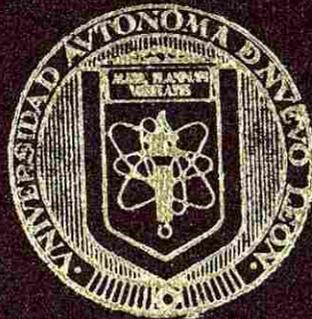


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SECRETARÍA DE POST-GRADO



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

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRÍA  
EN ENFERMERÍA CON ESPECIALIDAD EN  
SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

LIC. EN ENF. GLORIA CONSUELO TERAN FERNANDEZ

MONTERREY, N. L.

JULIO DE 1993

TM

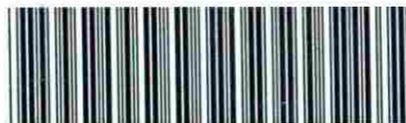
26675

.N6

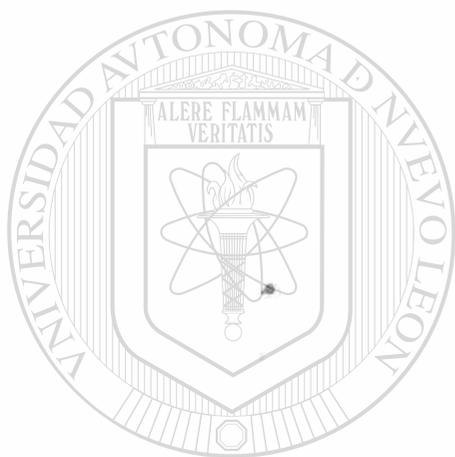
FEN

1993

T4



1020072187



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

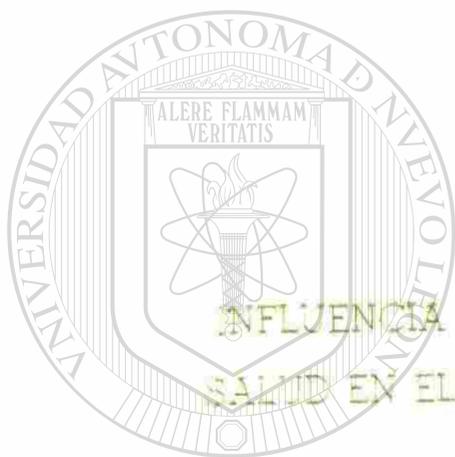


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SECRETARÍA DE POST-GRADO



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

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
T E S I S

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS  
QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRÍA  
EN ENFERMERÍA CON ESPECIALIDAD EN  
SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

LIC. EN ENF. GLORIA CONSUELO TERAN FERNANDEZ

MONTERREY, N. L.

JULIO DE 1993

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON.

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



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

**T E S I S**

**QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA**

**CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS**

**P R E S E N T A**

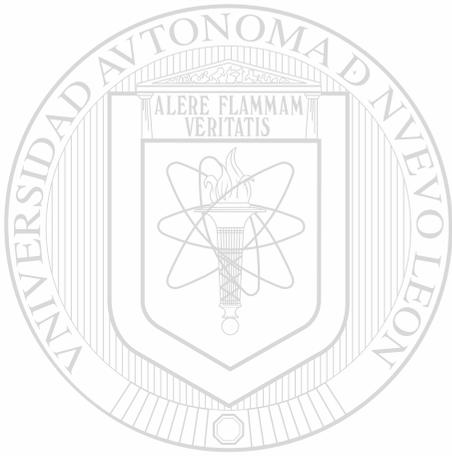
**LIC. EN ENF. GLORIA CONSUELO TERAN FERNANDEZ**



**BONDO TERAN**

**MONTERREY, N.L., JULIO DE 1993**

TM  
Z6675  
.N6  
FEn  
1993  
T4

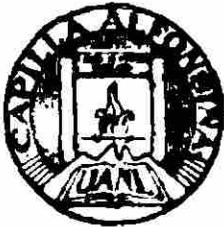


# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



**FONDO TESIS**

4857

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



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

---

ALUMNA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
LIC. EN ENF. GLORIA CONSUELO TERAN FERNANDEZ

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

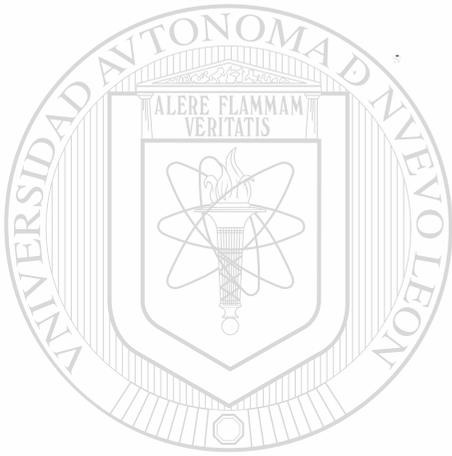
ASESOR

LIC. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO

MONTERREY, N.L., JULIO DE 1993

NOTA DE APROBACION

---



COMISION DE TESIS

UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

---

## DEDICATORIA

*A Dios por su infinita bondad.*

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

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

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

*A toda mi familia extensa en Colombia y Estados Unidos.*

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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

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

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

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

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

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

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

***A todos muchas gracias...***

## RESUMEN

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

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

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

## INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

INDICE GENERAL

### CAPITULO I

INTRODUCCION	1
Planteamiento del problema	3
Hipótesis	5
Objetivos	6
Importancia del estudio	6
Limitaciones del estudio	8
Definición de términos	8

### CAPITULO II

REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA	
Importancia de los programas de prevención	11
Panorámica del problema en México	12
Programas preventivos: normatividad técnica	14
Papel de la madre en la salud	16
Factores que influyen en el uso de servicios preventivos de salud	17
Modelo de creencias preventivas en salud	19
Estudios relacionados	23

### CAPITULO III

METODOLOGIA	26
Sujetos	26
Material	29
Procedimiento	31
Etica del estudio	31

**CAPITULO IV**

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

**CAPITULO V**

<b>DISCUSION</b>	<b>107</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>118</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>121</b>

**CAPITULO VI**

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>125</b>
-----------------------------------	------------

<b>APENDICE A</b>	<b>Presupuesto</b>
<b>APENDICE B</b>	<b>Cronograma de Actividades</b>
<b>APENDICE C</b>	<b>Cédula de Entrevista</b>
<b>APENDICE D</b>	<b>Instructivo: Instrumento</b>

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## CAPITULO I

### INTRODUCCION

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

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

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

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

Misrachi, L., et al, (1989), estudió los valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. El propósito fue, aumentar el conocimiento de los patrones culturales de una población de bajo nivel socioeconómico, como punto de partida

para los programas educativos de promoción y prevención de la salud oral, así mismo Ferreira, S. (1984), investigó acerca de las creencias de las madres en relación a la vacunación, e identificó la importancia de las variables del modelo de creencias de salud, en aquellas madres que iniciaron la vacunación básica de los hijos y validó la aplicación de un modelo existente, en la investigación científica.

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

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

---

#### Planteamiento del problema

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Hipótesis**

Las hipótesis del presente estudio son las siguientes:

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

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

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

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

## Objetivos

Los objetivos del presente estudio son:

### Objetivo General:

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

### Objetivos Específicos:

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

## Importancia del estudio

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

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

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

De esta forma se podrán plantear estrategias significativas,

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

#### **Limitaciones del estudio**

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

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

#### **Definición de términos**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CAPITULO II

### REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA

#### Importancia de los programas de prevención

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

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

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

### Panorámica del problema en México

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

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

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

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

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

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

La prevención primaria, constituye una estrategia para

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

#### **Programas Preventivos: Normatividad Técnica**

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

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

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

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

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

### **Papel de la madre en la salud**

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

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

## **Factores que influyen en el uso de servicios preventivos de salud**

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

Los programas de salud enfocados a la atención materno

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

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

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

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

## **Modelo de creencias preventivas en salud**

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

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

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

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

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

fica, compuesta a su vez por dos aspectos:

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

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

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

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

\* Barreras percibidas para tomar una acción, están dadas por las creencias de inconvenientes surgidos al tomar una conducta de salud preventiva, como son el costo, el dolor o las molestias en general que desencadenarían una acción.

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

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

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

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

- \* Logros de realización o desempeño, que son las de mayor influencia en la eficacia, porque se basan en el dominio personal.

---

- \* La experiencia sustituta, se obtiene a través de la observación y el desempeño con éxito o no de los demás.

- \* La persuasión verbal, que es lo que los demás aconsejan para obtener un resultado.

- \* Los estados fisiológicos, particularmente la ansiedad, o la eliminación del sentimiento de negatividad, pueden dar información al individuo acerca de lo que es capaz de realizar ampliando o disminuyendo la auto-eficacia de la persona.

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

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

### **Estudios relacionados**

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

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

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

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

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

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

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

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

## CAPITULO III

### METODOLOGIA

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

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

#### Sujetos

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

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

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

La muestra se obtuvo por medio de la siguiente fórmula:

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

Los valores que se dieron fueron los siguientes:

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

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

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

Z= Nivel de confianza de 95%.

E= Error estimado (E) de 5%.

$$n = \frac{(2232) (0.84) (0.16) (1.96)^2}{(2231)(0.05)^2 + (0.84)(0.16)(1.96)^2}$$

n= 1152.4062

6.0938

n = 189 Muestra total.

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

C.N.S. = 44

D.O.C. = 50

P.F. = 95

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

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

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

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

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

### **Material**

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

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

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

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

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

### **Procedimiento**

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

---

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

### **Ética del estudio**

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

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

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

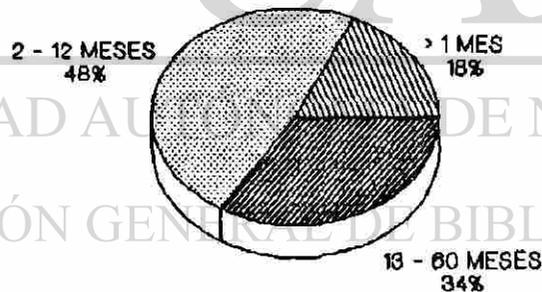
Para el análisis, se utilizaron estadísticos para variables nominales, tales como la V de Cramer y Covarianza, que buscaron la correlación de la variable independiente, creencias de salud, con la variable dependiente, uso de servicios preventivos. Para comparar los datos obtenidos con los esperados,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

## CAPITULO IV RESULTADOS

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

### 1. RESULTADOS: CONTROL DE NIÑO SANO

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



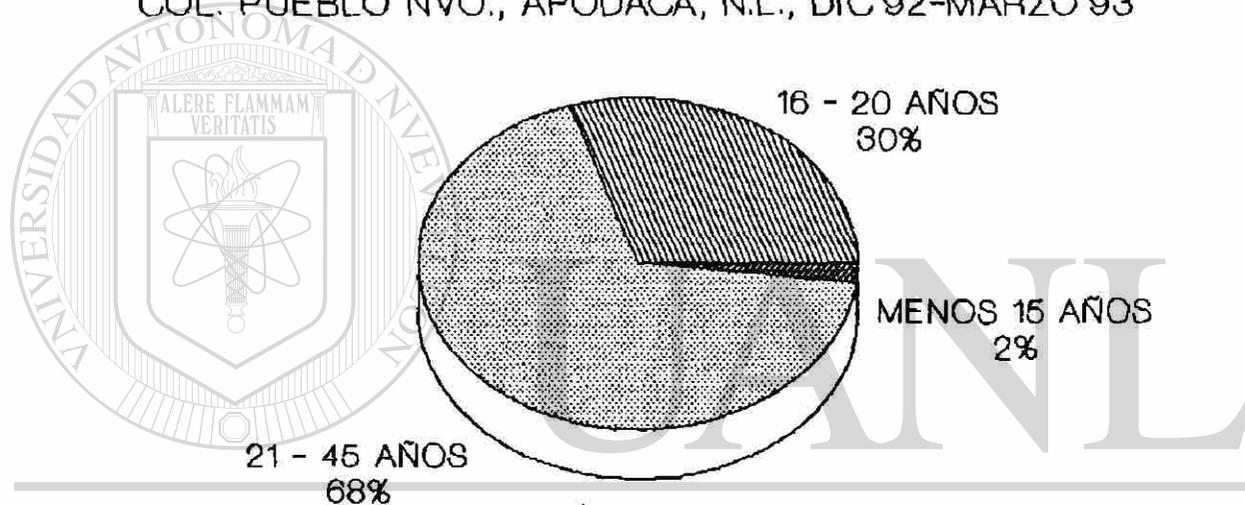
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 44

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

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

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

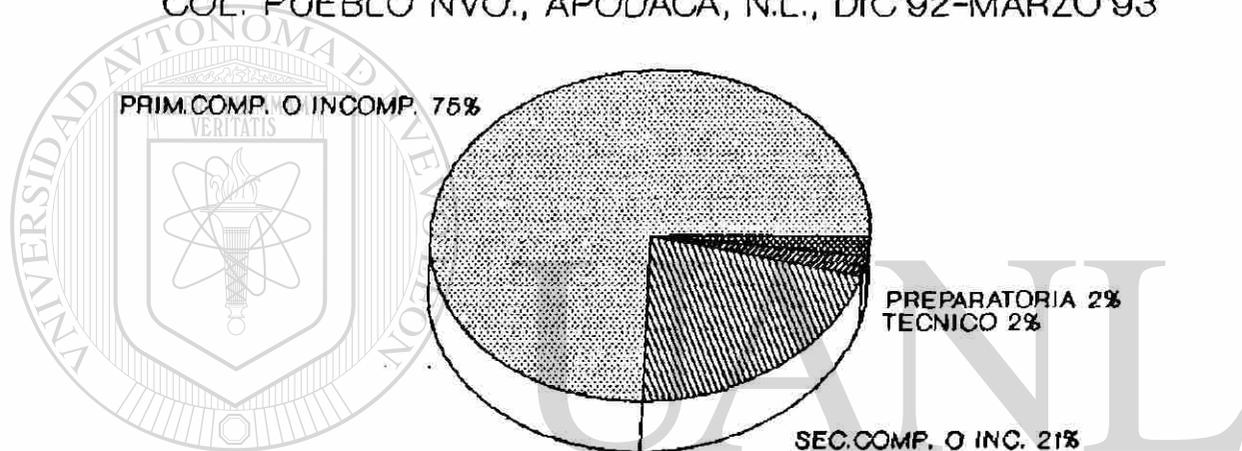
n = 44

®

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

### FIGURA 3 ESCOLARIDAD DE LA MADRE

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

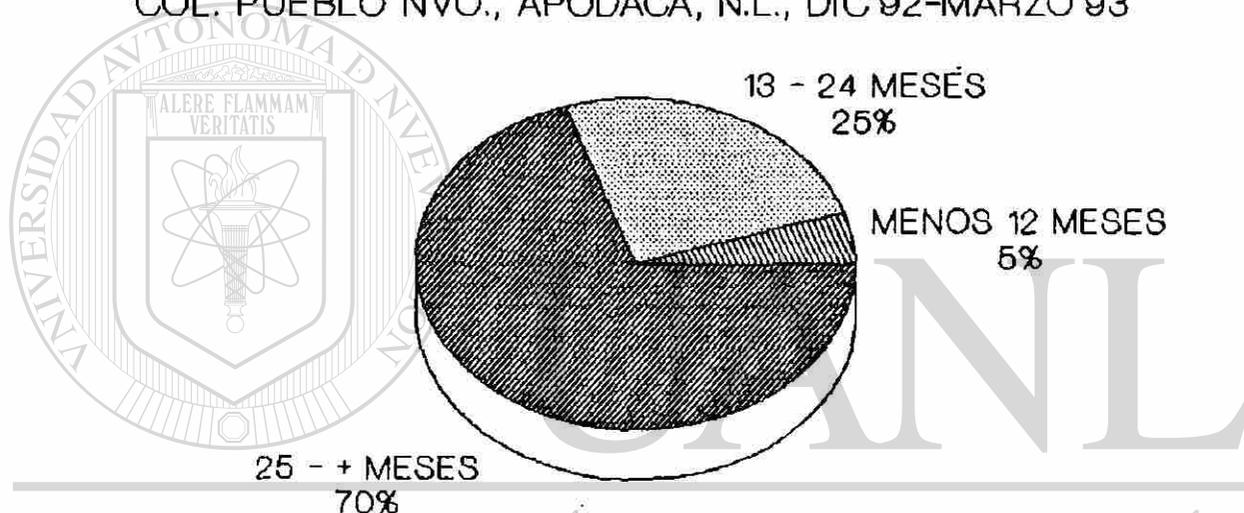
$n = 44$

®

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

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

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

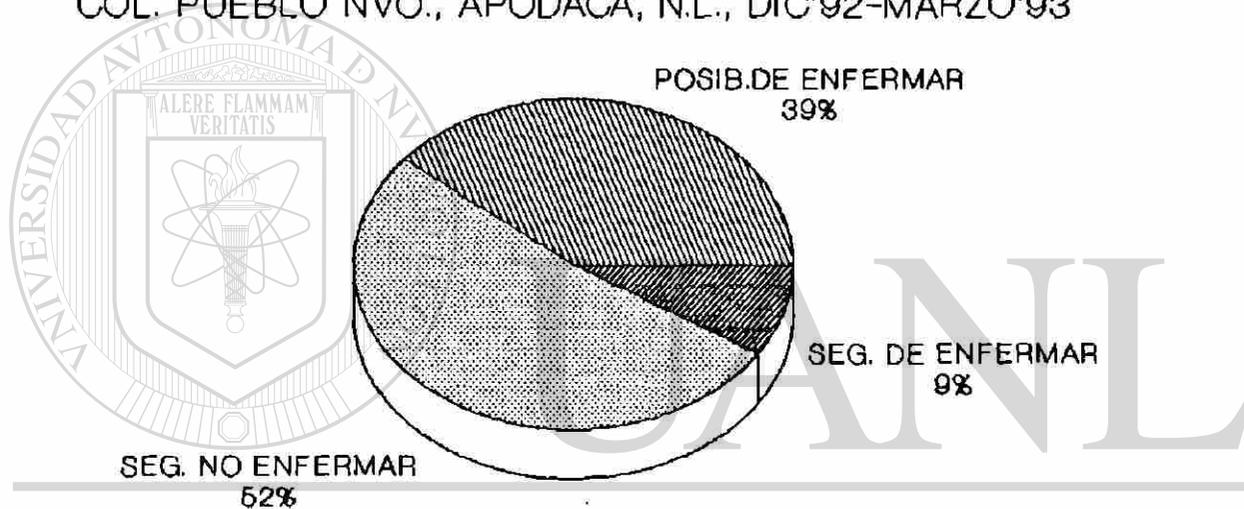
n = 44

®

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

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

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

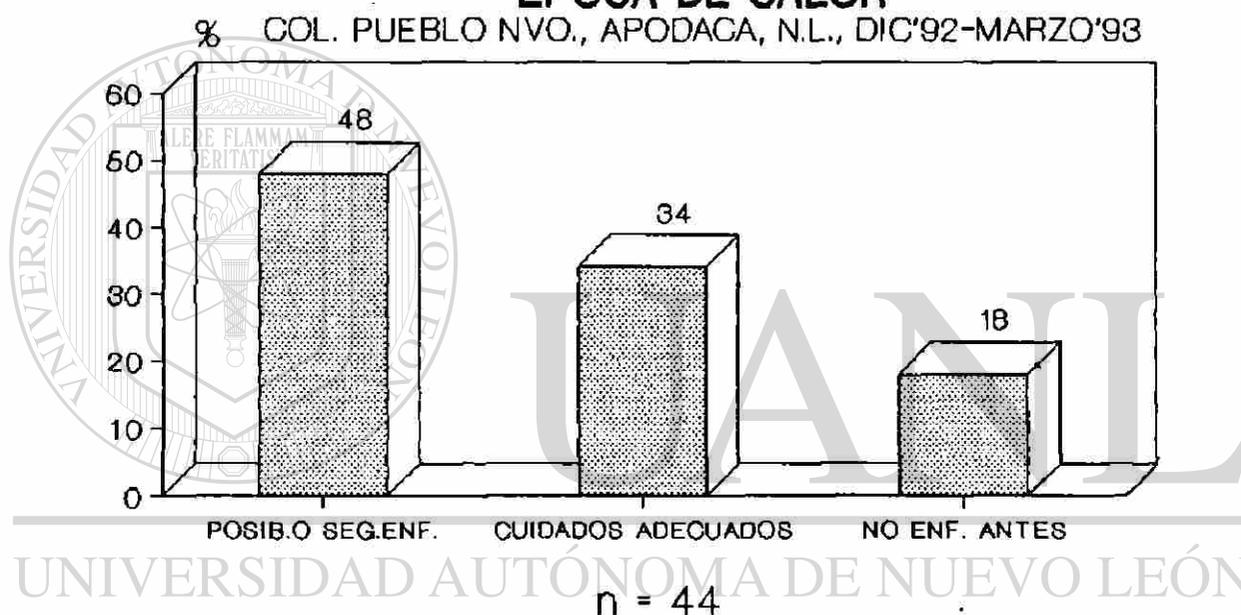


n = 44

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

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

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

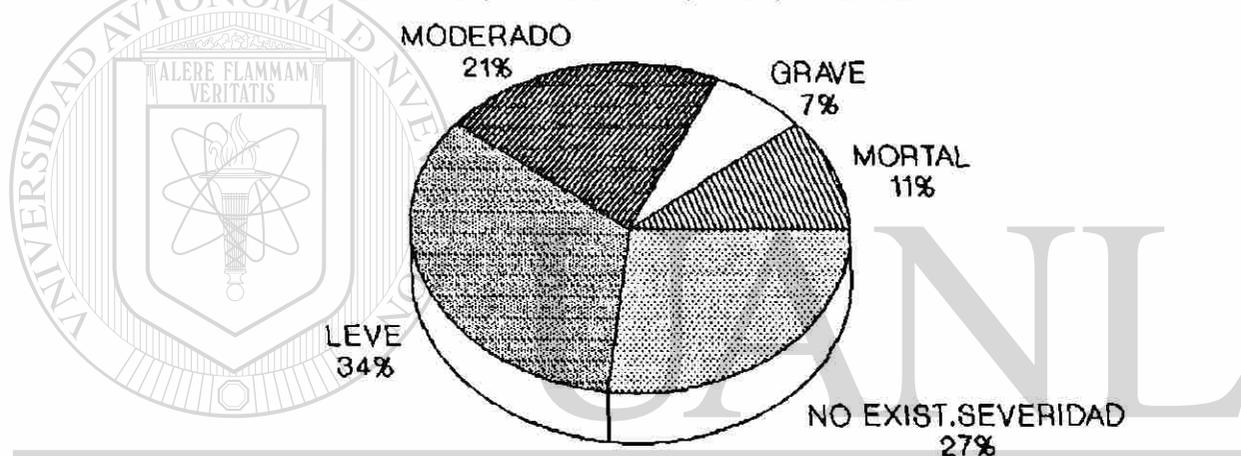


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

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

**FIGURA 7**  
**SEVERIDAD DE LAS PATOLOGIAS DE AQUELLOS**  
**NIÑOS SUSCEPTIBLES A ENFERMAR**  
**EN EPOCA DE FRIO O DE CALOR**

