo mencionado anteriormente, los resultados del presente estudio se obtuvieron con una población derechohabiente de la seguridad social, por lo que sería importante indagar el mismo fenómeno con una población carente de seguridad social.

Conclusiones

Existe relación significativa entre la autoeficacia y la asistencia al control prenatal, a mayor autoeficacia mayor asistencia a control prenatal, por lo que se aprueba la hipótesis planteada para el estudio.

No existe relación significativa entre la autoeficacia y las variables de edad, estado civil, número de embarazos, e inicio del control prenatal.

Las características predominantes en las mujeres embarazadas como: la media de edad de veintiséis años, el registro del mayor porcentaje con estado civil de casada, un índice entre uno y dos embarazos, y la asistencia al control prenatal con un inicio temprano, son condiciones favorables para la implementación de intervenciones de enfermería tendientes al seguimiento y control del embarazo.

Recomendaciones

Continuar desarrollando estudios de investigación bajo la teoría de autoeficacia con la población gestante.

Realizar una réplica del estudio con mujeres embarazadas carentes de seguridad social.

Diseñar programas educativos de enfermería tendientes al uso de estrategias que incrementen o motiven la autoeficacia de la paciente embarazada, tomando como base los resultados del estudio.

Continuar utilizando el instrumento de autoeficacia y control prenatal (ACP) para valorar la autoeficacia en diferentes poblaciones y niveles de atención.

Referencias

Alcalay, R. Ghee, A. & Schimshaw, S. (2001), Designing prenatal care messages for low-income mexican women. [Diseñando mensajes de cuidado prenatal para mujeres mexicanas de bajos ingresos]. Public Health Reports, 108, 3.

Bandura, A. (1977), Self efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. [Autoeficacia: tras una teoría unificadora del cambio conductual]. Psychological Review, 84, 2. pp.126-128

Bandura, A. (1986), Autoeficacia: Teoría del aprendizaje social. España: Descleé de Brower Henao.

Consejo Nacional de Población, [CONAPO] (2001). La población en México en el nuevo siglo. México: Autor.

Ford, R. Hoyer, P. Weglick, Kirshaw, L. Kirshaw, T. Schram, C. & Jacobson, M. (2001). Effects of prenatal care intervention of the self efficacy of adolescent mothers. [Efectos de intervenciones de cuidado prenatal en la autoeficacia de madres adolescentes]. Journal of Perinatal Education, 10

González, A. F. (2001), Cambios biológicos, emocionales y control prenatal. En Instituto Nacional de Perinatología (Ed.), Manual para educadores en salud perinatal 31-32. México: Trillas.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1997-1999). Anuario estadístico. México: Autor.

Kimberly, D. Gregory, M. & Davidson, E. (2000), ¿Quién necesita atención prenatal y porque?. Medicine & Science.14, 3.

Ortigosa, E. & Carrasco, I. (1997), Educación perinatal en adolescentes. Revista de Perinatología, 9, 1-5.

Polit, D. & Hungler, B. (1999), Investigación científica en ciencias de la salud, México: Mc Graw Hill.