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

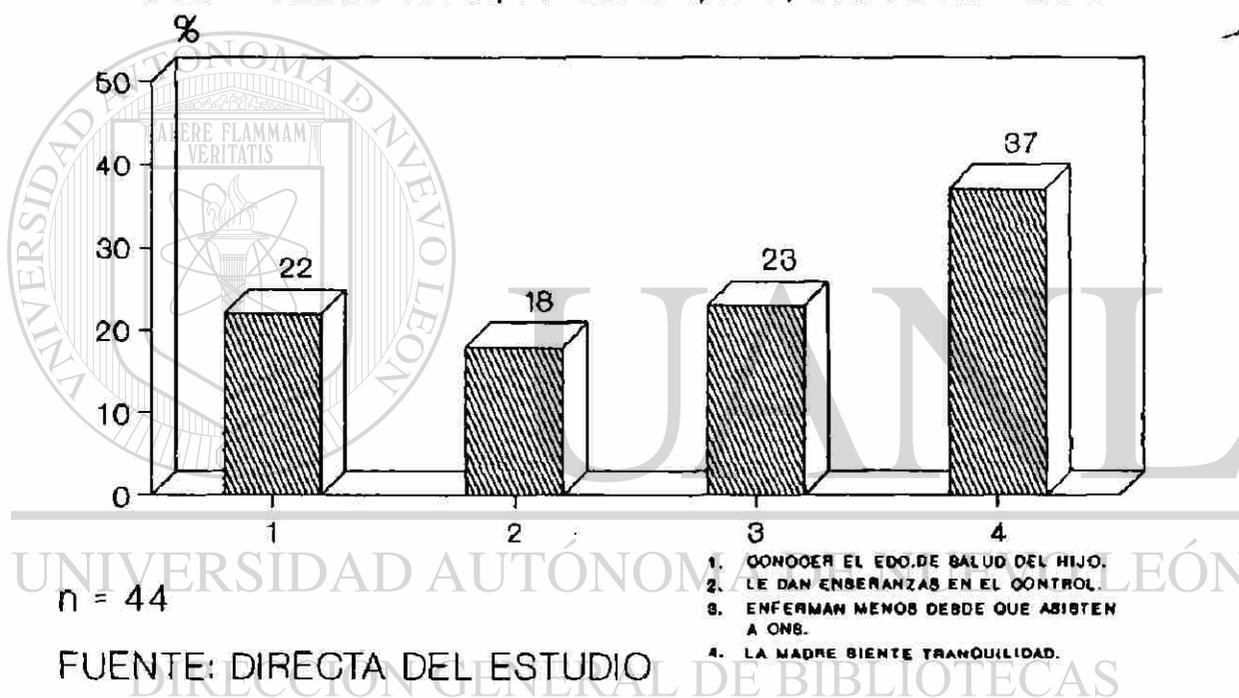
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 44



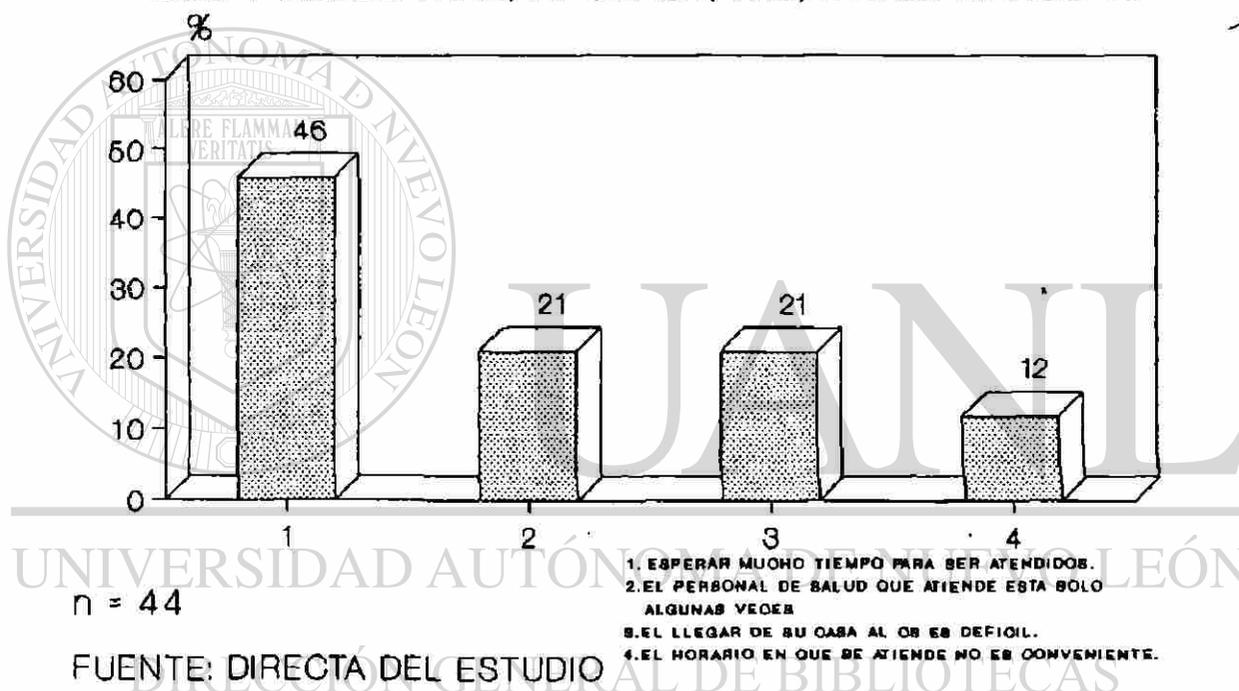
El 11 por ciento de las madres, consideraron que la enfermedad a la que eran susceptibles sus hijos, podía ser mortal; el 7 por ciento, grave; el 21 por ciento, moderado; el 34 por ciento, leve y el 27 por ciento restante, no tuvieron severidad alguna, por no ser susceptibles de sufrir una enfermedad.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

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



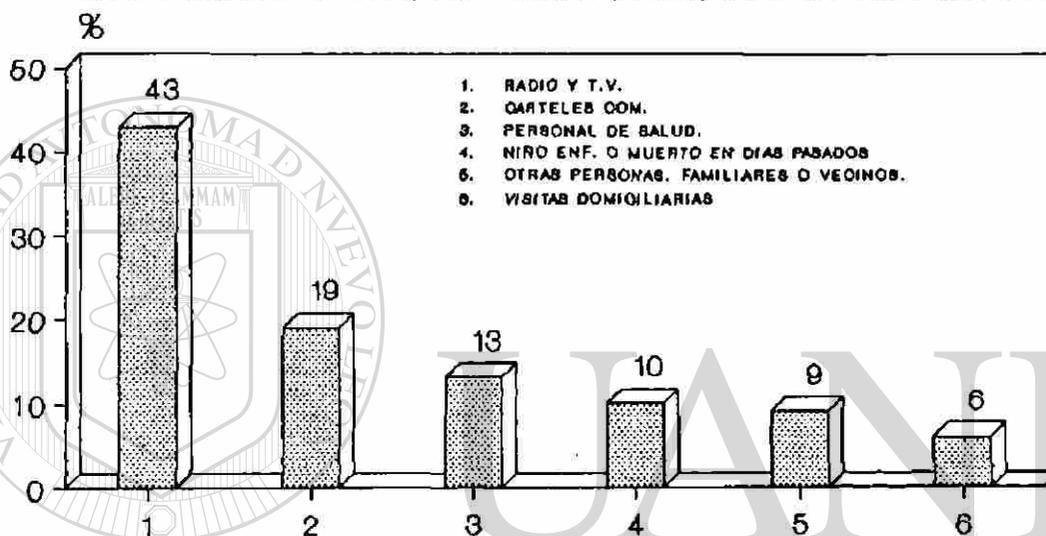
De los beneficios percibidos indagados, el 37 por ciento de las madres, consideró como beneficio, el sentirse tranquila al tener su hijo en control; el 23 por ciento, consideró que su hijo se había enfermado menos desde que ingresó al control; el 22 por ciento, dijo que el beneficio era el conocer acerca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

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



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

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



$n = 44$

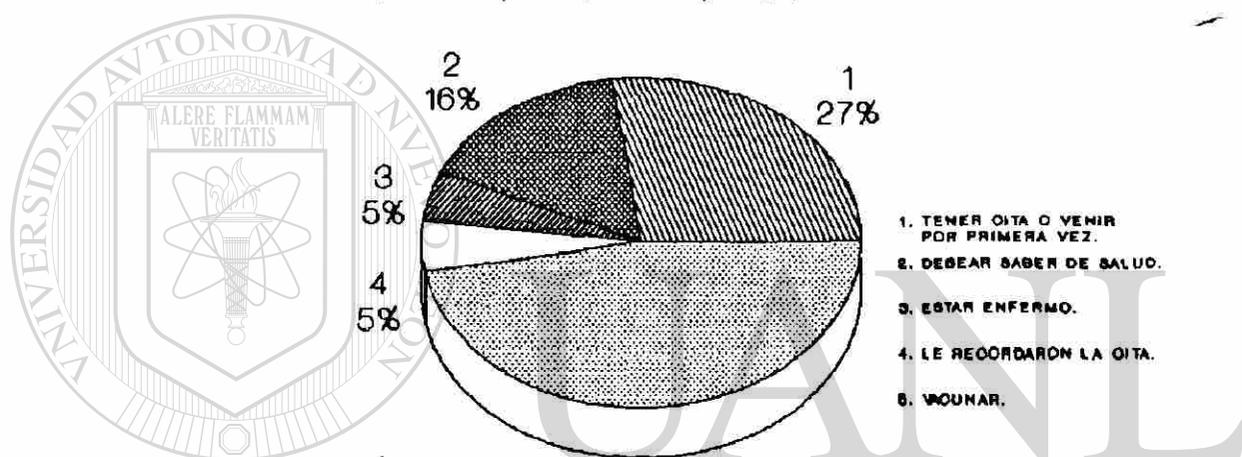
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

### DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

## FIGURA 11 AUTOEFICACIA: RAZON PARA TRAER A CNS AL HIJO

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



n = 44

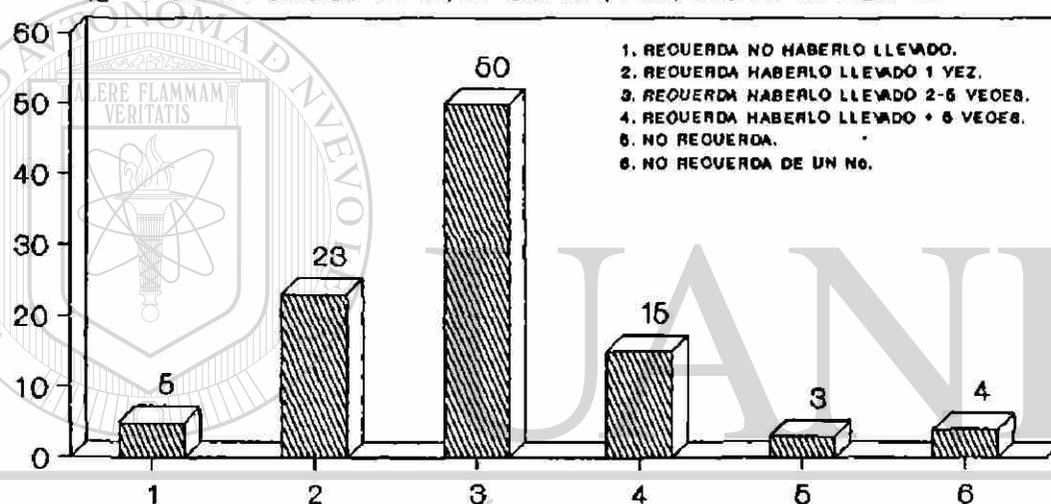
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCION GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

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

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



n = 44

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

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

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

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

CUADRO NO. 1

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

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

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 19.77$$

$$gl = 10$$

$$P = 0,03$$

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

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

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

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

## CUADRO NO. 2

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

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

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 23.6$$

$$gl = 10$$

$$P = 0,008$$

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

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

## CUADRO NO. 3

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

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

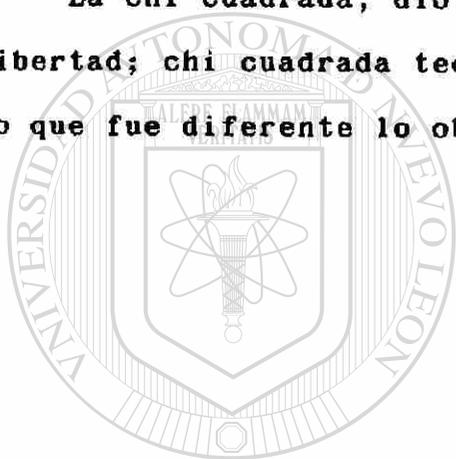
BENEFICIOS: FRECUENCIA CON QUE EL HIJO HA ENFERMADO, ESTANDO INSCRITO EN C.N.S.  FRECUENCIA DE USO: NO. DE VECES, LLEVAR A CONTROL EN EL ULTIMO AÑO, SIN ESTAR ENFERMO.	HAN ENFER-- MADO MENOS		TUVO OTROS BENEFI- CIOS		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.			2	5	2	5
Recuerda 1 vez.	3	7	7	16	10	23
Recuerda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

Fuente: Directa del Estudio.

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

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

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



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## CUADRO NO. 4

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

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

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

Fuente: Directa del Estudio.

$$X^2 = 21,42$$

$$gl = 10$$

$$P = 0,018$$

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

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

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

## CUADRO NO. 5

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

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

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

Fuente: Directa del Estudio.

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

$$gl = 5$$

$$P = 0,04$$

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

orientada por otro medio diferente.

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

CUADRO NO. 6

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

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

Fuente: Directa del Estudio.

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

$$g1 = 25$$

$$P = 0,0002$$

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

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

CUADRO NO. 7

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

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

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

Fuente: Directa del Estudio.

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

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

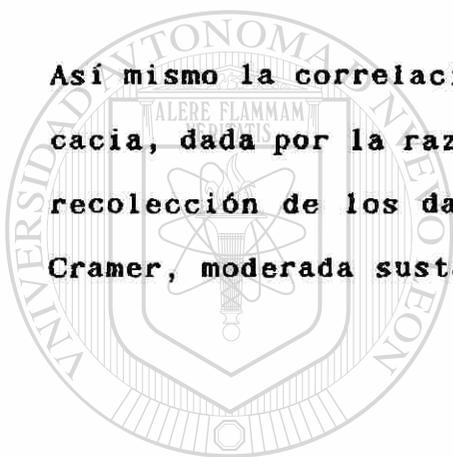
FRECUENCIA DE USO: NO. DE VECES QUE LA MADRE LLEVO AL HIJO A C.N.S. EN EL ULTIMO AÑO, SIN ESTAR ENFERMO.	V. CRAMER	COVARIANZA
1. SUSCEPTIBILIDAD: RAZON PARA CREER QUE SU HIJO CON SEGURIDAD NO VA A ENFERMAR DE CALOR.	0,47	0,22
2. SEVERIDAD: RAZONES PARA CREER QUE SE VA A ENFERMAR GRAVEMENTE.	0,51	0,26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

Fuente: Directa del Estudio.

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

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

5. Se obtuvo también con la V. de Cramer, correlación moderada sustancial de 0,50 y covarianza de 0,25, al correlacionar la variable mencionada de frecuencia de uso y las señales de acción, dadas por la visita domiciliaria del personal de salud, para motivar a la asistencia al C.N.S.
  
6. Así mismo la correlación de la frecuencia de uso, con la autoeficacia, dada por la razón que tuvo la madre para traer el día de la recolección de los datos al niño a su control, fue con la V de Cramer, moderada sustancial de 0,50 y covarianza de 0,25.



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

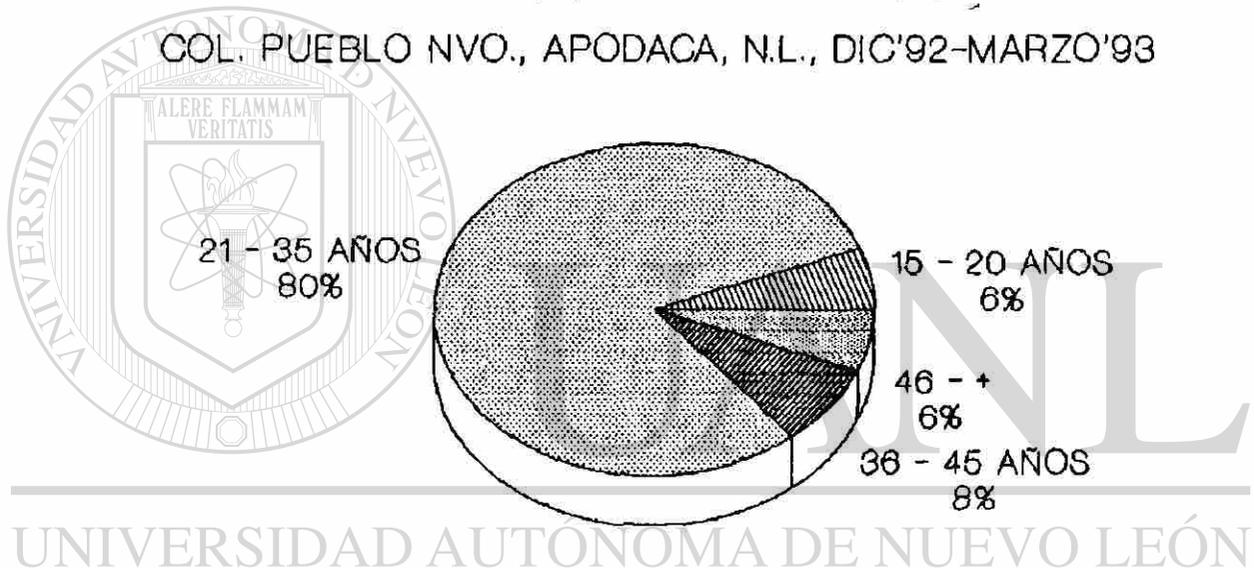


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

2. RESULTADOS: DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER CERVICO UTERINO

**FIGURA 13**  
**EDAD DE LAS MADRES QUE ASISTIERON**  
**AL PROGRAMA DE DOC**

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

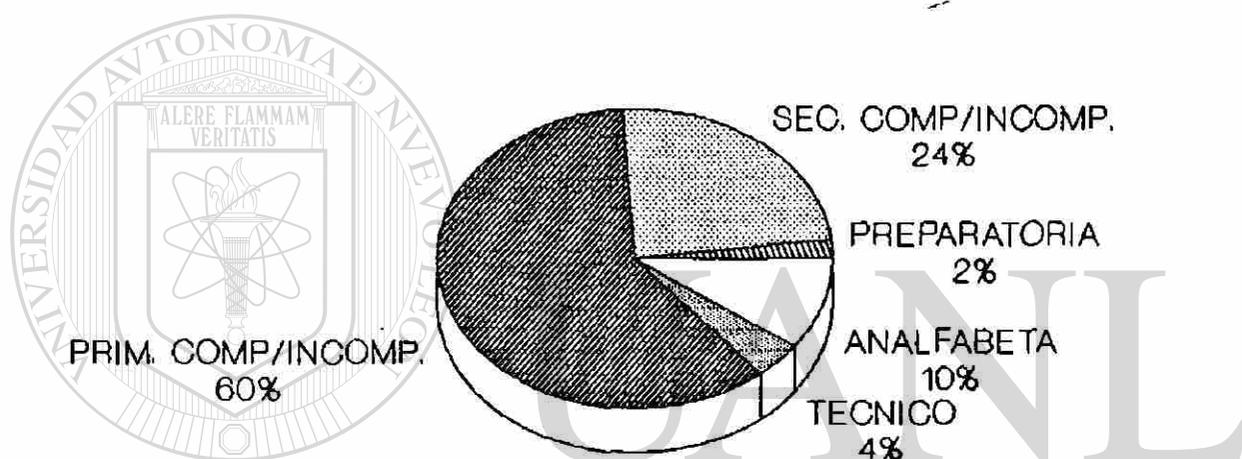


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
 DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS  $n = 50$   
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

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

## FIGURA 14 ESCOLARIDAD DE LA MADRE

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

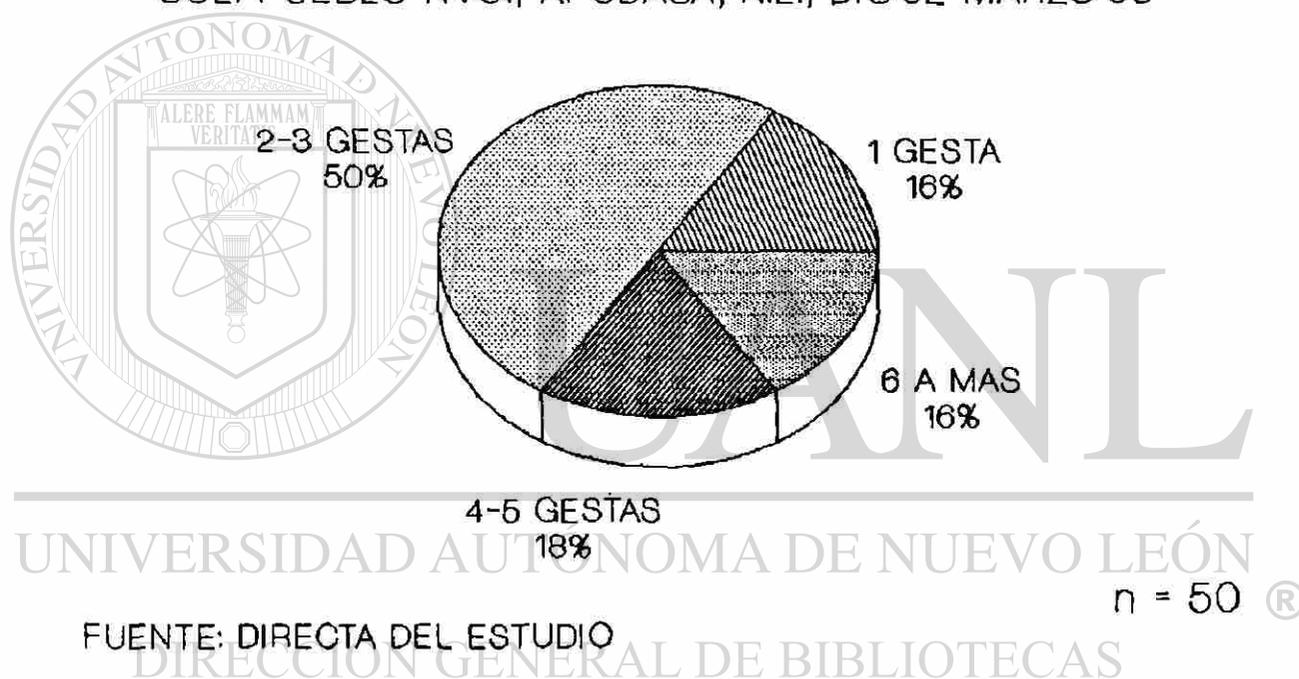
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 50

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

**FIGURA 15**  
**NUMERO DE GESTACIONES, DE LAS MADRES**  
**QUE ACUDIERON AL PROGRAMA DE DOC**

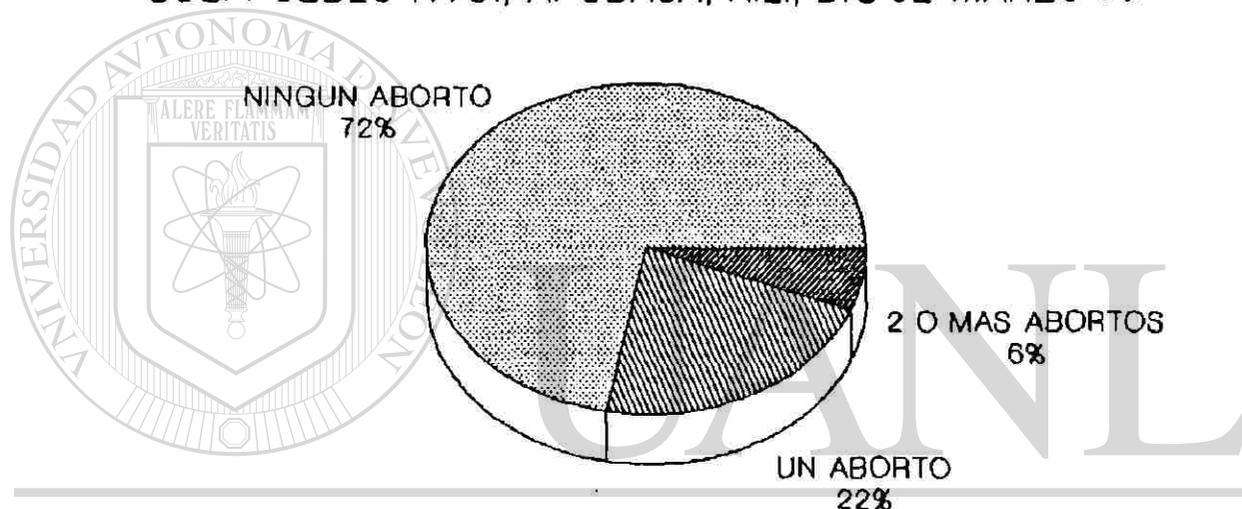
COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



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

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

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

n = 50 ®

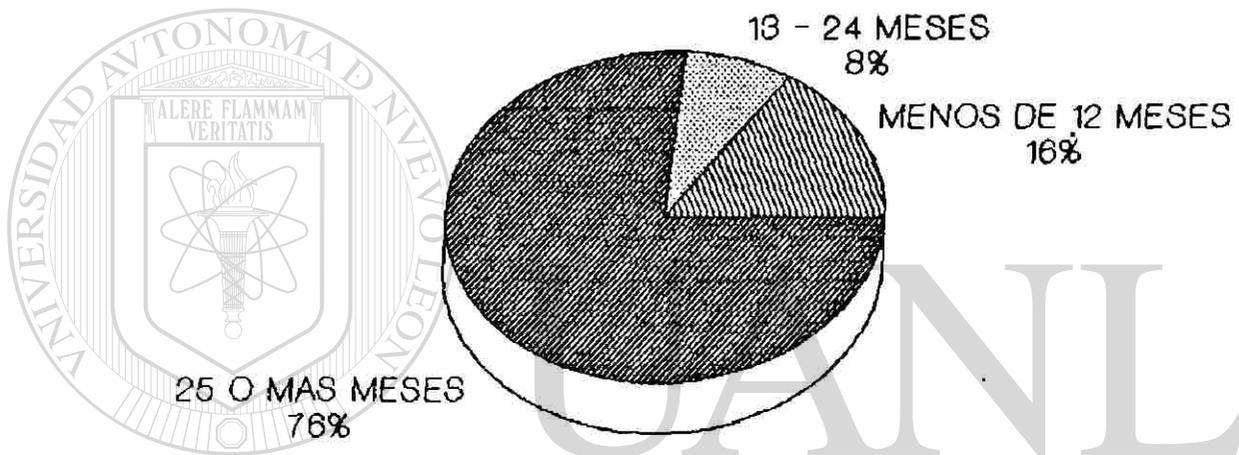
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

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

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN n = 50

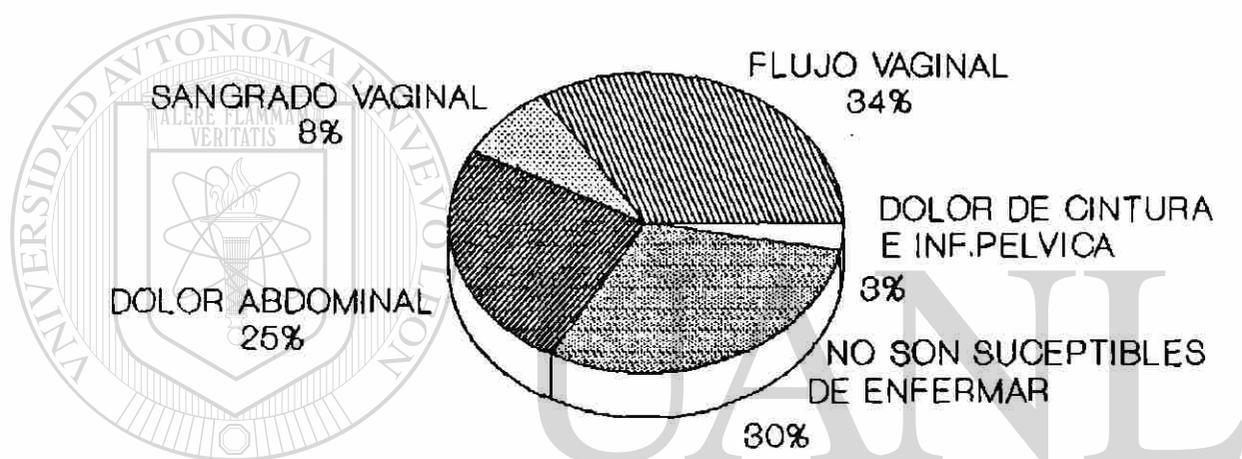
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

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

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN n = 35

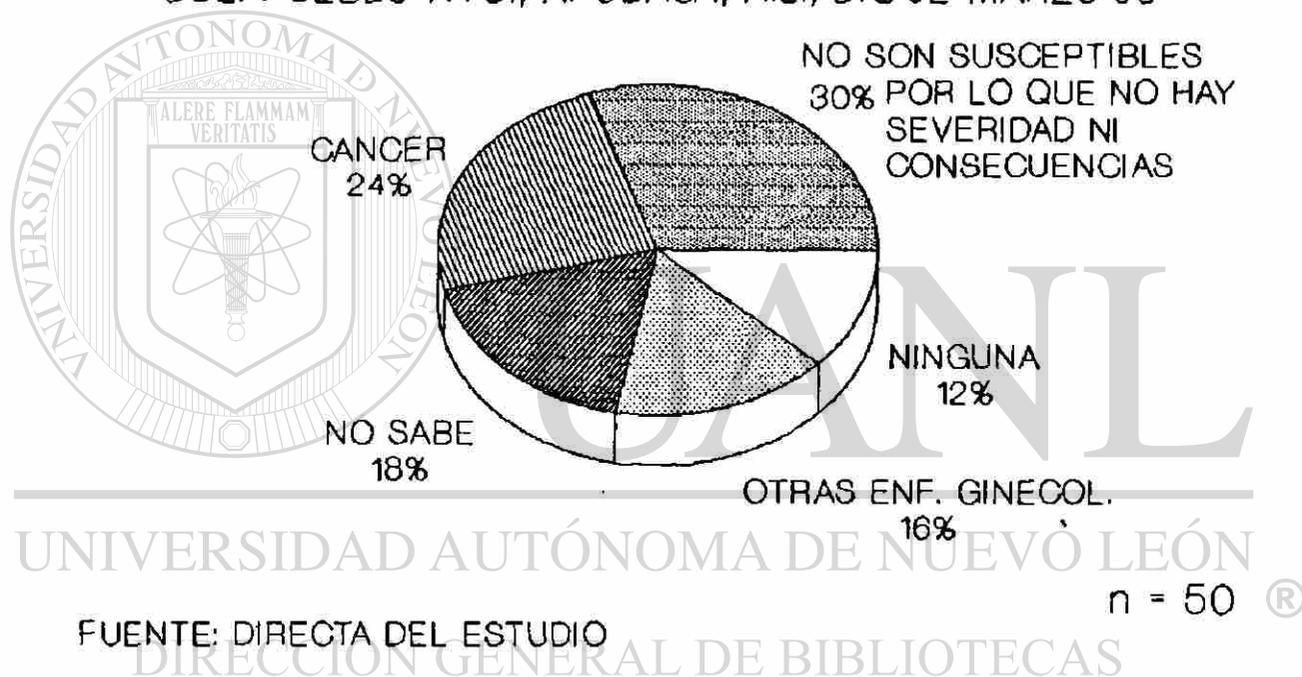
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

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

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



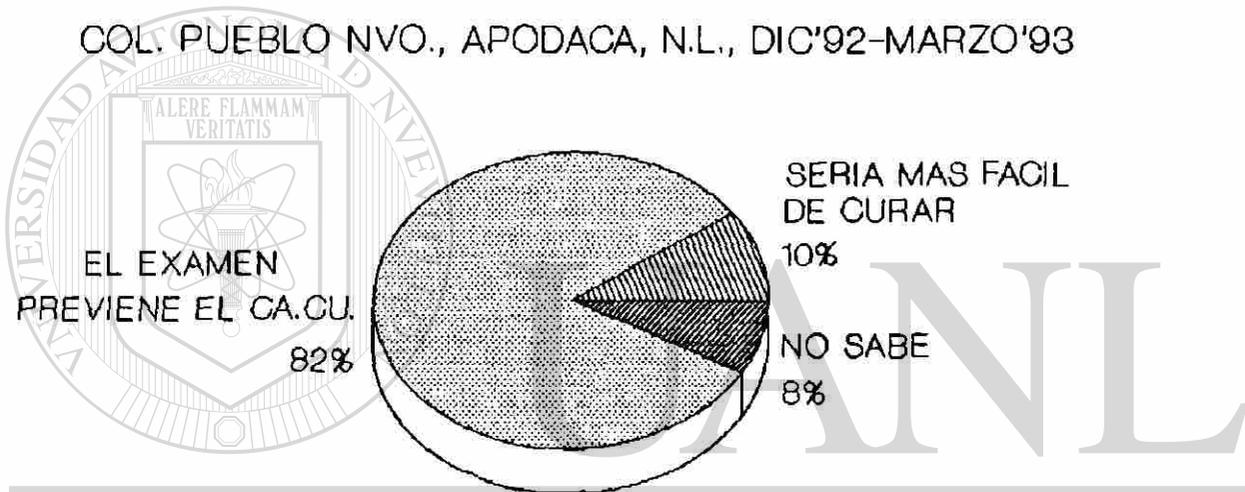
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

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

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

## FIGURA 20 BENEFICIOS PERCIBIDOS: VENTAJAS DE REALIZARSE EXAMEN DE PAPANICOLAOU

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



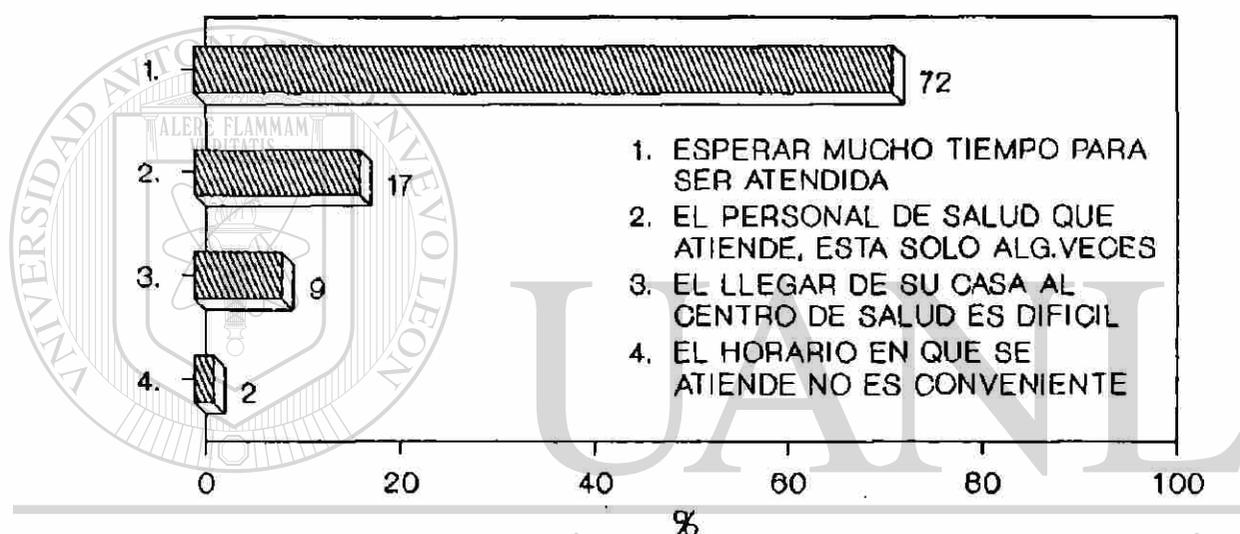
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS n = 50

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

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

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



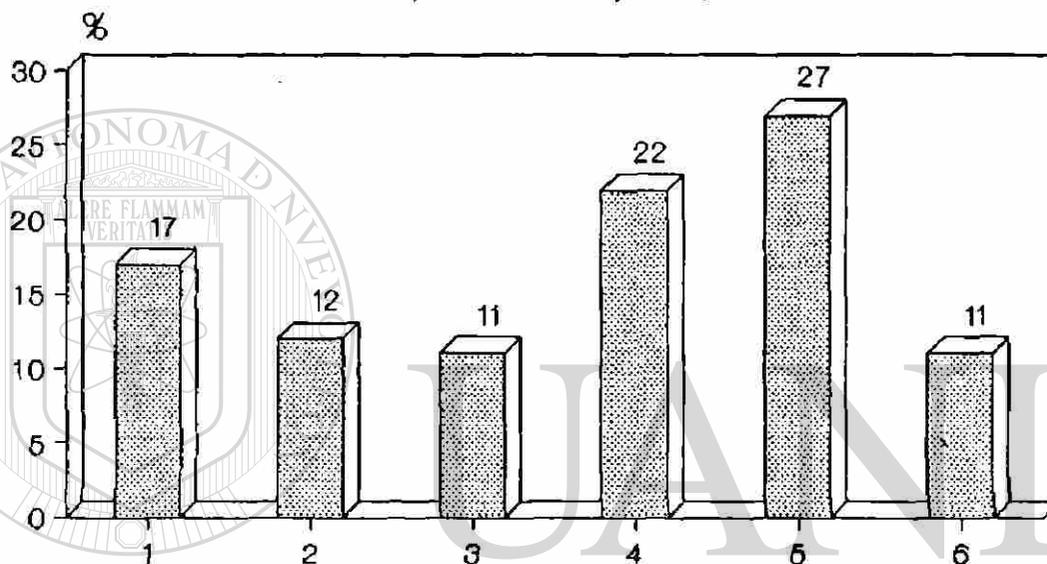
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN n = 50

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

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



n = 50

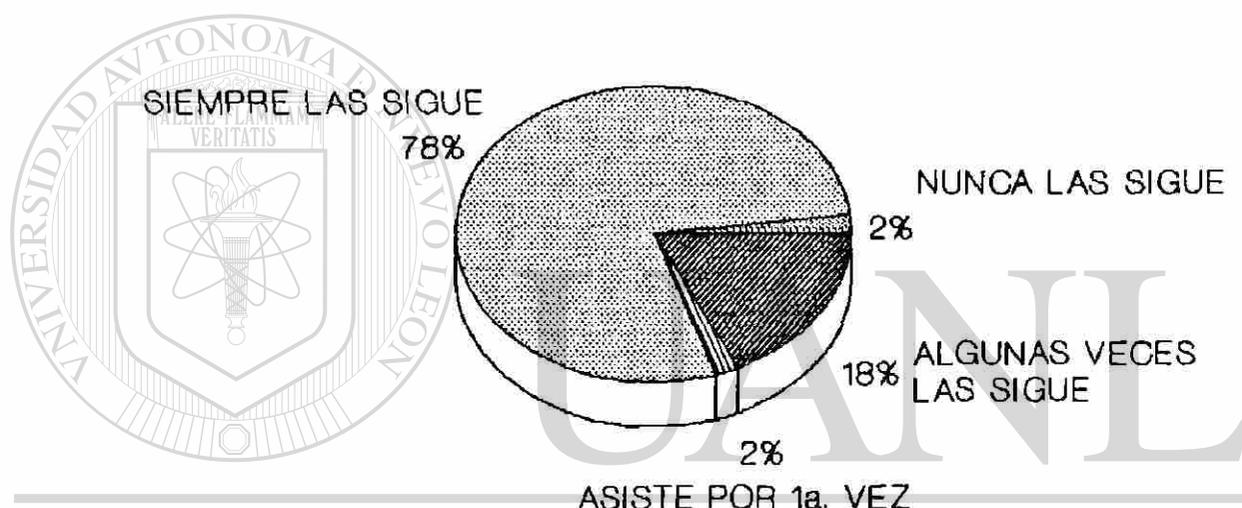
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

1. MUJER ENFERMA O MUERTA POR CA. OU. EN DIAS PASADOS
2. RADIO Y T.V.
3. CARTELES EN LA COMUNIDAD.
4. VISITAS DOMICILIARIAS.
5. PERSONAL DE SALUD.
6. OTRAS PERSONAS, FAMILIARES O VECINOS.

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

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

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

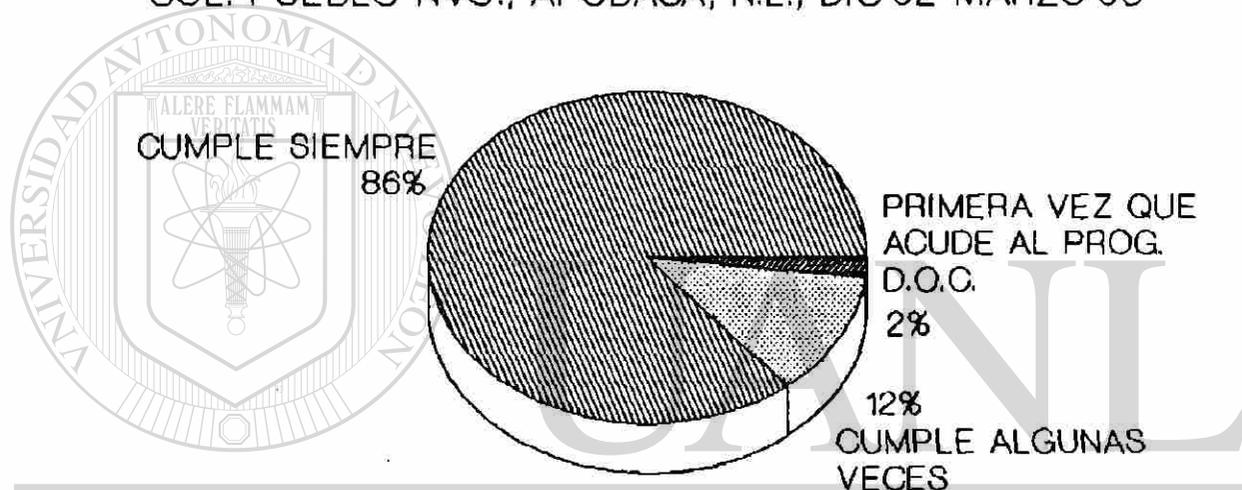
n = 50

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

## FIGURA 24 FRECUENCIA DE USO: CUMPLIMIENTO DE CITAS DE CONTROL

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



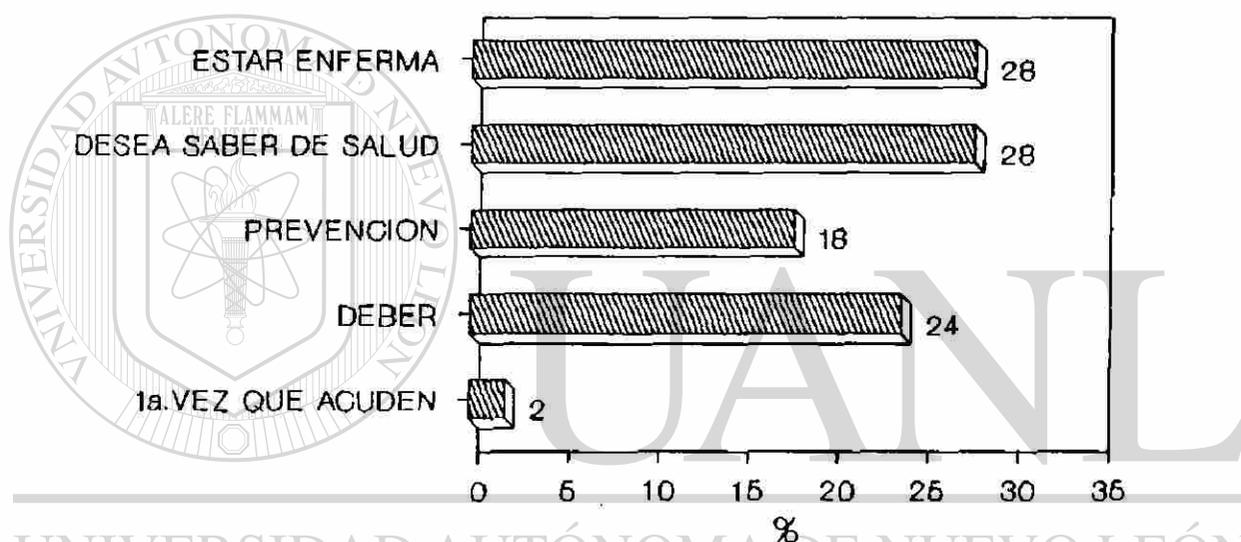
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 50 ®

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

**FIGURA 25**  
**FRECUENCIA DE USO: RAZONES POR LAS QUE**  
**SIEMPRE CUMPLEN LAS CITAS DE CONTROL**  
 COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



n = 44

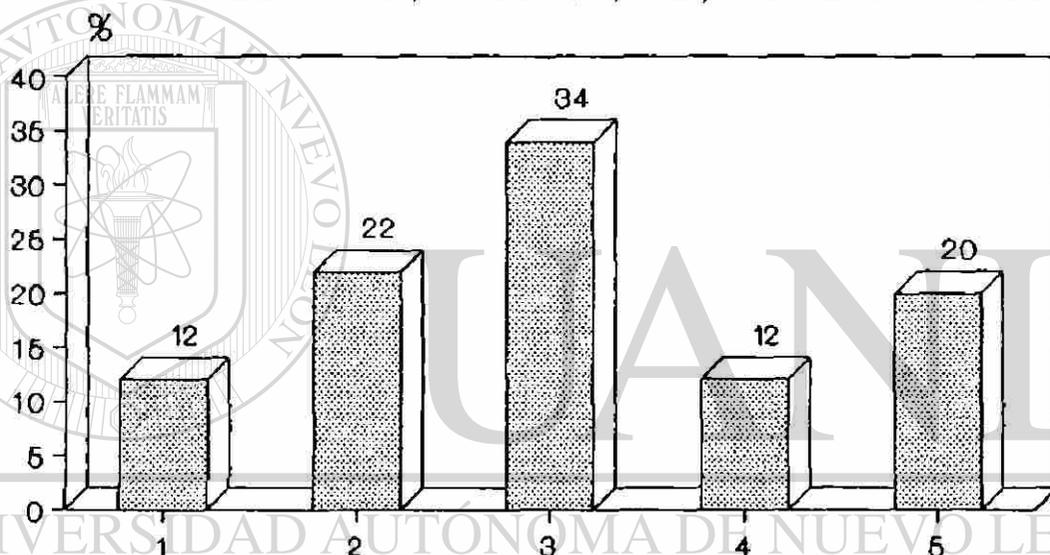
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Las razones citadas por las madres, para acudir siempre a las citas de control de programa, fueron: en el 28 por ciento, por estar enferma; en el 28 por ciento, por que deseaba saber acerca de su salud; en el 18 por ciento, por prevención; en el 24 por ciento, lo consideró como un deber y el 2 por ciento restante, era la primera vez que acudía al programa de DOC. (Figura 25).