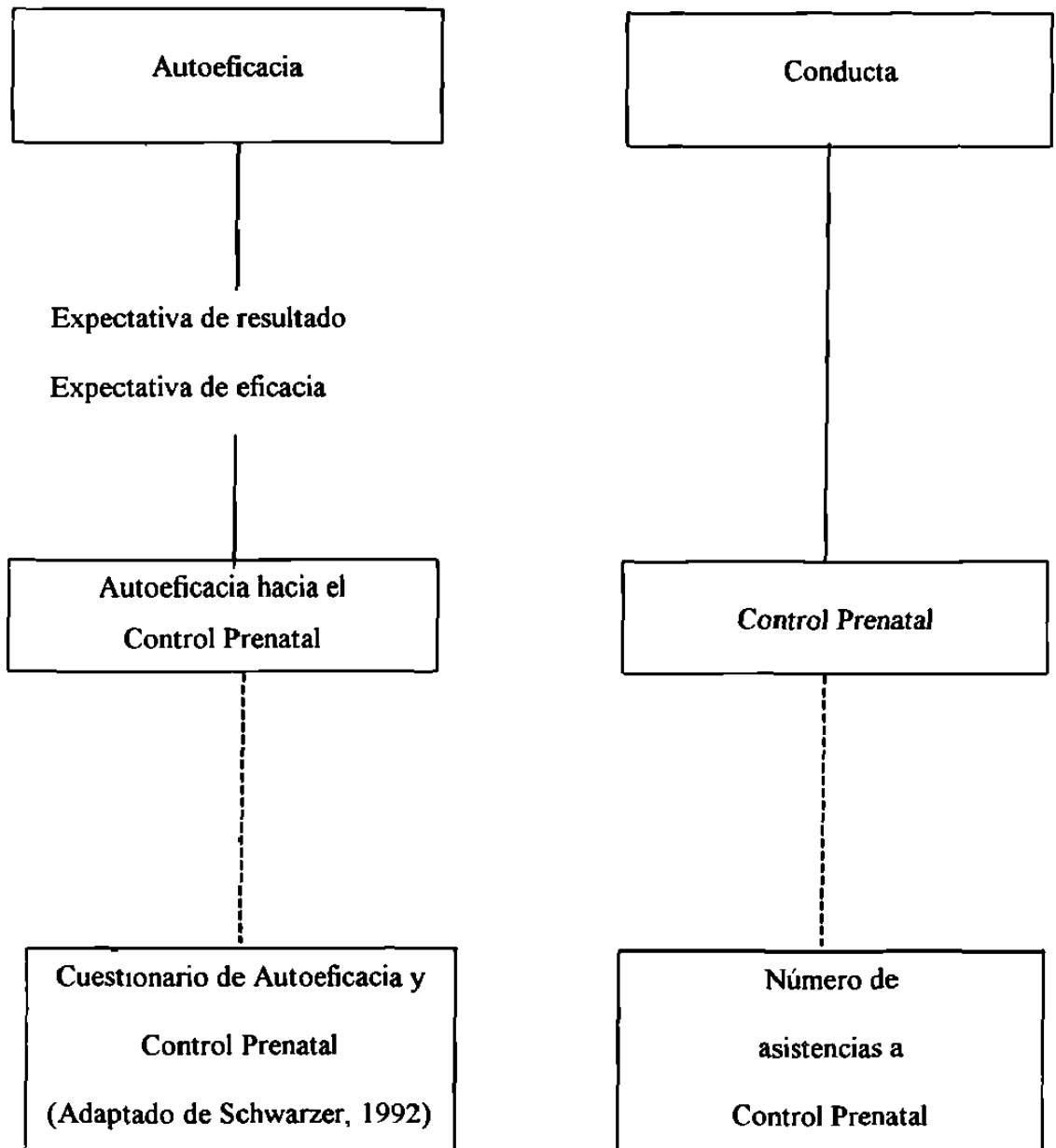
Schwarzer, R. (Ed) (1992). Self efficacy. Thought control of action. [Autoeficacia. Control pensado de la acción]. Cross cultural self efficacy scale. Washington, D.C. U.S.A.

Secretaría de Salud, (1994). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA 2-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. México.

Apéndices

Apéndice A

Esquema de relación de conceptos



Apéndice B

Cédula de datos personales

La información que a continuación se le solicita es de carácter confidencial y solo será utilizada para fines de investigación, su participación no conlleva a ningún perjuicio o beneficio para su persona, gracias.

Folio No. _____

1. EDAD: _____

2. MES DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL:

1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
----	----	----	----	----	----	----	----	----

3. NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES:

1	2	3	4	5 EN ADELANTE
---	---	---	---	---------------

4. NUMERO DE EMBARAZOS:

1	2	3	4	5	MAS
---	---	---	---	---	-----

5. ESTADO CIVIL:

SOLTERA ___ CASADA ___ UNION LIBRE ___ DIVORCIADA ___

VIUDA ___ OTROS _____

Apéndice C

Cuestionario

Autoeficacia y control prenatal

Instrucciones: Escuche cuidadosamente la pregunta, y conteste la opción que responda a lo que usted hace, ante las diversas situaciones que se le presentan para asistir a su control prenatal.