Dentro de las razones que dieron las madres, para cumplir sólo algunas veces las citas de control están: en un 8 por ciento, porque ya se sentían bien y se olvidaron de volver; en un 4 por ciento, por no

tener dinero para realizarse los exámenes solicitados y el 88 por ciento restante, cumplían siempre o asistían por primera vez.

**FIGURA 26**  
**NUMERO DE VECES EN EL ULTIMO AÑO QUE LA MADRE ACUDIO A CONTROL S/ESTAR ENFERMA**  
 COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



n = 50

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

1. REQUERDA NO HABER ASISTIDO.
2. REQUERDA HABER ASISTIDO UNA VEZ
3. REQUERDA HABER ASISTIDO 2-5 VECES.
4. REQUERDA HABER ASISTIDO + DE 5 VECES.
5. NO REQUERDA

El 12 por ciento de las madres, recordó no haber asistido a control de DOC, durante el último año, sin estar enfermas; el 22 por ciento, dijo haber asistido una vez; el 34 por ciento, manifestó haber asistido de 2 a 5 veces; el 12 por ciento, dijo haber asistido más de 5 veces y el 20 por ciento restante, no recordó si asistió o no a control. (Figura 26).

2.1 ANALISIS DE LOS DATOS: DETECCION OPORTUNA DE CANCER CERVICO UTERINO.

CUADRO NO. 9

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:  
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA. D.O.C.

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

SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA: CREER QUE DURANTE LOS PROXIMOS MESES PUEDE ENFERMAR DE FLUJO VAGINAL	SI		NO O TENER OTRA CAUSA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
FRECUENCIA DE USO: RAZONES POR LAS QUE LA MADRE SIEMPRE CUMPLE LAS CITAS DE CONTROL.						
Estar enferma.	4	12	6	16	10	28
Desea saber de su salud.	3	8	7	20	10	28
Prevención.	1	4	4	14	5	18
Deber.	3	8	6	16	9	24
Primera vez que acude.	1	2			1	2
Total	12	34	23	66	35	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 14.84$$

$$g1 = 4$$

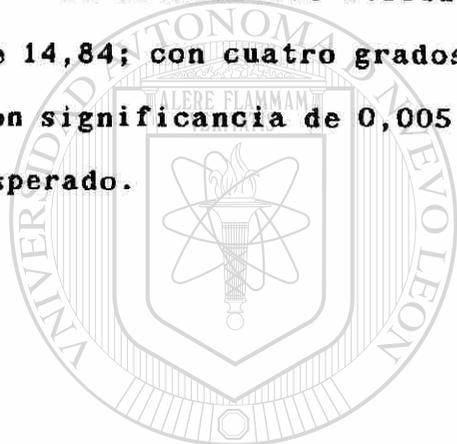
$$P = 0,005$$

Al cruzar la frecuencia de uso de los servicios preventivos de DOC, dado por las razones por las que la madre, siempre cumple las citas de control y las creencias maternas, se encontró: el 28 por ciento de las madres, asisten siempre al control por sentirse enfermas; el 28 por ciento, por desear saber de su salud; el 18 por ciento, por

prevención; el 24 por ciento, lo sienten como un deber y el 2 por ciento restante, es la primera vez que asisten al programa de DOC.

El 34 por ciento de las madres, creyeron ser susceptibles de padecer flujo vaginal durante los próximos meses y el 66 por ciento restante, no creyó ser susceptible a este padecimiento.

El estadístico utilizado fue la chi cuadrada, que dió un resultado de 14,84; con cuatro grados de libertad; chi cuadrada teórica de 13,28; con significancia de 0,005; por lo que fue diferente lo obtenido, de lo esperado.



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## CUADRO NO. 10

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

SEVERIDAD: CONSECUENCIA DE LAS PATOLOGIAS DE LAS MADRES.  FRECUEN- CIA DE USO: NO. DE VECES ASIS- TE A DOC EN EL ULTIMO AÑO, SIN ESTAR ENFERMA.	CAN- CER		OTRAS ENF. GINE- COLÓ- GICOS		NO SABE		NIN- GUNA.		NO SON SUS- CEP- TI- - BLE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.	1	2			2	4	3	6			6	12
Recuerda 1 vez	8	16	1	2	1	2	1	2			11	22
Recuerda 2 - 5 veces.	2	4	6	12	2	4	2	4	5	10	17	34
Recuerda más de 5 veces.			1	2	2	4			3	6	6	12
No recuerda	1	2			2	4			7	14	10	20
Total	12	24	8	16	9	18	6	12	15	30	50	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 29.95$$

$$gl = 20$$

$$P = 0,07$$

Al correlacionar la frecuencia de uso de los servicios preventivos, dado por el número de veces que la madre asistió al Programa de DOC, en el último año, sin estar enferma y las creencias maternas, se encontró: el 12 por ciento de las madres, recordó no haber asistido a control de DOC, en ese período de tiempo, sin estar enfermas; el 22 por ciento, dijo haber asistido una vez; el 34 por ciento, manifestó haber asistido de 2 a 5 veces; el 12 por ciento, dijo haber asistido más de

5 veces y el 20 por ciento restante, no recordó si asistió o no a control.

Las consecuencias, consideradas por las madres susceptibles a enfermar, fueron en el 24 por ciento, sufrir de cáncer cérvico uterino posteriormente; en el 16 por ciento, padecer otras enfermedades ginecológicas; en el 18 por ciento, no supieron decir la posible consecuencia; en el 12 por ciento, creían que no iba a existir ninguna consecuencia y el 30 por ciento restante, correspondió a las madres que por no ser susceptibles, no tuvieron consecuencias.

El estadístico utilizado fue la chi cuadrada, que dió un resultado de 29,45; con veinte grados de libertad; chi cuadrada teórica de 28,41; con significancia de 0,07; por lo que fue diferente lo obtenido, de lo esperado.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CUADRO NO. 11

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE: BENEFICIOS PERCIBIDOS  
D.O.C.  
PUEBLO NUEVO, APODACA, N.L., DIC. 1992 - MARZO 1993.

BENEFICIOS PERCIBIDOS: VENTAJAS DE REALIZARSE EL EXAMEN. FRECUENCIA DE USO: NO DE VECES, LLEVAR A CONTROL EN EL ULTIMO AÑO, S/ESTAR ENFERMA.	MAS FACIL CURAR		PREVIENE EL CANCER		NO SABE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.	2	4	4	8			6	12
Recuerda 1 vez.	1	2	10	20			11	22
Recuerda de 2 a 5 veces.			17	34			17	34
Recuerda más de 5 veces.			5	10	1	2	6	12
No recuerda.	2	4	5	10	3	6	10	20
Total	5	10	41	82	4	8	50	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 20.94$$

$$gl = 15$$

$$P = 0,13$$

En cuanto a la correlación de la misma variable anterior, de frecuencia de uso y los beneficios percibidos por la madre, dados por las ventajas de realizarse el examen de DOC, se encontró: que el 10 por ciento de las madres que asistieron al programa, consideró que al detectarse el cáncer cérvico uterino mediante el examen, este sería más fácil de curar; el 82 por ciento, expresó que el examen prevenía contra el cáncer cérvico uterino y el 8 por ciento restante, no supó dar

ventajas de la toma del examen.

La chi cuadrada, dió un resultado de 20,94; con quince grados de libertad, chi cuadrada teórica de 19,31 y significancia de 0,13; por lo que fue diferente lo obtenido, de lo esperado.

CUADRO NO. 12

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:  
BARRERAS PERCIBIDAS. D.O.C.

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

BARRERAS: LLEGAR DE SU CASA AL CENTRO DE SALUD	LLEGAR ES FACIL O PERCIBIDA OTRA BARRERA		LLEGAR ES DIFICIL		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
FRECUENCIA DE USO: RAZONES POR LAS QUE LA MADRE CUMPLE SOLO ALGUNAS VECES LAS CITAS DE CONTROL						
Sentirse bien y olvidarse de la cita de control.	3		1		4	8
No tener dinero para realizarse exámenes que se soliciten.			2		2	4
Cumplen siempre o es la primera vez que asisten.	42		2		44	88
Total	45	91	5	9	50	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 14.52$$

$$g1 = 2$$

$$P = 0,001$$

Al correlacionar la frecuencia de uso, dada por las razones por las que la madre, cumple solo algunas veces las citas de control y las creencias maternas, se encontró: en el 8 por ciento, solo cumplió algunas veces porque se sintió bien y se olvidó de volver; el 4 por ciento, por no tener dinero para realizarse los exámenes solicitados y el 88 por ciento restante, cumplió siempre o fue la primera vez que asistió.

En relación a las barreras percibidas, dadas por que fuese difícil llegar de su casa al Centro de Salud, se encontró: que el 91 por ciento, manifestó que fue fácil llegar y consideró otras barreras y el 9 por ciento restante, creyó que fue difícil hacerlo.

La chi cuadrada dió un resultado de 14,52; con dos grados de libertad; chi cuadrada teórica de 13,82 y significancia de 0,001; por lo que es diferente lo obtenido, de lo esperado.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## CUADRO NO. 13

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE: SEÑALES DE ACCION  
D.O.C.  
PUEBLO NUEVO, APODACA, N.L., DIC. 1992 - MARZO 1993.

SEÑALES DE ACCION: SER INVITADO HA HACER USO DEL PROGRAMA POR PERSONAL DE SALUD.  FRECUENCIA DE USO: NUMERO DE VECES QUE ASISTE A DOC EN EL ULTIMO AÑO, SIN ESTAR ENFERMA.	FUE INVITA- DO		NO FUE INVITA- DO O TU VO OTRA SEÑAL DE ACCION		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.			6	12	6	12
Recuerda 1 vez.	1	2	10	20	11	22
Recuerda de 2 a 5 veces.	5	10	12	24	17	34
Recuerda más de 5 veces.	2	4	4	8	6	12
No recuerda.	6	11	4	9	10	20
Total	14	27	36	73	50	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 15.51$$

$$gl = 5$$

$$P = 0,008$$

Al correlacionar la variable de frecuencia de uso de los servicios preventivos, dado por el número de veces que la madre asistió al programa de DOC, en el último año, sin estar enferma, referida en el cuadro no. 10 y las creencias maternas, se encontró: que el 27 por ciento de las madres, consideró como señal de acción, la invitación que en alguna oportunidad hizo el personal de salud durante la consulta,

para asistir al Programa de DOC y el 73 por ciento restante, no fue invitado, pero tuvo otras señales de acción.

La chi cuadrada fue de 15,51; con cinco grados de libertad, chi cuadrada teórica de 15,09 y significancia de 0,008; por lo que fue diferente lo obtenido, de lo esperado.

CUADRO NO. 14

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

AUTOEFICACIA: SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DADAS EN EL PROGRAMA DOC  FRECUENCIA DE USO: CUMPLIMIENTO DE CITAS DE CONTROL DE DOC	SIEMPRE LAS SIGUE		ALGUNAS VECES LAS SIGUE		NUNCA LAS SIGUE		ASISTE POR PRIMERA VEZ		TOTAL	
	FI	%	I	%	FI	%	FI	%	FI	%
Cumple siempre.	36	72	6	12			1	2	43	86
Cumple algunas veces.	2	4	3	6	1	2			6	12
Primera vez que acude al Programa de DOC.	1	2							1	2
Total	39	78	9	18	1	2	1	2	50	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 10.62$$

$$g1 = 4$$

$$P = 0,03$$

Al correlacionar la variable de frecuencia de uso de los servicios preventivos, dado por el cumplimiento de las citas de control, al Programa de DOC y las creencias maternas, se encontró: que el 86 por

ciento de las madres, manifestó cumplir siempre los controles dados por el personal de salud; el 12 por ciento, dijo cumplir solo algunas veces y el 2 por ciento restante, fue la primera vez que acudió, por lo que no se le había dado citas de control.

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

La chi cuadrada fue de 10.62; con cuatro grados de libertad; chi cuadrada teórica de 9,49 y significancia de 0,03; por lo que fue diferente lo obtenido, de lo esperado.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CUADRO NO. 15

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:  
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA. D.O.C.

FRECUENCIA DE USO: RAZONES POR LAS QUE LA MADRE SIEMPRE CUMPLE LAS CITAS DE CONTROL.	V. CRAMER	COVARIANZA
Susceptibilidad percibida: creer que durante los próximos meses puede enfermar de flujo vaginal.	0,54	0.29

Al correlacionar la frecuencia de uso, dada por las razones por las que la madre siempre cumplió las citas de control, con las

creencias maternas, dadas por la susceptibilidad percibida, donde la madre creyó que durante los próximos meses podía enfermar de flujo vaginal, se obtuvo con la V. de Cramer, una correlación moderada sustancial, de 0,54 y covarianza de 0.29.

CUADRO NO. 16

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:  
SEVERIDAD PERCIBIDA, SEÑALES DE ACCION Y BENEFICIOS PERCIBIDOS  
D.O.C.

FRECUENCIA DE USO: NUMERO DE VECES QUE LA MADRE ASISITO AL PROGRAMA DE DOC, EN EL ULTIMO AÑO SIN ESTAR ENFERMA	V. CRAMER	COVARIANZA
1. Severidad: consecuencias de las patologías a las que la madre dijo ser susceptible.	0,38	0.14
2. Señales de acción: ser invitado a hacer uso del Programa de DOC, por el personal de salud.	0,55	0.30
3. Beneficios percibidos: ventajas de realizarse el examen.	0,37	0.13

Al correlacionar la frecuencia de uso, dado por el número de veces que la madre asistió al Programa de DOC, en el último año sin estar enferma, con las creencias maternas, se obtuvo:

1. Con la V. de Cramer, una correlación definida baja, de 0,38 y una covarianza de 0,14 al cruzar con la severidad, dada por las consecuencias de las patologías a las que la madre, dijo ser susceptible.

2. La correlación de la variable frecuencia de uso, mencionada anteriormente y las señales de acción, dadas por haber sido invitado a hacer uso del Programa de DOC, por el personal de salud, en alguna oportunidad previa, con la V. de Cramer fue moderada sustancial, de 0,55 y covarianza de 0.30.
3. En cuanto a la correlación de esta misma variable y los beneficios percibidos, dado por las ventajas de realizarse el examen, se encontró la V. de Cramer con grado de correlación definida baja, de 0,37 y covarianza de 0.13.

CUADRO NO. 17

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA  
MADRE: BARRERAS PERCIBIDAS. D.O.C.

FRECUENCIA DE USO: RAZONES POR LAS QUE LA MADRE CUMPLE ALGUNAS VECES LAS CITAS DE CONTROL.	V. CRAMER	COVARIANZA
Barreras percibidas: facilidad de llegar de su casa al Centro de Salud.	0,54	0.29

Al correlacionar la frecuencia de uso, dada por las razones por las cuales la madre, cumplió sólo algunas veces las citas de control, con las creencias maternas, dadas por las barreras percibidas, donde la madre valoró la dificultad de llegar de su casa al Centro de Salud, se obtuvo con la V. de Cramer, una correlación moderada sustancia, de 0,54 y covarianza de 0.29.

## CUADRO NO. 18

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS MATERNAS: AUTOEFICACIA  
D.O.C.

FRECUENCIA DE USO: CUMPLIMIENTO DE CITAS DE CONTROL EN EL PROGRAMA DE DOC.	V. CRAMER	COVARIANZA
Autoeficacia: seguimiento de las recomendaciones dadas en el Programa DOC.	0,32	0.10

Al correlacionar la frecuencia de uso, dada por el cumplimiento de citas de control en el Programa de DOC, con las creencias maternas, dadas por la autoeficacia, donde la madre fue capaz de seguir las recomendaciones dadas por el Programa, se obtuvo con la V. de Cramer, una correlación definida baja de 0,32 y covarianza de 0.10.

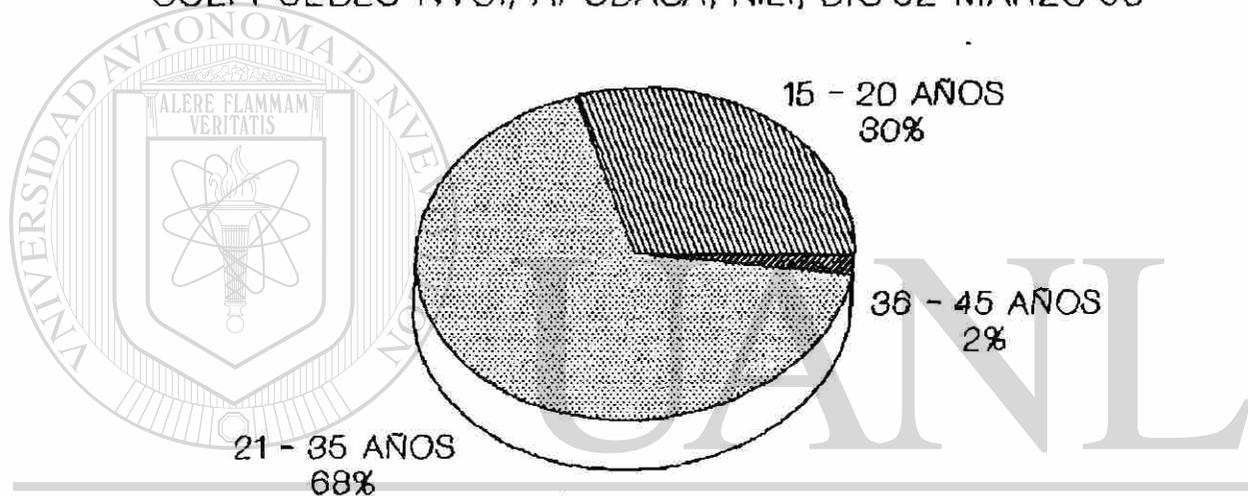
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

### 3. RESULTADOS: PLANIFICACION FAMILIAR

## FIGURA 27 EDAD DE LAS MADRES QUE ASISTIERON AL PROGRAMA DE P.F.

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

n = 95

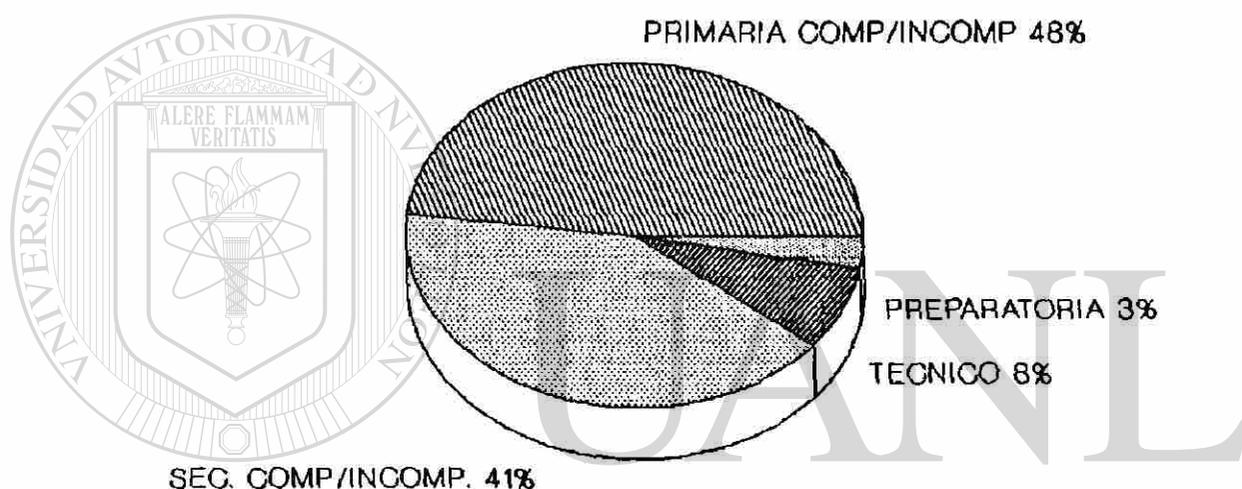
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El 30 por ciento de las madres que consultaron al programa, fueron de 15 - 20 años; el 68 por ciento, de 21 a 35 y el 2 por ciento restante, fueron de 36 a 45 años. (Figura 27).

## FIGURA 28 ESCOLARIDAD DE LA MADRE QUE ASISTE AL PROGRAMA DE P.F.

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

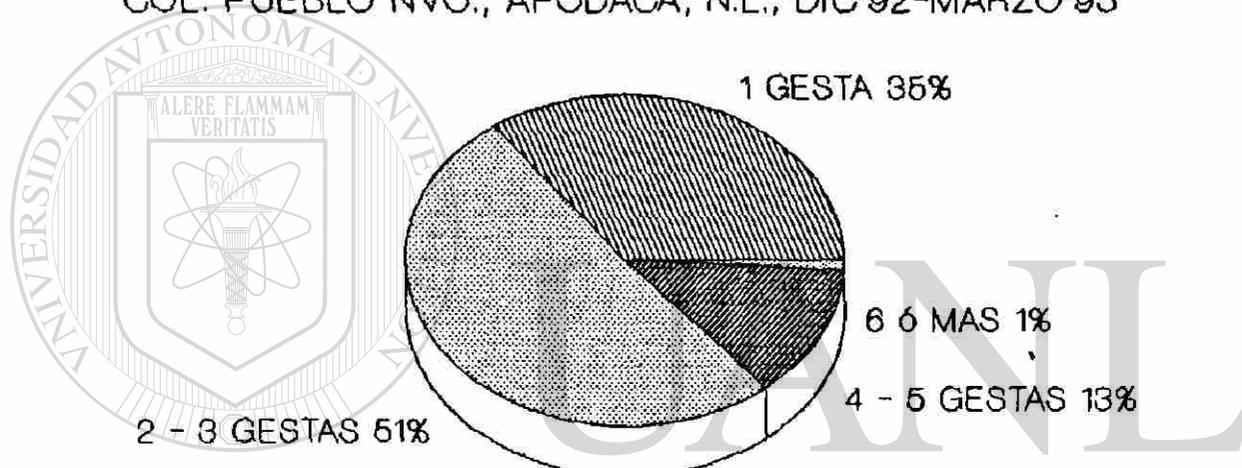
n = 95 ®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El 48 por ciento de las madres, refirió haber cursado en parte o completamente la primaria; el 41 por ciento, dijo tener en parte o haber culminado la secundaria; el 8 por ciento, manifestó tener estudios técnicos, y el 3 por ciento restante, haber terminado de estudiar la preparatoria. (Figura 28).

**FIGURA 29**  
**NUMERO DE GESTACIONES DE LAS MADRES**  
**QUE ACUDIERON AL PROGRAMA DE P.F.**

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

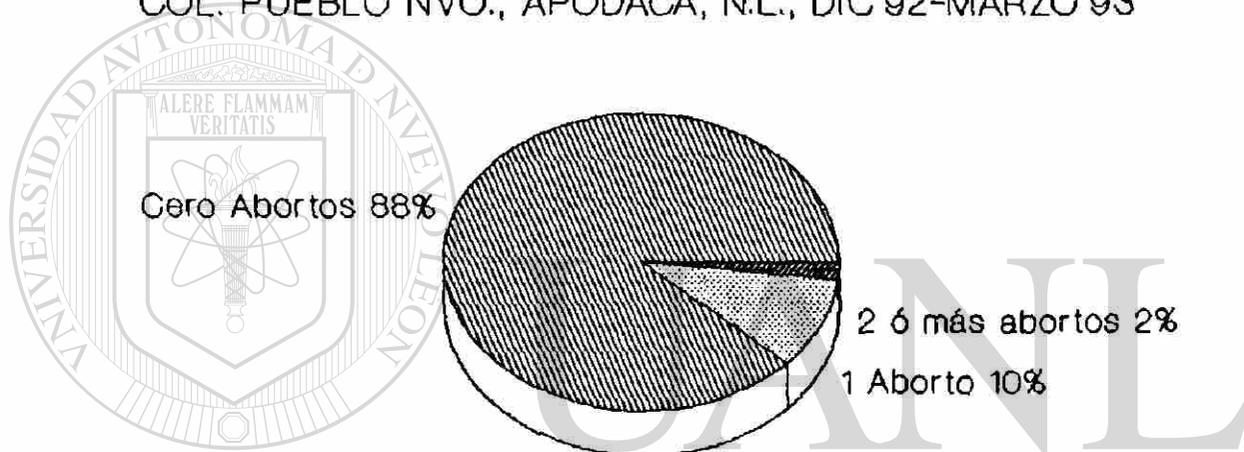
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 95 <sup>®</sup>

El 35 por ciento de las madres, habían tenido una gestación; el 51 por ciento, de 2 a 3 gestas; el 18 por ciento, de 4 a 5 gestas y el 1 por ciento restante, 6 o más gestaciones. (Figura 29).

## FIGURA 30 NUMERO DE ABORTOS DE LAS MADRES QUE ACUDIERON AL PROGRAMA DE P.F.

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

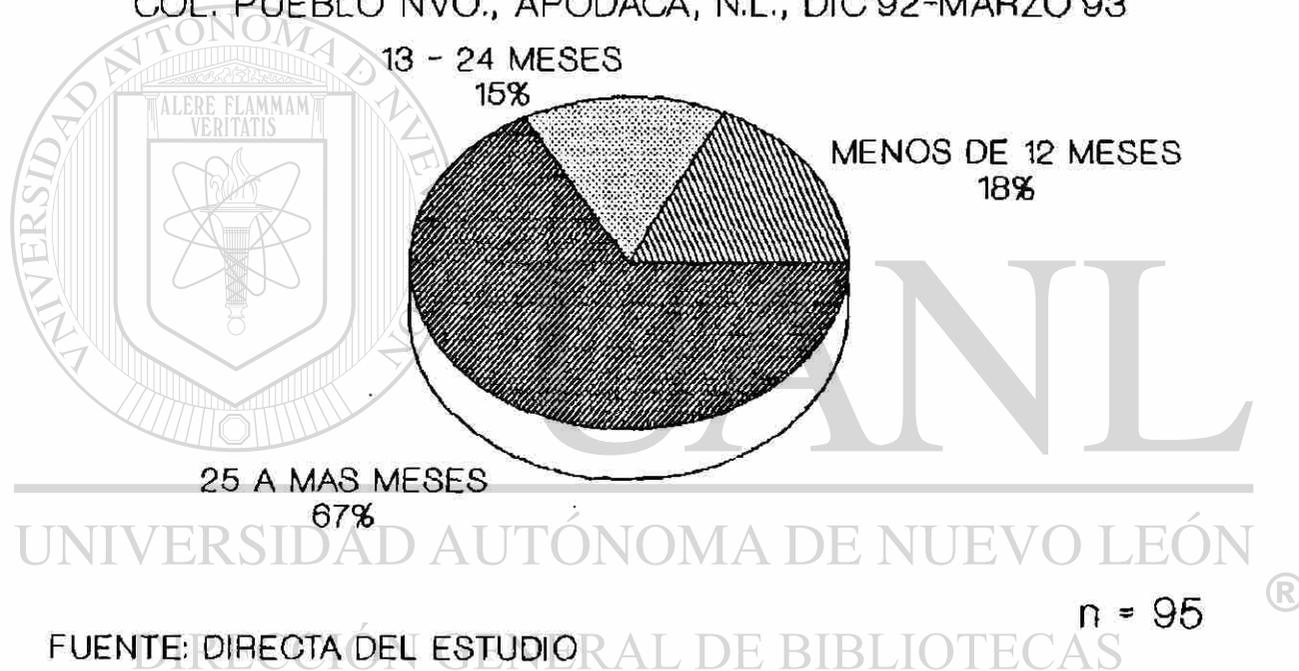
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 95 <sup>®</sup>

En relación al número de abortos, que habían tenido las madres que acudieron al Programa de Planificación Familiar, se encontró: que el 88 por ciento, no habían tenido abortos; el 10 por ciento, había tenido uno y el 2 por ciento restante, había tenido dos o más abortos. (Figura 30).

**FIGURA 31**  
**TIEMPO DE RESIDENCIA EN LA COLONIA, DE**  
**LAS MADRES QUE ASISTIERON PROG. DE P.F.**

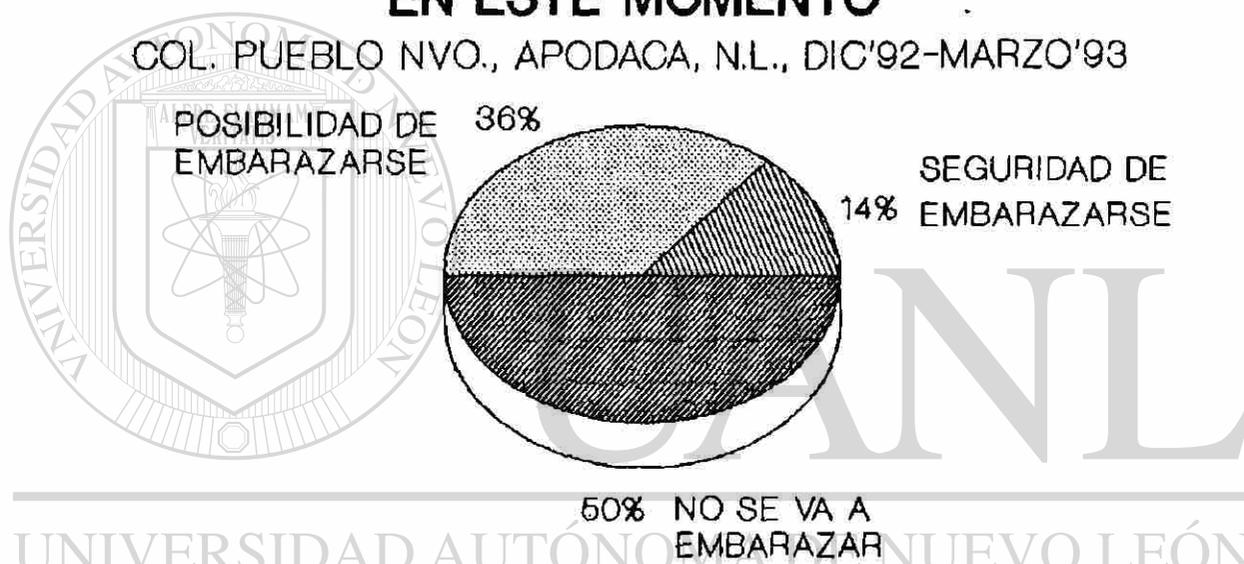
COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



El 18 por ciento de las madres, radicaron menos de 12 meses; el 15 por ciento, de 13 a 24 meses y el 67 por ciento restante, más de 25 meses. (Figura 31).

## FIGURA 32 SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA: LA MADRE CREE QUE PUEDE QUEDAR EMBARAZADA EN ESTE MOMENTO

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



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 95 <sup>®</sup>

En relación a la susceptibilidad percibida de embarazarse, se encontró: que el 14 por ciento de las madres, refirió que con seguridad se podía embarazar en ese momento; el 36 por ciento, dijo que existía una posibilidad y el 50 por ciento restante, refirió que no se iba a embarazar. (Figura 32).

**FIGURA 33**  
**SEVERIDAD PERCIBIDA POR LA MADRE, AL**  
**CREER QUE UN EMBARAZO SERIA**  
**PELIGROSO PARA SU SALUD**

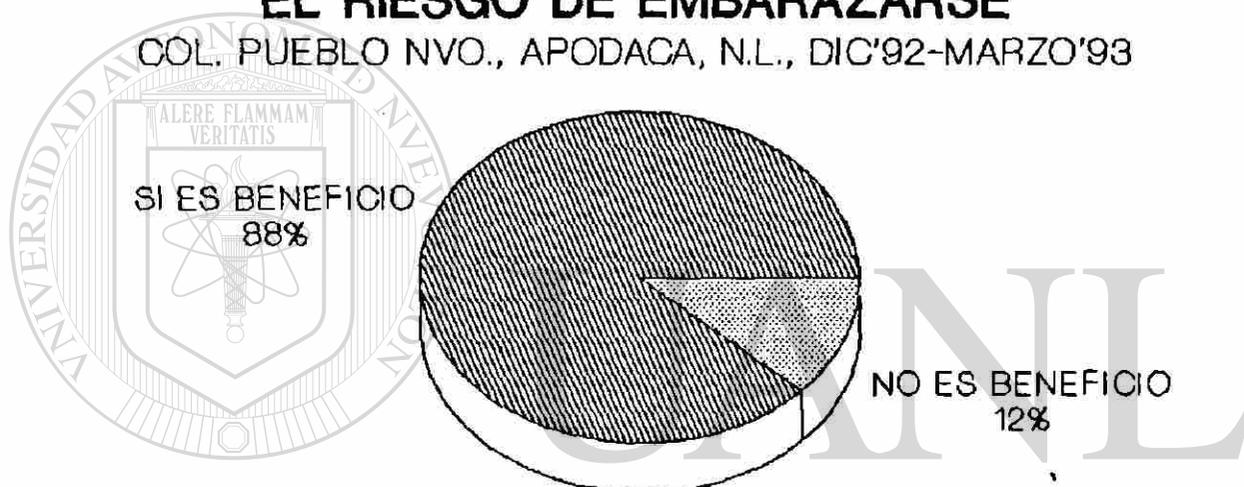
COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



El 29 por ciento de las madres, consideró que un embarazo, sería peligroso para la salud; el 19 por ciento, manifestó que un embarazo no sería peligroso para su salud; el 2 por ciento, no supo dar una respuesta y el 50 por ciento restante, correspondió a las madres que refirieron no ser susceptibles de embarazo en ese momento y por lo tanto, no tuvieron severidad alguna. (Figura 33).

**FIGURA 34**  
**BENEFICIOS PERCIBIDOS: TENER RELACIONES**  
**SEXUALES, SIN PENSAR EN**  
**EL RIESGO DE EMBARAZARSE**

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

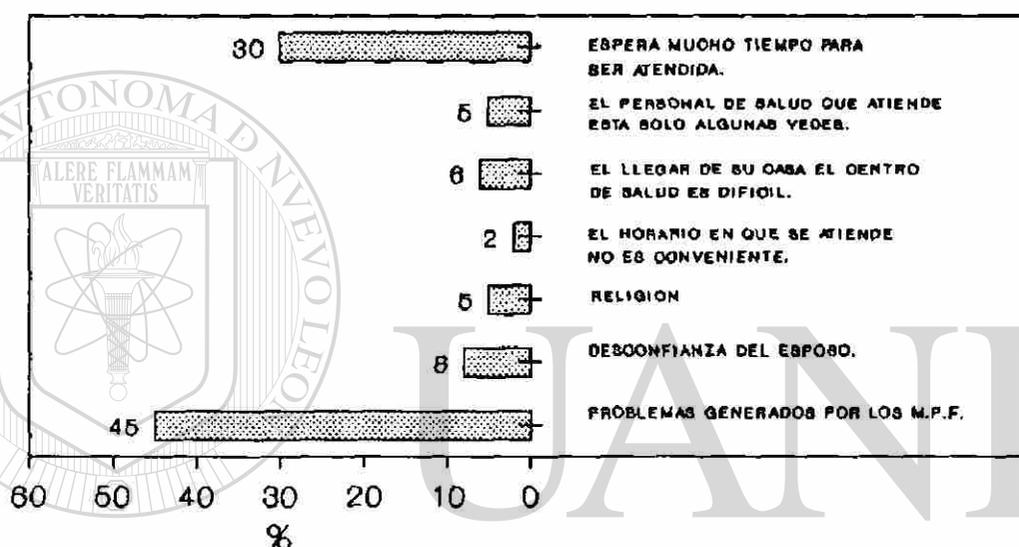
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n = 95

®

El 88 por ciento de las madres, que asistieron al programa de Planificación Familiar, consideró que el beneficio de planificar era poder mantener relaciones sexuales, sin pensar en el riesgo de embarazarse y el 12 por ciento restante, no lo consideró un beneficio. (Figura 34).

**FIGURA 35**  
**BARRERAS PERCIBIDAS POR LA MADRE, PARA**  
**ASISTIR AL PROGRAMA DE P.F.**  
 COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93

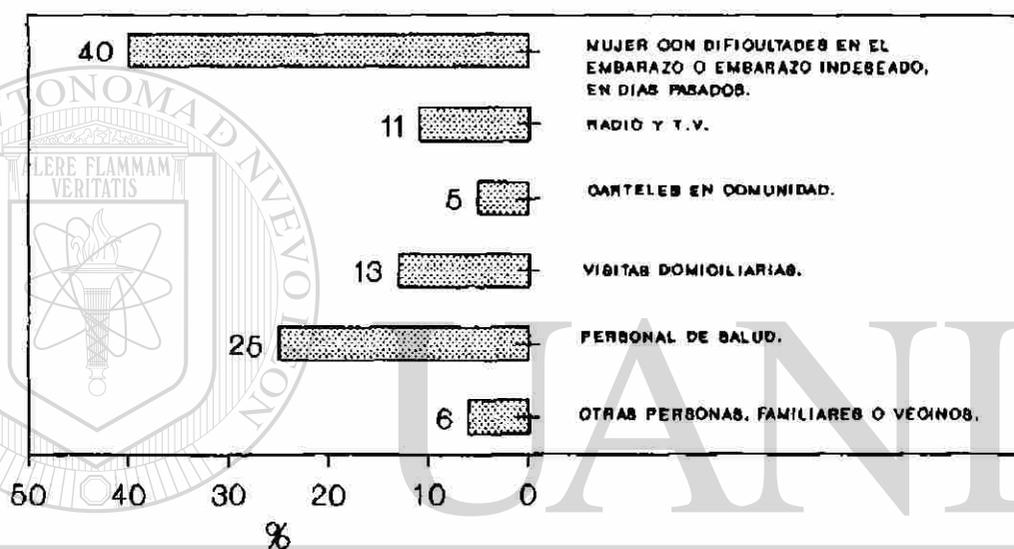


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  $n = 95$   
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

### DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

De las barreras percibidas por las madres entrevistadas en el estudio, el 30 por ciento, consideró el esperar mucho para ser atendida, el 5 por ciento, dijo que el personal de salud que atiende, solo estaba algunas veces, el 6 por ciento, manifestó que el llegar de su casa al Centro de Salud fue difícil; el 2 por ciento, percibió como barrera el horario en que se atiende, siendo este poco conveniente para ellas; el 5 por ciento, dijo que la religión al no permitir el uso de todos los MPF era una barrera; el 8 por ciento, manifestó que su esposo desconfiaba de ellas porque usaban un MPF y el 45 por ciento restante, consideró como barrera las complicaciones o problemas que generaban el uso de los MPF. (Figura 35).

**FIGURA 36**  
**SEÑALES DE ACCION PERCIBIDAS POR LA**  
**MADRE, PARA ASISTIR AL PROGRAMA DE P.F.**  
**COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93**



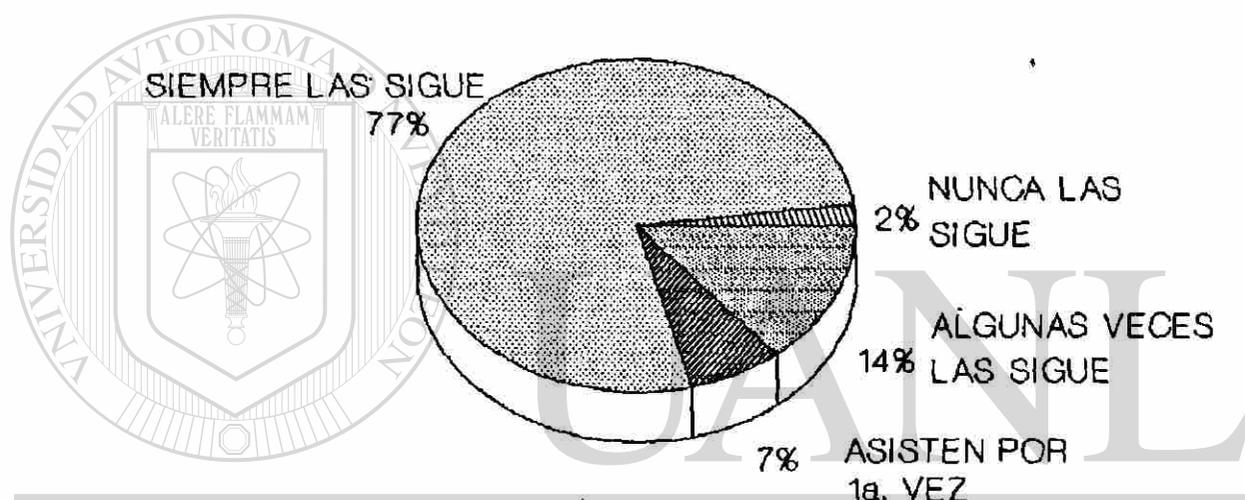
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN n = 95  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a las señales de acción, el 40 por ciento de las madres, consideró el hecho de que una mujer en la familia vecina o amiga hubiese tenido en días pasados dificultades en el embarazo o un embarazo no deseado, medio que le llevó a ella, a asistir al Programa de Planificación Familiar; el 11 por ciento, manifestó que había sido la radio y televisión; el 5 por ciento, dijo que habían sido los carteles que leyó con la invitación en áreas de la comunidad o Centro de Salud; el 13 por ciento, fue visitado en su casa por el personal de salud quien lo invitó; el 25 por ciento, dijo que por invitación hecha durante la consulta por el personal de salud y el 6 por ciento restante, fue invitado por familiares o vecinos a que participarán en el programa. (Figura 36).

## FIGURA 37

### AUTOEFICACIA: SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES EN EL PROG. DE P.F.

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



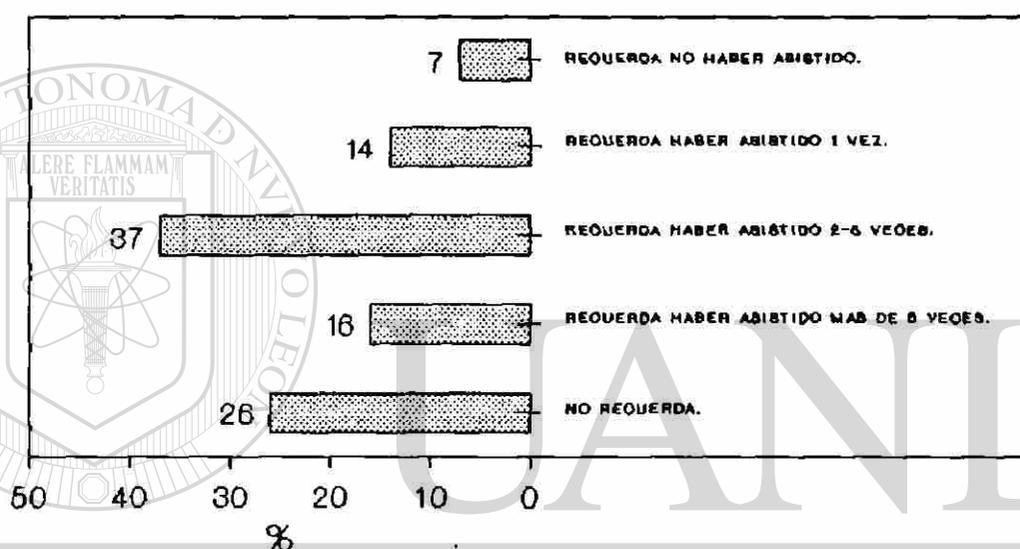
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN n = 95

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

En relación a la autoeficacia, con respecto al seguimiento de las recomendaciones, que da el personal de salud a las madres, durante el control o consulta en el programa de P.F., se encontró: que el 77 por ciento, refirió seguirlas siempre; el 14 por ciento, dijo seguirlas algunas veces; el 2 por ciento, manifestó nunca seguir las recomendaciones y el 7 por ciento restante, correspondió a las madres que asistían por primera vez al control y por lo tanto no supieron dar respuesta a la pregunta. (Figura 37).

**FIGURA 38**  
**NUMERO DE VECES EN EL ULTIMO AÑO, QUE LA**  
**MADRE ACUDIO A CONTROL S/ESTAR ENFERMA**  
 COL. PUEBLO NVO., APODACA, N.L., DIC'92-MARZO'93



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN n = 95  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO ®  
 DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El 7 por ciento de las madres, recordo no haber asistido a control de P.F., durante el último año, sin estar enfermas; el 14 por ciento, dijo haber asistido una vez; el 37 por ciento, manifestó haber asistido de 2 a 5 veces; el 16 por ciento, dijo haber asistido más de 5 veces y el 26 por ciento restante, no recordó si asistió o no a control. (Figura 38).

## 3.1 ANALISIS DE LOS DATOS: PLANIFICACION FAMILIAR

CUADRO NO. 19

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:  
SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA. P.F.

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

SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA: CREER QUE PUEDE QUEDAR EN EMBARAZO EN ESTE MOMENTO	SEGURIDAD DE EMBARAZARSE		POSIBILIDAD DE EMBARAZARSE		NO SE VA A EMBARAZAR		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FRECUENCIA DE USO: NO. DE VECES, ASISTE A CONTROL EN EL ULTIMO AÑO, S/ESTAR ENFERMA.								
Recuerda 0 veces.	3	3	4	4			7	7
Recuerda 1 vez.			2	2	11	12	13	14
Recuerda de 2 a 5 veces.	6	6	10	11	19	20	35	37
Recuerda más de 5 veces.	1	1	10	11	4	4	15	16
No recuerda.	4	4	8	8	13	14	25	26
Total	14	14	34	36	47	50	95	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 30.17$$

$$gl = 10$$

$$P = 0,008$$

Al correlacionar la frecuencia de uso de los servicios preventivos, dado por el número de veces que la madre asistió al programa de P.F., en el último año, sin estar enferma y las creencias maternas, se encontró: el 7 por ciento de las madres, recordó no haber asistido a control de P.F. en ese período de tiempo, sin estar enfermas; el 14 por

ciento, dijo haber asistido una vez; el 37 por ciento, manifestó haber asistido de 2 a 5 veces, el 16 por ciento, dijo haber asistido más de 5 veces y el 26 por ciento restante, no recordó si asistió o no a control.