		1 Incorrecto	2 Apenas cierto	3 Más bien cierto	4 Cierto
1	Puedo encontrar la manera de asistir a la consulta prenatal aunque algo se me oponga				
2	Puedo resolver problemas difíciles para asistir al control prenatal si me esfuerzo lo suficiente				
3	Me es fácil persistir en la asistencia al control prenatal hasta llegar a alcanzar mis fines.				
4	Tengo confianza en que puedo manejar eficazmente la asistencia al control prenatal ante sucesos inesperados				
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas para asistir al control prenatal.				
6	Cuando me encuentro en dificultades para asistir al control prenatal puedo permanecer tranquila porque cuento con las habilidades necesarias para manejar estas situaciones				
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de continuar asistiendo al control prenatal.				
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas para asistir al control prenatal si me esfuerzo lo necesario				
9	Si me encuentro en una situación difícil para asistir al control prenatal, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				
10	Al tener que hacer frente a un problema para asistir al control prenatal, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				

Apéndice D
Consentimiento informado

Por medio del presente reconozco que he sido informado del trabajo de investigación que realiza la Lic. Guadalupe González Díaz sobre la “Auteficacia y la Asistencia al Control Prenatal”, en mujeres embarazadas, mismo que requiere del llenado de una cédula de datos personales y un cuestionario para medir la autoeficacia de las mujeres que asisten al control prenatal.

Por lo que acepto colaborar voluntariamente con la Lic. González, y autorizo se apliquen los instrumentos señalados para el estudio, mismos que se encuentran apegados al Reglamento de La ley General de Salud (2000), en materia de investigación. También he sido informado que no corro ningún riesgo personal, y que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio en el momento que así lo decida, además de que serán respetados mis derechos como ser humano y que la información proporcionada es totalmente confidencial.

Nombre y Firma

México D. F. 2002

Apéndice E

Oficio de autorización



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NOROESTE DEL D.F.
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

28 de Mayo de 2002

Oficio No. 35-01-60-2000/4642

**DOCTOR
JAI ME NAJERA ADAME
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 20**

Por medio del presente me permito solicitar usted se brinden las facilidades necesarias a la Lic. **Guadalupe González Díaz**, para la aplicación del instrumento a embarazadas que asisten a la consulta en esa Unidad a su digno cargo, para la realización del proyecto de investigación **"Autoeficacia y Control Prenatal"**

Agradeciendo la atención a la presente y esperando su apoyo, le envío un cordia saludo.

ATENTAMENTE
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"

**DR. SERGIO R REINOSO PÉREZ
TITULAR DE LA JEFATURA DE
PRESTACIONES MEDICAS.**

SRRP* *[Handwritten signature]*
CON U X 3 104-06-02

IMSS HOSPITAL DE BUENOS AIRES
CON M. F. No. 20
RECIBIDO
JUN 4 2002
ENFERMERIA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
RECIBIDO
63 JUN 2002
DIRECCION

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Guadalupe González Díaz

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria

Tesis: AUTOEFICACIA Y LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

Campo de estudio: Salud Comunitaria

Biografía: Nacida en México Distrito Federal, el 28 de febrero de 1959, sus padres son: Juan González Lira, e Irene Díaz Ramirez.

Educación: Egresada de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO) del Instituto Politécnico Nacional (IPN) con el grado de Licenciatura en Enfermería en 1984. *Postecnico de Enfermera Partera en la ESEO del IPN (1977- 1979). Estudios de Posgrado: Maestria en Administración Educativa en la Universidad La Salle ULSA, obteniendo el grado de Maestro en Administración Educativa en 1998. Diplomado en Educación Perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en1999.*

Experiencia profesional: Enfermera Partera en el Hospital Regional de Petróleos Mexicanos (PEMEX) en Comalcalco, Tab., de 1980 a 1982. Enfermera General en el Hospital Regional “Ignacio Zaragoza” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en México Distrito Federal, de 1982 a 1989.

Experiencia docente: Docente de enfermería en el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) de 1988 a 1989. Docente asociado C en la ESEO del IPN de 1989 a la fecha

E-mail: gudy0228@hotmail.com