En relación a la susceptibilidad percibida de embarazarse, se encontró que el 14 por ciento de las madres, creyó que con seguridad se podía embarazar en ese momento; el 36 por ciento, creyó que existía una posibilidad y el 50 por ciento restante, no creyó que se podía embarazar.

El estadístico utilizado fue la chi cuadrada, que dió un resultado de 30.17; con diez grados de libertad y chi cuadrada teórica de 23.21; con significancia de 0,008; por lo que fue diferente lo obtenido, de lo esperado.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## CUADRO NO. 20

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:  
SEVERIDAD PERCIBIDA. P.F.

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

SEVERIDAD PERCIBIDA; CREER QUE UN EMBARAZO SERIA PELIGROSO PARA - LA SALUD	SI		NO		NO SABE		NO CREEN SER SUSCEP- TIBLES		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.	2	2	4	4	1	1			7	7
Recuerda 1 vez.	1	1	1	1			11	12	13	14
Recuerda de 2 a 5 veces.	14	14	2	2			19	21	35	37
Recuerda más de 5 veces.	5	6	5	6	1	1	4	3	15	16
No recuerda.	6	6	6	6			13	14	25	26
Total	28	29	18	19	2	2	47	50	95	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 36.68$$

$$gl = 15$$

$$P = 0,001$$

En cuanto a la correlación de la misma variable anterior de frecuencia de uso y la severidad percibida por la madre, dada porque crea que un embarazo será peligroso para su salud, se obtuvo: que el 29 por ciento de las madres, consideró que un embarazo, será peligroso para su salud, el 19 por ciento, manifestó, que un embarazo no será peligroso para su salud; el 2 por ciento, no supo dar una respuesta y

el 50 por ciento restante, correspondió a las madres que no se creyeron susceptibles de embarazo en ese momento.

La chi cuadrada dió un resultado de 36,68; con quince grados de libertad; chi cuadrada teórica de 30,58; con significancia de 0,001; por lo que fue diferente lo obtenido, de lo esperado.

## CUADRO NO. 21

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:  
BENEFICIOS PERCIBIDOS. P.F.

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

FRECUENCIA DE USO: NO. DE VECES ASISTE A CONTROL EN EL ULTIMO AÑO, SIN ESTAR ENFERMA.	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.	4	4	3	3	7	7
Recuerda 1 vez.	13	14			13	14
Recuerda de 2 a 5 veces.	34	36	1	1	35	37
Recuerda más de 5 veces.	13	14	2	2	15	16
No recuerda.	20	20	5	6	25	26
Total	84	88	11	12	95	100

Fuente: Directa del Estudio.

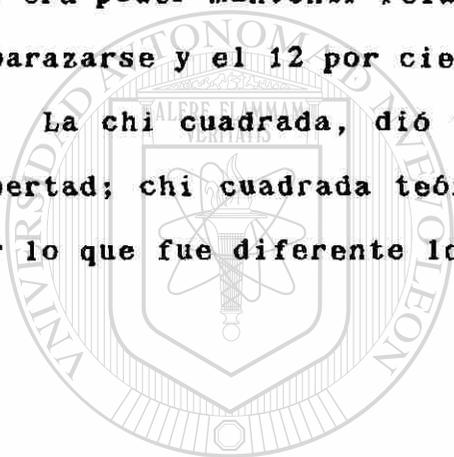
$$\chi^2 = 29,56$$

$$gl = 5$$

$$P = 0,001$$

La correlación, de la misma variable de frecuencia de uso de los servicios preventivos y los beneficios percibidos por la madre, al poder mantener relaciones sexuales, sin pensar en el riesgo de quedar en embarazo, se encontró: que el 88 por ciento de las madres, que asistieron al programa de P.F., consideró que el beneficio de planificar era poder mantener relaciones sexuales, sin pensar en el riesgo de embarzarse y el 12 por ciento restante, no lo consideró un beneficio.

La chi cuadrada, dió un resultado de 29,56; con cinco grados de libertad; chi cuadrada teórica de 20,51; con significancia de 0,001; por lo que fue diferente lo obtenido, de lo esperado.



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## CUADRO NO. 22

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:  
BARRERAS PERCIBIDAS. P.F.

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

FRECUENCIA DE USO: NO. DE VECES ASISTE A CONTROL EN EL ULTIMO AÑO, SIN ESTAR ENFERMA.	LLEGAR ES FACIL O PERCIBIÓ OTRA BARRERA		LLEGAR ES DIFICIL		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
Recuerda 0 veces.	6	6	1	1	7	7
Recuerda 1 vez.	13	14			13	14
Recuerda de 2 a 5 veces.	33	35	2	2	35	37
Recuerda más de 5 veces.	12	13	3	3	15	16
No recuerda.	25	26			25	26
Total	89	94	6	6	95	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 11.28$$

$$gl = 5$$

$$P = 0,04$$

La correlación de la misma variable, de frecuencia de uso de los servicios preventivos y las barreras percibidas por la madre, porque era difícil llegar de su casa al Centro de Salud, se encontró: el 6 por ciento, manifestó que llegar de su casa al Centro de Salud era difícil y el 94 por ciento restante, dijo que era fácil ó percibió otras

barreras.

La chi cuadrada, dió un resultado de 11.28; con cinco grados de libertad; Chi cuadrada teórica de 11,07; con significancia de 0,04; por lo que fue diferente lo obtenido, de lo esperado.

CUADRO NO. 23

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:  
SENALES DE ACCION. P. F.

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

SENALES DE ACCION: PERSONAL DE SALUD INVITO A USAR PROGRAMA DE P.F.	SI		NO ó TUVO OTRA SENAL DE ACCION		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
FRECUENCIA DE USO: NO. DE VECES ASISTE A CONTROL EN EL ULTIMO AÑO, SIN ESTAR ENFERMA.						
Recuerda 0 veces.			7	7	7	7
Recuerda 1 vez.	2	2	11	12	13	14
Recuerda de 2 a 5 veces.	10	11	25	25	35	37
Recuerda más de 5 veces.	6	6	9	10	15	16
No recuerda.	6	6	19	20	25	26
Total	24	25	71	75	95	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 10.46$$

$$gl = 5$$

$$P = 0,07$$

La correlación de esta misma variable, de frecuencia de uso, con las señales de acción, dadas por que el personal de salud haya hecho la

invitación a la madre, de usar el Programa de P.F., se encontró: que el 25 por ciento, dijo ser esta una señal de acción y el 71 por ciento restante, utilizó señales diferentes.

La chi cuadrada dió un resultado de 10.46; con cinco grados de libertad; chi cuadrada teórica de 9,24; con significancia de 0,07; por lo que fue diferente lo obtenido, de lo esperado.

## CUADRO NO. 24

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE:  
AUTOEFICACIA. P. F.

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

AUTOEFICACIA: SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES	SIEMPRE LAS SIGUE		ALGUNAS VECES LAS SIGUE		NUNCA LAS SIGUE		ASISTE POR PRIMERA VEZ		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FRECUENCIA DE USO: NO. DE VECES QUE ASISTE A CONTROL EN EL ULTIMO AÑO, SIN ESTAR ENFERMA.										
Recuerda 0 veces.							7	7	7	7
Recuerda 1 vez.	10	11	2	2	1	1			13	14
Recuerda de 2 a 5 veces.	30	31	5	6					35	37
Recuerda más de 5 veces.	13	14	1	1	1	1			15	16
No recuerda.	21	21	4	5					25	26
Total	74	77	12	14	2	2	7	7	95	100

Fuente: Directa del Estudio.

$$\chi^2 = 19.36$$

$$gl = 10$$

$$P = 0,05$$

La correlación de esta misma variable, de frecuencia de uso de los servicios preventivos y la autoeficacia de la madre, dada por el seguimiento de las recomendaciones que da el personal de salud, durante la consulta en el Programa de P.F., se encontró: que el 77 por ciento, refirió seguirlas siempre; el 14 por ciento, dijo seguirlas algunas veces; el 2 por ciento, manifestó, nunca seguir las recomendaciones y el 7 por ciento restante, correspondió a las madres que asistían por primera vez al control y por lo tanto no supieron dar respuesta a la pregunta.

La chi cuadrada fue de 19,36; con diez grados de libertad; chi cuadrada teórica de 18,31; con significancia de 0,05; por lo que fue diferente lo obtenido, de lo esperado.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## CUADRO NO. 25

FRECUENCIA DE USO Y CREENCIAS DE LA MADRE  
P. F.

FRECUENCIA DE USO: NUMERO DE VECES QUE LA MADRE ASISITO AL PROGRAMA DE P.F. EN EL ULTIMO AÑO SIN ESTAR ENFERMA	V. CRAMER	COVARIANZA
1. Susceptibilidad: Creer que puede quedar-embarazada en este momento.	0,40	0.16
2. Severidad: creer que un embarazo sería peligroso para la salud.	0,36.	0.12
3. Beneficios: tener relaciones sexuales, sin pensar en riesgo de embarazo.	0,55	0.30
4. Barreras: llegar de su casa al Centro de Salud.	0,34	0.11
5. Señales de acción: personal de salud la invitó a hacer uso del Programa de P.F.	0,37	0.13
6. Autoeficacia: seguimiento de recomendaciones dadas por el personal de salud.	0,32	0.10

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Al correlacionar, la frecuencia de uso, dada por el número de veces que la madre asistió la Programa de P.F., en el último año, sin estar enferma con las creencias maternas, se obtuvo:

1. Con la V. de Cramer, una correlación moderada sustancial, de 0,40 y una covarianza de 0.16, al cruzar con la susceptibilidad, dada por el que la madre dijo poder quedar embarazada en ese momento.
2. La correlación de esta misma variable, de frecuencia de uso y la severidad, dada por el que la madre creyó que un embarazo fuese

peligroso para su salud, con la V. de Cramer fue definida baja, de 0,36 y covarianza de 0,12.

3. En cuanto a la correlación de esta misma variable y los beneficios percibidos por la madre y dados por el que expreso tener relaciones sexuales, sin pensar en riesgo de embarazo, se encontró con la V. de Cramer, correlación moderada sustancial, de 0,55 y covarianza de 0,30.
4. La correlación, de esta misma variable, con las barreras dadas por la dificultad que tuvo la madre, de llegar de su casa al Centro de Salud, fue con la V. de Cramer definida baja, de 0,34 y covarianza de 0,11.
5. Se obtuvo también con la V. de Cramer, correlación definida baja, de 0,37 y covarianza de 0,13, al correlacionar la variable mencionada anteriormente de frecuencia de uso y las señales de acción, dadas por la invitación que en alguna ocasión hizo en la consulta el personal de salud, a la madre, para motivar su asistencia al Programa de P.F.
6. Así mismo la correlación de la frecuencia de uso, con la autoeficacia, dada por el seguimiento que la madre hizo de las recomendaciones dadas por el personal de salud, en la consulta, fue con la V. de Cramer, definida baja, de 0,32 y covarianza de 0,10.

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue, identificar si las creencias de salud de la madre, contribuyen en el uso de programas preventivos Materno Infantiles.

En el programa de CNS, al relacionar las creencias de salud, dadas por la susceptibilidad percibida y la frecuencia de uso, dada por el número de veces que la madre llevó a control a su hijo en el último año, sin estar enfermo, se obtuvo: que el 48 por ciento de las madres, consideró que su hijo tenía una posibilidad o seguridad de enfermar y el 73 por ciento de ellas, recordó haber llevado a su hijo, de una a cinco veces a control, en el último año, sin estar enfermo; la significancia fue menor de 0.05 y la correlación, con la V de Cramer, fue moderada sustancial de 0,47.

El estudio realizado por Ferreira, S., (1984), concluyó, que la susceptibilidad, fue una variable importante del modelo de creencias de salud, al encontrar que el 96,7 por ciento de las madres, consideraron que sus hijos podían ser susceptibles de contraer: difteria, coqueluche, tétano y polio. Así mismo Ferrarini, S., et al, (1989), encontró, que la susceptibilidad, en el 96% de las madres que consideraban la acumulación de basuras como un factor que afecta la salud, fue un concepto valioso, para un manejo adecuado de estas, dentro del domicilio.

En el programa de PF, al relacionar la susceptibilidad que la madre tenía de creer que podía embarazarse en ese momento y la misma variable de frecuencia de uso, se encontró: que el 50 por ciento de las madres, creyeron tener seguridad o posibilidad de embarazarse y el 51 por ciento, refirieron haber asistido a control de una a cinco veces en el último año, sin estar enfermas; la significancia fue menor de 0.05 y la correlación moderada sustancial de 0,40.

En el programa de DOC, al relacionar la susceptibilidad que la madre tenía de enfermar de flujo vaginal, con la frecuencia de uso, dada por las razones por las cuales la madre cumplía siempre, las citas de control, se encontró: que el 34 por ciento, se creyó susceptible y el 70 por ciento, asistió por que deseaba saber de su salud y por prevención o deber; la significancia fue menor de 0.05 y la correlación con la V de Cramer, fue moderada sustancial de 0,54.

Cruz, S., (1989), encontró que la susceptibilidad, para contraer cáncer cérvico uterino fue alta, en el grupo de mujeres estudiadas. Así al parecer la susceptibilidad, por los resultados del actual estudio y avalada por los resultados de estudios anteriores, puede ser una variable importante que desencadena una acción preventiva.

Al relacionar severidad percibida, dada por las razones que tuvo la madre para creer que su hijo va a enfermar gravemente,

con la frecuencia de uso, dado por el número de veces que la madre llevó a su hijo en el último año, sin estar enfermo, a control de niño sano, se obtuvo: que el 7 por ciento dió como razones, que la enfermedad se podía complicar y la edad lo predisponía a esto; el 93 por ciento, correspondió a los niños susceptibles que podían enfermar mortal, moderada o levemente; el 73 por ciento de las madres, refirieron haber llevado a sus hijos de una a cinco veces sin estar enfermos, en el último año; la significancia fue menor de 0.05 y la correlación con la V de Cramer, fue moderada sustancial de 0,51.

Resultados similares se obtuvieron en la investigación realizada, por Meei-Shia, Chen., (1986), donde se encontró una correlación positiva entre la severidad percibida, por las madres en relación a las caries dentales y el uso de la fluorización preventiva, en sus hijos. Así también Ferreira, S., (1984), encontró que el 98 por ciento de las madres sujeto de estudio, consideraron la difteria, coqueluche (tosferina), tétano y polio como entidades graves.

En el programa de PF, al relacionar la severidad, dada por que un embarazo sería peligroso para la salud y la frecuencia de uso, dado por la misma variable mencionada anteriormente, se encontró: que el 29 por ciento, estuvo de acuerdo con que esto le traería consecuencias desfavorables y el 51 por ciento, recuerda haber asistido de una a cinco veces a control en el último año,

sin estar enferma; la significancia fue menor de 0,05 y la correlación con la V de Cramer, fue definida baja de 0,36.

Hallal, (1982), menciona que altos niveles de susceptibilidad, severidad y beneficios percibidos, parecen interactuar incrementando la probabilidad de que una persona tome una acción específica de salud.

En el programa de DOC, la correlación de la severidad, dada por las consecuencias de las patologías a las que las madres dijeron ser susceptibles y la frecuencia de uso, dada por la misma variable anterior, mostró: que el 40 por ciento, manifestó como consecuencia cáncer cervico uterino u otra enfermedad ginecológica grave, posteriormente y el 56 por ciento, recuerdan haber asistido a control de una a cinco veces en el último año, sin estar enfermas; la significancia fue mayor de 0,05 y la correlación con la V de Cramer, fue definida baja de 0,38.

En este sentido, Silva, L., et al, (1992), describió la mortalidad, como resultado de no recibir tratamiento en caso de displasia cervico uterina. Flach, (1960), no midió la severidad, puesto que asumió que el cáncer, era visto como una entidad severa, en el grupo de mujeres estudiadas.

Se puede observar como las madres posiblemente consideran mas severas las patologías o síntomas en sus hijos, que en su propia persona.

Al relacionar los beneficios, dados por la frecuencia con

que el hijo había enfermado desde que se encontraba inscrito en el programa de CNS y la frecuencia de uso, dado por las veces que la madre había llevado a su hijo a control en el último año, sin estar enfermo, se encontró: que el 23 por ciento, dijo haber enfermado menos y el 73 por ciento, recordó haberlo llevado de una a cinco veces en el último año, sin estar enfermo; la significancia fue menor de 0,05 y la correlación con la V de Cramer fue moderada sustancial de 0,46.

El 86,3 por ciento, de las madres, consideraron beneficioso, vacunar a sus hijos, según estudio realizado por Ferreira, S., (1984).

En el programa de PF, al relacionar los beneficios, dados por tener relaciones sexuales, sin pensar en riesgo de embarazo y la frecuencia de uso, dada por la misma variable anterior, se encontró: que el 88 por ciento, esta de acuerdo con esto como beneficio y el 51 por ciento, recuerdan haber asistido a control de una a cinco veces en el último año, sin estar enfermas; la significancia fue menor de 0,05 y la correlación con la V de Cramer fue moderada sustancial de 0,55.

En el estudio de Casanova, D., y Urbina, L., (1986), sobre creencias populares de saneamiento ambiental, se encontró: que las razones por las cuales las amas de casa practicaban conductas positivas, en relación al tratamiento del agua y las basuras, fueron los beneficios obtenidos, tales como: la preven-

ción de enfermedades en los niños y el mantenimiento del aseo en el hogar.

En el programa de DOC, al relacionar los beneficios, dados por las ventajas de realizarse el examen y la frecuencia de uso, dado por la variable mencionada anteriormente, se encontró: que el 10 por ciento, creyó que sería mas fácil curarse si se detectaba a tiempo; el 82 por ciento, tuvieron la creencia de que el examen prevenía el cáncer y el 56 por ciento, recuerda haber asistido a control una a cinco veces en el último año, sin estar enferma; la significancia fue mayor de 0,05 y la correlación con la V de Cramer, definida baja de 0,37.

Estas madres parecen necesitar una guía externa, educativa en relación a las actividades de promoción y prevención de la salud. Kegeles, (1963), demostró que las mujeres, con alta susceptibilidad y convicción de los beneficios de realizarse la citología vaginal, realizaron mas visitas preventivas, que aquellas que no fueron susceptibles. Así también en el estudio de Silva, L., (1992), se obtuvo relación directa entre el deseo de conocer el resultado del diagnóstico realizado mediante el examen de Papanicolaou y la asistencia para la toma de este.

Al relacionar las barreras percibidas, dadas por la disponibilidad del personal de salud, para dar atención y la frecuencia de uso, dada por el número de veces que la madre llevó a su hijo a control en el último año, sin estar enfermo, se

encontró: que para el 21 por ciento, es inconveniente que el personal que la atiende sólo esté algunas veces y el 73 por ciento, recuerda haber llevado a su hijo de una a cinco veces sin estar enfermo, en el último año; la significancia fue menor de 0,05 y la correlación con la V de Cramer fue moderada sustancial, de 0,49.

Ferreira, S., (1984), encontró solo un 10 por ciento de madres, que manifestaron barreras para llevar a sus hijos a vacunar. Barret, M., (1979), obtuvo resultados semejantes.

En el programa de PF, al relacionar las barreras dadas por la dificultad que tiene la madre en llegar de su casa al Centro de Salud, y la misma variable de frecuencia de uso mencionada anteriormente, se obtuvo: que para el 6 por ciento, fue difícil llegar al Centro de Salud y el 51 por ciento, recuerdan haber asistido a control de una a cinco veces en el último año, sin estar enferma; la significancia fue menor de 0,05 y la correlación con la V de Cramer, fue definida baja de 0,34.

En el estudio de Silva, L., et al, (1992), se encontró que para el 11 por ciento de las mujeres de la muestra, fue inaccesible el horario de atención del Centro de Salud.

En el programa de DOC, al relacionar las barreras dadas por la misma variable mencionada en PF, y la frecuencia de uso, dada por las razones por las que la madre, cumple solo algunas veces las citas de control, se obtuvo: que en el 12 por ciento, las

madres al sentirse bien olvidaron la cita o no tuvieron dinero para realizarse exámenes que le soliciten y para el 9 por ciento, fue difícil llegar de su casa al Centro de Salud; la significancia fue menor de 0,05 y la correlación con la V de Cramer, fue moderada sustancial de 0,54.

Estudios anteriores de López y Durán (1989), mencionan que el temor a la enfermedad y la desconfianza hacia las personas que integran el equipo de salud, constituyen las barreras principales, encontradas para la realización del Papanicolaou.

Al parecer el bajo porcentaje de barreras percibidas, encontrado en el estudio actual y en los anteriores, afecta positivamente la alta probabilidad de ejecutar acciones preventivas.

En cuanto a la relación de las señales de acción, dadas por las visitas domiciliarias hechas por el personal de salud, para invitar a la madre a llevar a su hijo a CNS, y la frecuencia de uso, dada por el número de veces que la madre lleva a control a su hijo en el último año, sin estar enfermo, se encontró: que el 6 por ciento de las madres, fueron visitadas y el 73 por ciento recuerda haber llevado a su hijo a control de una a cinco veces en el último año, sin estar enfermo; la significancia, fue menor de 0,05 y la correlación con la V de Cramer, fue moderada sustancial de 0,50.

En el estudio realizado por Meei-Shia, Chen,. (1986), se

obtuvo una importante relación entre los hábitos dentales de la madre respecto al cepillado dental, fluorización y visitas odontológicas preventivas, como señales de acción para que los hijos, ejecutaran y mantuvieran buenos hábitos orales. Así también Ferreira, S. (1984), encontró que el evento mas motivador para la vacunación de los hijos, fue la experiencia positiva de la madre, ante la vacunación anterior de otros hijos.

Al correlacionar, las señales de acción, dadas por ser invitada a hacer uso del programa por el personal de salud, en alguna consulta previa y la misma variable de frecuencia de uso, mencionada anteriormente, se encontró: en el programa de PF, que el 25 por ciento, fue invitado y el 51 por ciento, recuerdan haber asistido de una a cinco veces a control en el último año, sin estar enfermas; la significancia fue mayor de 0,05 y la correlación con la V de Cramer fue definida baja de 0,37; en el programa de DOC, se encontró que el 27 por ciento, fue invitado y el 56 por ciento, recuerdan haber asistido de una a cinco veces a control en el último año, sin estar enfermas; la significancia fue menor de 0,05 y la correlación con la V de Cramer fue moderada sustancial de 0,55.

Silva, L., (1992), señalo, que la mujer requiere de ser animada por otros, para realizarse el examen de Papanicolaou, entre ellos el esposo juega un papel importante. también en este mismo estudio, se obtuvo que el 69 por ciento de las mujeres de

la muestra, fueron animadas por el personal de salud.

En relación a la autoeficacia, dada por la razón que la madre tuvo para llevar al hijo a control de niño sano y la frecuencia de uso, dada por el número de veces que llevo al hijo a control en el último año, sin estar enfermo, se encontró: que el 90 por ciento, los trajo a vacunar, por que tenían cita o consultaban por primera vez y porque deseaban saber de su salud y el 73 por ciento, recordó haber llevado a su hijo de una a cinco veces a control en el último año, sin estar enfermo; la significancia fue menor de 0,05 y la correlación con la V de Cramer, fue moderada sustancial de 0,50.

Se podría apreciar que existe estoicismo por parte de la madre, manifestando alta autoeficacia en relación al cuidado de los hijos y baja en relación a su propio cuidado. Pudiéndose explicar este hecho tal vez, en los resultados obtenidos por Díaz, G., (1982), donde se demuestra que un rol importante de la mujer Mexicana es el de ama de casa y madre, ya que aseguran en un 90 por ciento, que el papel de la mujer es el hogar. Concepto que es fruto de la crianza durante la infancia, donde durante los dos primeros años, la niña es amada y acariciada, posteriormente es educada bajo un gran número de formas y buenas maneras, especialmente bajo la autoridad del padre, regida esta no por la justicia, sino por los cambios de ánimo de él, así se inicia la sensación de minusvalía, donde además el hombre es mas in-

teligente que la mujer y esta debe servirle con sumisión.

En el programa de PF, en la correlación de la autoeficacia, dada por la capacidad de la madre de seguir recomendaciones, que el personal de salud le da durante la consulta al programa y la misma variable de uso, mencionada anteriormente, se encontró: que el 77 por ciento de las madres, siempre dijo seguir las recomendaciones y el 51 por ciento, recordó haber asistido de una a cinco veces a control en el último año, sin estar enferma; la significancia fue de 0,05 y la correlación con la V de Cramer, fue baja definida de 0,32.

Strecher V.J., et al, (1986), incorporaron el concepto de autoeficacia a su estudio y observaron la facilidad de entender su relevancia en la práctica educativa de salud, en grupos de fumadores, obesos y de planificación familiar, dando una gran relación entre esta nueva variable y las acciones preventivas ejecutadas por los participantes.

En el programa de DOC, en la correlación de la autoeficacia, dada por la misma variable mencionada en el programa de PF, y la frecuencia de uso, dada por el cumplimiento de las citas de control, se obtuvo: que el 78 por ciento de las madres, manifestaron seguir siempre las recomendaciones dadas por el personal de salud y el 86 por ciento, dijo cumplir siempre las citas de control; la significancia fue menor de 0,05 y la correlación con la de V de Cramer, fue baja definida de 0,32.

Rosenstock, IM., (1985), Incluyo su nueva variable y demostró su eficacia en estudios experimentales educativos, en pacientes con patologías. Esto puede suponer entonces, que se necesita una gran cantidad de confianza de que la persona puede en verdad alterar los estilos de vida, antes de que la intervención sea exitosa.

### Conclusiones

El estudio rechazó la  $H_0$ , (Hipótesis nula) y aprobó la  $H_1$ , (Hipótesis de investigación): "Las creencias de la madre en aspectos de salud, influyen en el uso de los programas preventivos Materno-Infantiles", por lo que se puede decir que el modelo de creencias de salud, es predictivo para acciones preventivas y en este caso específico, para el uso de servicios preventivos, en los programas de control de niño sano, para el menor de cinco años, planificación familiar y detección oportuna de cáncer cervico uterino, en la mujer de la población de usuarios estudiada, por los siguientes hallazgos: en el Programa de C.N.S., se encontró que existía correlación moderada sustancial entre la variable uso de servicios preventivos y todos los componentes del modelo, como son: Susceptibilidad, Severidad, Beneficios, Barreras, señales de Acción y Autoeficacia. La  $\chi^2$  cuadrada encontrada en cada uno de estos componentes teóricos,

mostró diferencia entre lo obtenido y lo esperado. Los anteriores hallazgos inducen a concluir la influencia que existe entre las variables: creencias de salud de la madre y uso del programa Control del Niño Sano.

En el Programa de D.O.C., se encontró, que existe correlación moderada sustancial entre la variable uso de servicios preventivos y los componentes del modelo, de susceptibilidad, señales de acción y barreras percibidas. La correlación con los demás componentes del modelo de creencias como son, severidad, beneficios y autoeficacia, fue definida baja. La chi cuadrada encontrada en todos los cruces mencionados anteriormente mostró diferencia entre lo obtenido y lo esperado. Esto sugiere influencia entre la variable creencias de salud de la madre y el uso del programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino.

En el Programa de P.F., se encontró, que existe correlación moderada sustancial entre la variable de uso de servicios preventivos y los componentes del modelo, dados por la susceptibilidad y beneficios percibidos. La correlación con los demás componentes del modelo de creencias como son, severidad, barreras, señales de acción y autoeficacia, fue definida baja. La chi cuadrada encontrada en todos los cruces de las variables ya mencionadas, mostró diferencia entre lo obtenido y lo esperado. Esto sugiere influencia entre la variable creencias de salud de la madre y el uso del Programa de Planificación

Familiar.

Comparando las correlaciones de los componentes del modelo de creencias de salud y el uso de servicios preventivos, en los tres programas estudiados, se obtuvo: que la mayor frecuencia de uso de servicios preventivos fue para el programa de CNS, aunque la susceptibilidad y las señales de acción, fueron mas percibidas por la mujer en el programa de DOC La autoeficacia y severidad fueron mayores, cuando se refirieron al hijo, y no a su propia persona. Los beneficios, fueron mas percibidos en el programa de PF y en este mismo programa, percibió menos barreras, tal vez, por que tenían que ver con el bienestar de la familia y no solo con el de ella misma.

En relación al perfil: Las mujeres entre los 21 y 45 años, fueron las que llevaron a sus hijos o hicieron mayor uso de los servicios preventivos; así mismo la escolaridad, fue baja, de primaria incompleta o completa en un gran porcentaje, para las madres que acudieron a CNS y DOC. Al parecer la escolaridad fue mayor en el grupo de mujeres que asistieron al programa de PF, la secundaria completa o incompleta, ocupo el 41 por ciento. Sin embargo no se puede atribuir a la escolaridad, influencia en la decisión de tomar medidas preventivas.

En cuanto a la frecuencia de uso del programa de control de niño sano, solo el 48 por ciento de los niños menores de un año, están cumpliendo con la norma emitida en el diario oficial de

1986, de la secretaria de salud y el 25 por ciento de los niños, entre dos y cinco años, están por encima de la norma, al referir que fueron llevados igual número de veces, durante el último año, sin estar enfermos.

En cuanto a la frecuencia de uso del programa de DOC, se puede decir que el 68 por ciento recuerdan haber asistido a control en el último año, sin estar enfermas, una a mas de cinco veces, pudiéndose concluir que este grupo de mujeres están por encima de las normas emitidas en el diario oficial de 1986, de la Secretaria de Salud, con respecto al uso de servicios.

En cuanto a la frecuencia de uso del programa de PF, se puede decir que el 87 por ciento recuerdan haber asistido a control en el último año, sin estar enfermas, una a mas de cinco veces, pudiéndose concluir que estas usuarias, se encuentran por encima de las normas emitidas en el diario oficial de 1986, de la Secretaria de Salud.

### **Recomendaciones**

Para la Enfermera Comunitaria, en el componente clínico del rol de especialista:

- Conocer y usar el modelo de creencias de salud, para brindar atención integral, incluyendo aspectos sociopsicológicos,

trabajando en el usuario, la autoeficacia, con el fin de obtener resultados efectivos, de las intervenciones preventivas que se planteen, incluyendo en estas últimas, la totalidad de los componentes del modelo. De tal manera que se genere en el usuario la conciencia de susceptibilidad y severidad, sin inducir al miedo, enfatizando los beneficios y minimizando las barreras existentes, para lograr el uso adecuado de los servicios preventivos de CNS, PF y DOC

- Conocer y seguir las normas técnicas emitidas por el diario oficial de la Subsecretaría de Salud del Estado, con el fin de dar mayor cobertura con los programas preventivos y no sobresaturar los servicios, con la atención de los mismos pacientes.

- Seguir las normas de atención, emitidas en el diario oficial, de la subsecretaría estatal, en 1986, con el fin de dar mayor cobertura de servicios y no sobresaturar la consulta preventiva, con los mismos usuarios.

Para la Enfermera Comunitaria, en el componente educativo del rol de especialista:

- Utilizar el modelo de creencias de salud, a nivel educativo,

en la comunidad de usuarios de los programas estudiados, con el fin de incrementar la susceptibilidad en los grupos de riesgo, dar a conocer la severidad, ahondar en los beneficios, convertirse y convertir a los participantes en señales de acción, enseñar a manejar a la comunidad algunas estrategias que puedan disminuir las barreras y ante todo trabajar la autoeficacia de los usuarios, para así lograr efectividad en los programas preventivos.

Para la Enfermera Comunitaria, en el componente investigativo del rol de especialista:

- Continuar utilizando el modelo de creencias, en la predicción de acciones preventivas, realizando estudios experimentales que demuestren su efectividad, reflejada en los cambios de conducta o en la permanencia de esta.
- Realizar estudios comparativos de población usuaria y no usuaria de programas preventivos, con el fin de conocer semejanzas o diferencias de cada uno de los grupos, que generen en el personal de salud, inquietudes y ayuden a implementar estrategias para mejorar los servicios, aumentando así en las comunidades, el uso de estos.

Para la Enfermera Comunitaria, en el componente administrativo del rol de especialista:

- Planear, ejecutar y evaluar los programas preventivos, teniendo por objeto, minimizar las barreras detectadas en la comunidad; coordinar acciones con los medios masivos de comunicación y con todas las personas que componen el equipo de salud, para motivarlos no solo a servir de señales de acción, sino también a crear estrategias para aumentar la susceptibilidad, severidad y beneficios percibidos por el usuario, sin inducir al temor e incluir al padre de familia y compañero de la mujer, como apoyo importante en el manejo de la autoeficacia, con el fin de mejorar el uso adecuado de los servicios.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## CAPITULO VI

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aday, L. A y Eichhorn, R. (1972). The utilization of health services: Indices and correlates. Education and Welfare. No NSH, 73, 3003.

Alderslade, R., (1990), La gestión de la salud pública en la era de la salud para todos. Foro Mundial de la Salud. OMS. Vol, 11, No 3.

Barret, M.B., (1979), The health behavior of person utilizing diagnostic cancer screening. A research paper presented to the graduate school, department of nursing in partial fulfillment of the requirements for the degree master of science. Chicago.

Canales, F., Alvarado, E. L. de, Pineda, E. B., (1986), Metodología de la Investigación. 1a. Edición, Limusa, S. A. de C. V., México, D. F.

Cañedo, L., (1987). Investigación Clínica. Interamericana, México.

Casanova, D., Urbina, L., (1986), Creencias populares sobre saneamiento básico, Viña del Mar, Chile. Bol. of Sanit Panam. 101 (4).

Cruz Sánchez, M. (1988). Algunos determinantes psicosociales que explican la actitud hacia la prevención oportuna de cáncer cervico-uterino. Tesis inédita de Maestría en Enfermería Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Díaz Guerrero, R. (1986). Psicología del Mexicano. 4a. edición., Trillas, México.

Durán, R., López, M. (1990). Sociocultura en la prevención y control de displasia cervical, Apodaca, N. L. 1989. Tesis de Maestría en Enfermería Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Ferrarini, S., Rancich, A., Palma, N. (1989). Agua y basuras: costumbres y creencias en escolares de una población marginal. Salud Pública de Mexico, 31: 292-298.

Ferreira, Silvia. (1984). Crenas das mes em relao a vacinacão. Rev. Bras. Enfermagem, 37(2), 109-115.

Flach, M., Stillman, M. (1960), Women's health beliefs about cancer. Nurs. Res., New York, 31 (5): 278-283.

Friedman, M. (1986). Family nursing. Theory and Assessment. (2a. ed.). Norwalk, Connecticut. Appleton Century Crofts.

Grassi, E. (1986). Toma de decisiones de la pareja en el programa de Planificación Familiar. Estudio de campo realizado en la colonia Lázaro Cárdenas, Cadereyta, Jiménez, N. L. Tesis de Maestría en Enfermería Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Grupo de expertos de ciencias de la salud. (1978). La toma de posición de Enfermería como una respuesta a la atención de salud en América Latina. Washington, D. C.

Guerra, Reinaldo.J. (1991). Crenas das mes com relao vacinacão dos

- filhos. Modelo Pediatrico, 26, (1), 30-35.
- Hallal, J. (1982), The relationships of health Beliefs, Health locus of control and self concept to the practice of breast self examination in adult human. Nurs. Res. New York, 31 (3): 137-42.
- Hochbaum, G. (1956), Why people seek diagnostic x-rays. Public Health Reports, 71, 377.
- Kals, S., Cobb, V. (1966), Health behavior, illness behavior and sick-role behavior. Arch. Environ. Hlth. Chicago, 12: 531-41.
- Kegeles, S., Kirscht, J., Haefner, D, et al. (1963), Survey of beliefs about cancer detection and taking Papanicolaou tests. Public Health Reports, 80, 815-823.
- Klinger, I., (1989), Pobreza y Salud. Reflexiones sobre America Latina. Boletín. OPS. Vol 107, No 5.
- Kroeger, A., Luna, R. (1987), Atención primaria de salud. Principios y métodos. 1a. Edición. Editorial Pax, México.
- Litman, T. J., (1974), The family as a basic unit in health and medical care. Social sci. Med, 8, 502-506.
- Leventhal, H. (1965), Fear communications in the acceptance of preventive health practices. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 41, 1144.
- Meei-Shia Chen, (1985), Children's preventive dental behavior in relation to their mothers' socioeconomic status, health beliefs and dental behaviors. Journal of Dentistry for

Children, March-April, 105.

Misrachi, L., Clara, S. (1989), Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. cuad. md. soc. 30(2), 27-33.

OPS/OMS. Salud para todos en el año 2000-Estrategias. (Documento Oficial No.173). OPS/OMS: Washington,D.C., 1980.

Parry, E. H., (1984), La influencia de la cultura. Foro Mundial de la Salud, 5(1), 58-62.

Polit, D., Hungler, B. (1985). Investigación científica en ciencias de la salud. 2a. Edición, Interamericana, México, D. F.

Pratt, L. (1982), Family Structure and health work. Contex of social change ,5(2). 73-89.

Programa Nacional de Salud, (1990-1994), México: Documento Oficial.

Proyecciones de la Población de México y de la Entidades Federativas, 1980-2010. (1985). Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. CONAPO. México, D.F.

Rifkin, S., Walf, G. (1986), Porque mejora la salud. Higiene and tropical medicine. London School. 23: 559-566.

Roseblum, E., Stone, E., Skipper, B., (1980), Cumplimiento materno en la vacunación de preescolares con relación al sitio de control en la salud, el valor de la salud y la vulnerabilidad percibida. Salud Pública de México, 5. 17-24.

- Rosenstock, Irwin, M. (1974), Historical origins of the health beliefs model. *Hlth. Educ. Monogr.*, Oakland, 2(4): 324-476.
- Rosenstock, Irwin, M. (1985), understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes care*, 8 (6):610-6.
- Rosenstock, I., Strecher, V., Becker, M. (1988), Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15 (2) : 175-183.
- Silva, L., Quintero A., García D., Leblanc, D., (1992). Factores Socioculturales que influyen en la prevención y control del tratamiento de la displasia cervical. Investigación paralela: Universidad de Texas, Medical Branch, Galveston, Texas y Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.
- Strecher, V.J., Devellis, B., Becker, M., Rosenstock, I. (1986), The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Educ.* Spring, 13 (1): 73-92.
- Suárez, Champa, D. (1992). La motivación en la promoción de la salud de los adultos en una comunidad suburbana. Tesis de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Mental y Psiquiatría, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Subsecretaría de Salud Estatal. (1986). Diario oficial, Normatividad Técnica. Monterrey, N.L., México.

APENDICE A

PRESUPUESTO

1. RECURSOS HUMANOS	
* Costo de horas de asesoria.	\$1,500.000
* Costos de encuestador.	\$ 500.000
2. RECURSOS MATERIALES	
2.1. ANTEPROYECTO Y PROYECTO	
* Gastos de entrada a bancos de datos, para busqueda y adquisición de información para marco teórico.	\$ 350.000
* Traducciones necesarias para generar marco teórico e hipótesis.	\$ 400.000
* Gastos de papelería y ayudas audiovisuales, para presentación de protocolo. Seminario Número 1.	\$ 155.000
2.2. EJECUCION	
* Creación y copias del instrumento para recolección de datos.	\$ 112.000
* Papelería y otros materiales para la aplicación del instrumento, como cintas de impresora, ganchos, legajos, lápices, tajalápices, etc.	\$ 140.000
* Gastos de pasaje y viaticos de investigador y colaboradores en época de recolección de datos.	\$ 596.000
* Codificación y captura de datos, asesoria de ingeniero de sistemas.	\$ 1'000.000
* Gastos de papelería y ayudas audiovisuales, para presentación de seminario 2.	\$ 185.000
* Gastos de papelería, para última revisión.	\$ 100.000
2.3. INFORME FINAL	
* Gastos promedio de impresión en laser.	\$ 750.000
* Gastos promedio de impresión en laser de gráficas.	\$ 300.000
* Elementos requeridos para el manejo de resultados, como disKettes, hojas de impresora y cintas.	\$ 100.000
* 15 copias originales, para facultad y entidades.	\$ 450.000
* 15 encuadernados.	\$ 675.000
* Presentación final de tesis, diapositivas.	\$ 750.000
3. RECURSOS DE TIEMPO. (ver apendice B)	
COSTO APROXIMADO A LA FECHA, TOTAL:	\$ 8'063.000



APENDICE C  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

CEDULA DE ENTREVISTA, CREENCIAS MATERNAS DE SALUD Y USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS MATERNO-INFANTILES EN LA COLONIA PUEBLO NUEVO, APODACA, N.L. MEXICO.

CONTROL DE NIÑO SANO (C.N.S.)

I. DATOS DE IDENTIFICACION:

1. No de encuesta:  2. Fecha:   
año mes día

2. Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

3. Nombre del hijo: \_\_\_\_\_

4. Edad del hijo:

- 1. años
- 2. meses
- 3. días

5. Edad de la Madre:

6. Area donde reside :  Años

- 1. Influencia
- 2. Vigilancia

7. Tiempo de radicar en el domicilio actual:

- 1. años
- 2. meses

8. Número de expediente: \_\_\_\_\_

II. BARRERAS PERCIBIDAS

9. Con respecto al programa que hoy uso:

- 1. Para ser atendido su hijo:
  - a. Tuvo que esperar mucho tiempo.
  - b. La atendieron rápidamente.
- 2. El personal encargado de su atención:
  - a. Siempre esta.
  - b. Algunas veces esta.
  - c. Nunca esta.
  - d. Es la primera vez que vengo.
- 3. Las recomendaciones o enseñanzas que le dan en el control:
  - a. Son claras.
  - b. No las entiende.
- 4. El llegar al centro de salud es:

- a. Fácil.
- b. Difícil.
- 5. El horario en que se atiende:
  - a. Es conveniente.
  - b. No es conveniente.

### III. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA

10. Cree usted que su hijo enferme a causa de frío en los próximos meses de invierno?

- 1. Estoy segura de que se va a enfermar.
- 2. Existe alguna posibilidad de que se enferme.
- 3. Estoy segura de que no se va a enfermar.

11. Cual es la razón para escoger esta respuesta?

\_\_\_\_\_

12. Cree usted que su hijo enferme a causa del calor en los próximos meses de verano?

- 1. Estoy segura de que se va a enfermar.
- 2. Existe alguna posibilidad de que se enferme.
- 3. Estoy segura de que no se va a enfermar.

13. Cual es la razón para escoger esta respuesta?

\_\_\_\_\_

(Si no cree que se va a enfermar, pase a 19).

14. Si cree que su hijo va a enfermar en los meses de frío o de calor, cual o cuales de estas causas pueden ser la razón de enfermar?

Marque: 1. Si 2. No

- 1. Gripe o catarro.
- 2. Dolor de anginas.
- 3. soltura de estómago.
- 4. otra causa: \_\_\_\_\_

15. Que razón o razones tuvo, para suponer que enfermaría de esa causa?

\_\_\_\_\_

### IV. SEVERIDAD PERCIBIDA

16. Que tan delicada o grave piensa usted, que seria la enfermedad o enfermedades que su hijo pueda padecer?

- 1. Mortal.
- 2. Grave.

3. Moderada.

4. Leve.

17. Que razón tiene para pensar o creer lo anterior?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Que consecuencia o complicación le podrá traer esto a su hijo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### V. BENEFICIOS PERCIBIDOS

19. El traer a su hijo a control del niño sano:

1. Le permite conocer el estado de salud de su hijo?

a. Si

b. No

2. Que le dijeron hoy acerca del estado de salud de su hijo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Cuando trae su hijo a control, le dan enseñanzas acerca de los cuidados que debe tener con el?

a. Si

b. No

4. Que le enseñaron hoy en el control ?

\_\_\_\_\_

5. Desde que trae su hijo a control:

a. Se ha enfermado menos.

b. Se ha enfermado igual.

c. Se ha enfermado mas.

d. No sabe.

e. No aplica.

6. Le produce tranquilidad a usted, saber que tiene bajo control de niño sano a su hijo?

a. Si

b. No

c. No sabe.

#### VI. SEÑALES DE ACCION

20. Algún niño de la familia, vecino o amigo, ha estado enfermo últimamente?

1. Si

2. No

3. No sabe.

4. Si la respuesta es afirmativa señale la causa: \_\_\_\_\_

21. Algún niño de la familia, vecino o amigo, ha fallecido últimamente?
1. Si
  2. No
  3. No sabe.
  4. Si la respuesta es afirmativa señale la causa: \_\_\_\_\_
22. Por que medio fue orientado a hacer uso del programa al que hoy asistió?
1. por el radio.
    - a. Si
    - b. No
  2. por la televisión.
    - a. Si
    - b. No
  3. Carteles en la comunidad o en el centro de salud.
    - a. Si
    - b. No
  4. Visita a su domicilio por el personal de salud.
    - a. Si
    - b. No
  5. Informe del médico en alguna consulta, acerca de la existencia del programa.
    - a. Si
    - b. No
  6. Otra persona le aconsejo venir.
    - a. Si
    - b. No

VII. AUTOEFICACIA

23. Quien toma las decisiones con respecto a la salud o enfermedad en la familia? ®
1. El padre
  2. Usted
  3. Ambos
  4. Otro: \_\_\_\_\_
24. Las recomendaciones, que le dan cuando va al control de su hijo:
1. Las sigue al pie de la letra.
  2. Algunas veces las sigue.
  3. Casi nunca las sigue.
  4. No aplica.
25. Con respecto al tratamiento, que le dan cuando va al control de su hijo:
1. Lo inicia y termina siempre.
  2. Solo lo inicia, no lo termina.
  3. No inicia los tratamientos.

26. La salud de su hijo es responsabilidad de :

1. El padre.
2. Suya.
3. De ambos.
4. Del médico.
5. Del gobierno.
6. de otro:\_\_\_\_\_

27. Por que trajo a su hijo, hoy a control?

1. Tenia cita de control.
2. Lo traje por primera vez.
3. Deseaba saber como esta de salud.
4. Esta enfermo.
5. Me recordaron la cita por visita domiciliaria.
6. Otra:\_\_\_\_\_

28. Que clase de servicio de salud tiene su hijo:

1. IMSS.
2. ISSSTE.
3. Empresarial.
4. Privado.
5. El Centro de Salud.
6. Otro:\_\_\_\_\_

VIII. FRECUENCIA DE USO

29. Con respecto a las citas de control:

1. Las cumple siempre.
2. Las cumple algunas veces.
3. Nunca las cumple.
4. No aplica.

30. Cual es la razon de la respuesta anterior:\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

31. Cuantas veces a traído a su hijo, en el último año a control, sin estar enfermo?

1. Recuerda
2. No recuerda

#

**IX. ASPECTOS SOCIALES**

32. Usted, hasta que curso estudio: \_\_\_\_\_

1. Años cursados:

33. Cual fue el gasto de la familia en la última semana?

\_\_\_\_\_

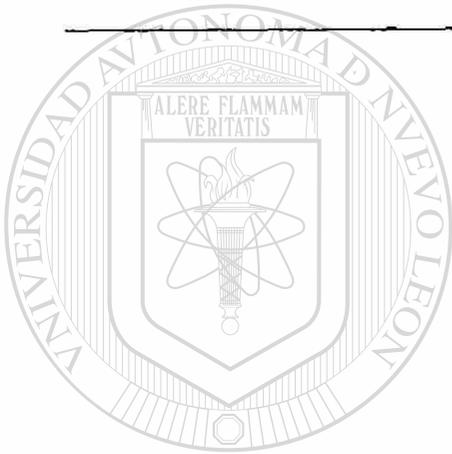
34. Cuantos son los miembros de la familia:

--	--

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del encuestador



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE C  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

CEDULA DE ENTREVISTA, CREENCIAS MATERNAS DE SALUD Y USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS MATERNO-INFANTILES EN LA COLONIA PUEBLO NUEVO, APODACA, N.L. MEXICO.

DETECCION OPORTUNA DE CANCER CERVICO-UTERINO (D.O.C.)

I. DATOS DE IDENTIFICACION:

1. No de encuesta:

2. Fecha:

año mes día

2. Nombre \_\_\_\_\_

3. Paridad: G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_

4. Edad:

5. Area donde reside :

1. Influencia

2. Vigilancia

6. Tiempo de radicar en el domicilio actual:

1. años

2. meses

7. Número de expediente: \_\_\_\_\_

II. BARRERAS PERCIBIDAS

8. Con respecto al programa que hoy uso:

1. Para ser atendida:

a. Tuvo que esperar mucho tiempo.

b. La atendieron rápidamente.

2. El personal encargado de su atención:

a. Siempre esta.

b. Algunas veces esta.

c. Nunca esta.

d. Es la primera vez que vengo.

3. Las recomendaciones o enseñanzas que le dan en el control:

a. Son claras.

b. No las entiende.

4. El llegar al centro de salud es:

a. Fácil.

b. Difícil.

5. El horario en que se atiende:

a. Es conveniente.

b. No es conveniente.

III. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA

9. Siente temor de que usted enferme de cáncer de la matriz o utero?

1. Estoy segura de que me voy a enfermar.
2. Existe alguna posibilidad de que me enferme.
3. Estoy segura de que no me voy a enfermar.

10. Que razón o razones tuvo para escoger esta respuesta?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Cree usted que durante los próximos meses, puede enfermar de alguna o algunas de las siguientes causas?

Marque: 1. Si  
2. No

1. Infecciones o flujos vaginales. (Deshechos por su parte).
2. Sangrado entre las menstruaciones.
3. Dolores abdominales bajos.
4. Otra causa: \_\_\_\_\_

12. Por que cree que se enfermara de esa causa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Si cree que no se va a enfermar, pase a 16).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

IV. SEVERIDAD PERCIBIDA

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

13. Que tan delicada o grave piensa usted, que puede ser la enfermedad o enfermedades que usted pueda padecer?

1. Mortal.
2. Grave.
3. Moderada.
4. Leve.

14. Que razón tiene para pensar o creer lo anterior?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Que consecuencia o complicación le podrá traer esto a usted?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V. BENEFICIOS PERCIBIDOS

16. El asistir a control de D.O.C.:
1. Le permite conocer su estado de salud?
    - a. Si
    - b. No
  2. Que le dijeron hoy acerca de su estado de salud?  
\_\_\_\_\_
  3. Que ventajas le trae el hacerse el examen para detectar el cáncer?
    - a. Haría mas fácil su curación en caso de estar enferma?
    - b. La curación seria igual a si se detectara mas tarde?
    - c. Se previene el cáncer?
    - d. Otra ventaja? \_\_\_\_\_

VI. SEÑALES DE ACCION

17. Alguna mujer en la familia, vecina o amiga, ha sufrido de cáncer en el utero o matriz últimamente?
  1. Si
  2. No
  3. No sabe.
18. Alguna mujer en la familia, vecina o amiga, ha fallecido por causa de cáncer en el utero o matriz últimamente?
  1. Si
  2. No
  3. No sabe.

19. Por que medio fue orientado a hacer uso del programa al que hoy asistió?
  1. por el radio.
    - a. Si
    - b. No
  2. por la televisión.
    - a. Si
    - b. No
  3. Carteles en la comunidad o en el centro de salud.
    - a. Si
    - b. No
  4. Visita a su domicilio por el personal de salud.
    - a. Si
    - b. No
  5. Informe del médico en alguna consulta, acerca de la existencia del programa.
    - a. Si
    - b. No
  6. Otra persona le aconsejo venir.
    - a. Si
    - b. No

VII. AUTOEFICACIA

20. Quien toma las decisiones con respecto a la salud o enfermedad en la familia?
- 1. Su esposo
  - 2. Usted
  - 3. Ambos
  - 4. Otro: \_\_\_\_\_
- 

21. Las recomendaciones, que le dan cuando va a su control:
- 1. Las sigue al pie de la letra.
  - 2. Algunas veces las sigue.
  - 3. Casi nunca las sigue.
  - 4. No aplica.
- 

22. Con respecto al tratamiento, que le dan cuando va a su control:
- 1. Lo inicia y termina siempre.
  - 2. Sólo lo inicia, no lo termina.
  - 3. No inicia los tratamientos.
- 

23. La salud de usted, es responsabilidad de:
- 1. Su esposo.
  - 2. Suya.
  - 3. De ambos.
  - 4. Del médico.
  - 5. Del gobierno.
  - 6. de otro: \_\_\_\_\_
- 

24. Por que vino usted hoy a control?
- 1. Tenia cita de control.
  - 2. Vine por primera vez.
  - 3. Deseaba saber como estoy de salud.
  - 4. Estoy enferma.
  - 5. Me recordaron la cita por visita domiciliaria.
  - 6. Otra: \_\_\_\_\_
- 

25. Que clase de servicio de salud tiene usted:
- 1. IMSS.
  - 2. ISSTE.
  - 3. Empresarial.
  - 4. Privado.
  - 5. El Centro de Salud.
  - 6. Otro: \_\_\_\_\_
- 

VIII. FRECUENCIA DE USO

26. Con respecto a las citas de control:
- 1. Las cumple siempre.
  - 2. Las cumple algunas veces.
  - 3. Nunca las cumple.
  - 4. No aplica.
-

27. Cual es la razon de la respuesta anterior:

\_\_\_\_\_

28. Cuantas veces ha venido usted, en el último año a control, sin estar enferma?

- 1. Recuerda
- 2. No recuerda

#

IX. ASPECTOS SOCIALES

29. Usted, hasta que curso estudio: \_\_\_\_\_

1. Años cursados:

30. Cual fue el gasto de la familia en la última semana?

\_\_\_\_\_

31. Cuantos son los miembros de la familia:

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN Nombre del encuestador

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE C  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

CEDULA DE ENTREVISTA, CREENCIAS MATERNAS DE SALUD Y USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS MATERNO-INFANTILES EN LA COLONIA PUEBLO NUEVO, APODACA, N.L. MEXICO.

PLANIFICACION FAMILIAR (P.F.)

I. DATOS DE IDENTIFICACION:

1. No de encuesta:  2. Fecha:

año mes día

2. Nombre: \_\_\_\_\_

3. Paridad: G \_\_\_ P \_\_\_ A \_\_\_ C \_\_\_ V \_\_\_

4. Edad: \_\_\_\_\_

5. Area donde reside :

Años

1. Influencia

2. Vigilancia

6. Tiempo de radicar en el domicilio actual:

1. años

2. meses

7. Número de expediente: \_\_\_\_\_

II. BARRERAS PERCIBIDAS

8. Con respecto al programa que hoy uso:

1. Para ser atendida:

a. Tuvo que esperar mucho tiempo.

b. La atendieron rápidamente.

2. El personal encargado de su atención:

a. Siempre esta.

b. Algunas veces esta.

c. Nunca esta.

d. Es la primera vez que vengo.

3. Las recomendaciones o enseñanzas que le dan en el control:

a. Son claras.

b. No las entiende.

4. El llegar al centro de salud es:

a. Fácil.

b. Difícil.

5. El horario en que se atiende:
- a. Es conveniente.
  - b. No es conveniente.
6. Su religión :
- a. Le permite usar el actual metodo de planificacion.
  - b. Le permite usar solo el metodo del ritmo.
  - c. No le permite usar ningún metodo de planificacion.
  - d. No sabe.
7. Ha sentido temor porque su esposo pueda desconfiar de usted, pensando que puede tener relaciones sexuales con otro hombre, al estar planificando?
- a. Si
  - b. No
  - c. Su esposo no sabe que usted planifica.
  - d. No sabe que piensa su esposo al respecto.
8. Ha pensado en los riesgos o complicaciones del metodo de planificacion?
- a. Si
  - b. No
  - c. No sabe acerca de riesgos o complicaciones
9. Que otros problemas le ha causado o piensa que le puede causar el metodo de planificacion? \_\_\_\_\_

### III. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA

9. Siente temor de que pueda quedar embarazada en este momento?
- 1. Estoy segura de que si puedo quedar embarazada.
  - 2. Existe alguna posibilidad de que quede embarazada.
  - 3. Estoy segura de que no voy a quedar embarazada.

10. Que la hace pensar lo anterior?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

(Para las mujeres que no tienen ninguna posibilidad de embarazarse, pase a 12).

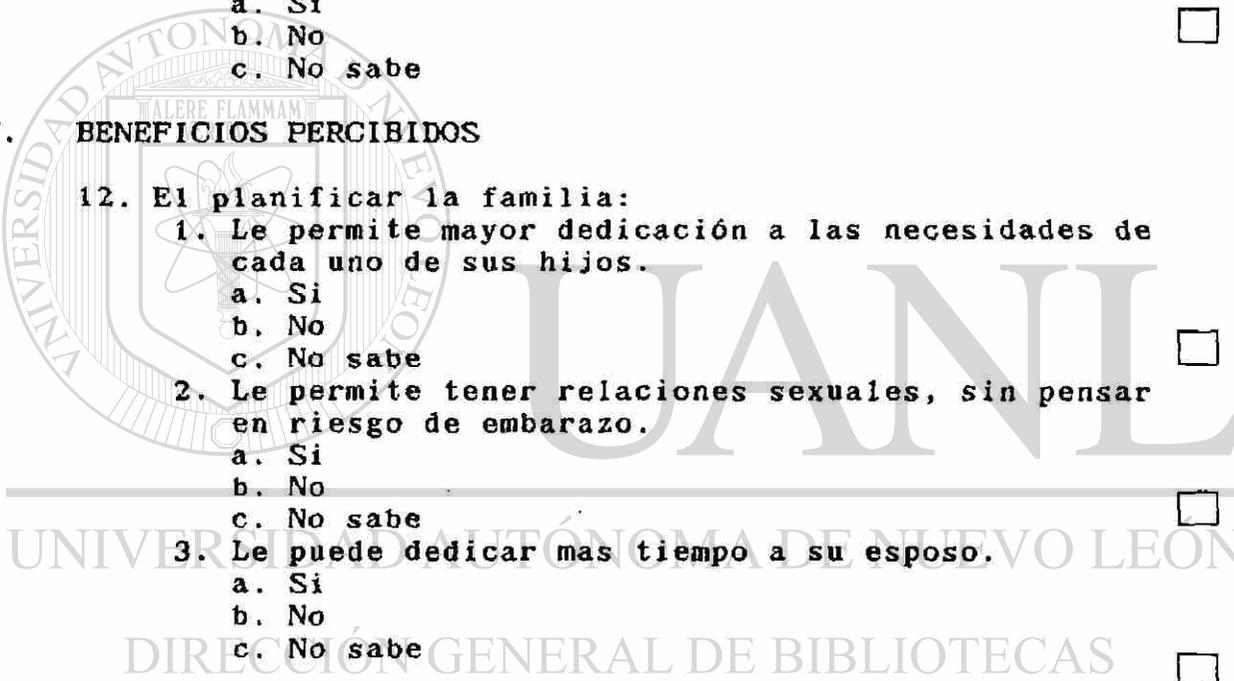
### IV. SEVERIDAD PERCIBIDA

11. Tendría usted problemas con respecto a los siguientes aspectos, al quedar embarazada en este momento?
- 1. Para atender las necesidades de sus hijos?
    - a. Si
    - b. No
    - c. No sabe
    - d. No aplica

- 2. Para dedicar mayor atención a su esposo?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sabe
  - d. No aplica
- 3. Un embarazo sería peligroso para su salud?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sabe
- 4. tendría problemas económicos?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sabe
- 5. Tendría problemas en perder o buscar trabajo?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No sabe

V. BENEFICIOS PERCIBIDOS

- 12. El planificar la familia:
  - 1. Le permite mayor dedicación a las necesidades de cada uno de sus hijos.
    - a. Si
    - b. No
    - c. No sabe
  - 2. Le permite tener relaciones sexuales, sin pensar en riesgo de embarazo.
    - a. Si
    - b. No
    - c. No sabe
  - 3. Le puede dedicar mas tiempo a su esposo.
    - a. Si
    - b. No
    - c. No sabe
  - 4. Disminuye el riesgo de enfermar, al espaciar los embarazos.
    - a. Si
    - b. No
    - c. No sabe
  - 5. Le permite manejar mejor los gastos de la familia.
    - a. Si
    - b. No
    - c. No sabe
  - 6. Amplia las posibilidades de que usted pueda trabajar.
    - a. Si
    - b. No
    - c. No sabe
  - 7. Le permite asistir a control y conocer acerca de su estado de salud?
    - a. Si
    - b. No



c. No sabe  
8. Que le dijeron hoy acerca de su estado de salud?\_\_\_\_\_

9. Se ha sentido mas tranquila y segura desde que asiste a control?  
a. Si   
b. No   
c. No sabe

#### VI. SENALES DE ACCION

13. Alguna mujer en la familia, vecina o amiga, ha tenido dificultades en la vida íntima, en la familia o en el trabajo, por quedar embarazada ?

1. Si   
2. No   
3. No sabe.

14. Alguna mujer en la familia, vecina o amiga, ha tenido un embarazo no deseado?

1. Si   
2. No   
3. No sabe.

15. Por que medio fue orientado a hacer uso del programa al que hoy asistió?

1. por el radio.  
a. Si   
b. No

2. por la televisión.

- a. Si   
b. No

3. Carteles en la comunidad o en el centro de salud.

- a. Si   
b. No

4. Visita a su domicilio por el personal de salud.

- a. Si   
b. No

5. Informe del médico en alguna consulta, acerca de la existencia del programa.

- a. Si   
b. No

6. Otra persona le aconsejo venir.

- a. Si   
b. No

#### VII. AUTOEFICACIA

16. Quien toma las decisiones con respecto a la salud o enfermedad en la familia?

1. Su esposo  
2. Usted  
3. Ambos   
4. Otro:\_\_\_\_\_

17. Las recomendaciones, que le dan cuando va a su control:

1. Las sigue al pie de la letra.
2. Algunas veces las sigue.
3. Casi nunca las sigue.
4. No aplica.

18. Con respecto al tratamiento, que le dan cuando va a su control:

1. Lo inicia y termina siempre.
2. Sólo lo inicia, no lo termina.
3. No inicia los tratamientos.

19. La salud de usted, es responsabilidad de:

1. Su esposo.
2. Suya.
3. De ambos.
4. Del médico.
5. Del gobierno.
6. de otro: \_\_\_\_\_

20. Por que vino usted hoy a control?

1. Tenia cita de control.
2. Vine por primera vez.
3. Deseaba saber como estoy de salud.
4. Estoy enferma.
5. Me recordaron la cita por visita domiciliaria.
6. Otra: \_\_\_\_\_

21. Que otra clase de servicio de salud tiene usted:

1. IMSS.
2. ISSSTE.
3. Empresarial.
4. Privado.
5. El Centro de Salud.
6. Otro: \_\_\_\_\_



#### VIII. FRECUENCIA DE USO

22. Con respecto a las citas de control:

1. Las cumple siempre.
2. Las cumple algunas veces.
3. Nunca las cumple.
4. No aplica.

23. Cual es la razon de la respuesta anterior: \_\_\_\_\_

24. Cuantas veces ha venido usted, en el último año a control, sin estar enferma?

1. Recuerda
2. No recuerda

#

**IX. ASPECTOS SOCIALES**

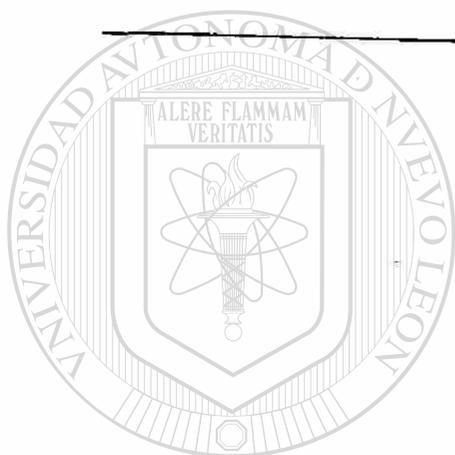
25. Usted hasta que curso estudio: \_\_\_\_\_  
1. Años cursados:

26. Cual fue el gasto de la familia en la última semana?  
\_\_\_\_\_

27. Cuantos son los miembros de la familia:

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del encuestador



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## APENDICE D

### INSTRUCTIVO: LLENADO CEDULA DE ENTREVISTA CREENCIAS MATERNAS DE SALUD Y USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS MATERNO-INFANTILES EN LA COLONIA PUEBLO NUEVO, APODACA, N.L. MEXICO

Será indispensable leer este instructivo, para el llenado adecuado de la cédula de entrevista. Se le recomienda seguir todos los pasos que aquí se consignan, con el fin de hacer mas ágil el diligenciamiento de este instrumento.

Antes de comenzar el llenado de la cédula:

- a. Cerciorese de que la madre ha hecho uso inmediatamente antes de alguno de los siguientes programas: C.N.S., D.O.C., P.F.
- b. Si ha hecho uso del programa de C.N.S., pregúntele a la mujer acompañante del menor si es la madre; si ha usado el programa de D.O.C. o P.F., pregúntele si tiene hijos.
- c. Interrogue por el area donde reside.

Después de que este seguro, de que cumple con todos los requisitos anteriormente señalados, explique el objetivo de la encuesta y pida su autorización, si esta fue concedida, comience el llenado de la cédula de entrevista.

A continuación se daran las recomendaciones de llenado, por cada una de las secciones:

#### I. DATOS DE IDENTIFICACION

1. No de encuesta: se colocara un número consecutivo cada día, comenzando desde el número uno.
2. Fecha: se escribirá el año, mes y día, correspondientes al día en que se esta aplicando la cédula de entrevista.
3. Nombre de la madre y del niño: se escribirán los nombres completos de la madre y de su hijo.
4. Edad: Se escribirá la edad en años cumplidos, si es la madre quien es la usuaria, o si la edad del niño es mayor o igual a un año, si el niño es menor de un año y mayor de un mes, se escribirán los meses cumplidos, si el niño es menor de un mes, se escribirán los días cumplidos.
5. Area donde reside: este espacio se llenara con el número uno, si la madre reside en la colonia Pueblo Nuevo y con el número dos, si la madre vive en las

- colonias al rededor de esta.
6. Tiempo de radicar en el domicilio actual, anote años cumplidos para las que lleven mas de un año y meses cumplidos para la que lleve menos de un año, viviendo en el domicilio actual.
  7. Número de expediente: anote en este espacio el número completo del expediente de la paciente o de su hijo.

## II. SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA

Para las preguntas 10 y 12 de C.N.S., 9 de D.O.C. y P.F., llene en el cuadro el número correspondiente a la respuesta, lea la pregunta tal como aparece.

Para las preguntas 11,13 y 15 de C.N.S., 10 y 12 de D.O.C. y 10 de P.F., escriba la razón exacta que de la paciente, con sus mismas palabras.

Para las preguntas 14 de C.N.S. y 11 de D.O.C., escriba frente a cada ítem, dentro del cuadro el número uno, si la respuesta es afirmativa y el número dos si la respuesta es negativa, lea la pregunta tal como aparece.

## III. SEVERIDAD PERCIBIDA

Para las preguntas 16 de C.N.S. y 13 de D.O.C., llene en el cuadro el número correspondiente a la respuesta, lea la pregunta tal como aparece.

Para las preguntas 17 y 18 de C.N.S. y 14 y 15 de D.O.C., escriba textualmente lo que diga la paciente, sin cambiar sus palabras.

En la pregunta 11 de P.F., escriba en el cuadro, la letra correspondiente a la respuesta de la paciente.

## IV. BENEFICIOS PERCIBIDOS

Para las preguntas 19-1, 19-3, 19-5 y 19-6 de C.N.S., 16-1 y 16-3 de D.O.C. y 12-1, 12-2, 12-3, 12-4, 12-5, 12-6, 12-7, 12-9, de P.F., escriba en el cuadro, la letra correspondiente a la respuesta. Lea la pregunta tal como aparece.

En las preguntas, 19-2 y 19-4 de C.N.S., 16-2 de D.O.C. y 12-8 de P.F., escriba textualmente lo que diga la madre sin cambiar sus palabras.

## V. BARRERAS PERCIBIDAS

En la pregunta 8-9, de P.F., escriba textualmente lo que diga la madre sin cambiar sus palabras.

En la pregunta 9-1, 9-2, 9-3, 9-4 y 9-5, de C.N.S., 8-1, 8-2, 8-3, 8-4 y 8-5, de D.O.C. y 8-1, 8-2, 8-3, 8-4, 8-5, 8-6, 8-7 y 8-8, de P.F., llene en el cuadro la letra correspondiente a la respuesta, lea la pregunta tal como aparece.

## VI. SEÑALES DE ACCION

En esta sección llene en el cuadro el número o letra, correspondiente a la respuesta, lea la pregunta tal como aparece.

Si en el grupo de C.N.S., la madre, conoce la causa de enfermedad o muerte del niño, familiar, vecino o amigo que constituyo la señal de acción, describala.

## VII. AUTOEFICACIA

En esta sección llene en el cuadro el número correspondiente a la respuesta, lea la pregunta tal como aparece. Si la respuesta corresponde al ítem de otro, describa a continuación, a que se refiere.

## VIII. FRECUENCIA DE USO

En las preguntas 29 y 31, de C.N.S., 26 y 28 de D.O.C. y 22 y 24 de P.F., llene en el cuadro el número correspondiente a la respuesta, lea la pregunta tal como aparece.

En la pregunta 30 de C.N.S., 27 de D.O.C. y 23 de P.F., escriba textualmente lo que diga la madre sin cambiar sus palabras.

En las preguntas 31 de C.N.S., 28 de D.O.C. y 24 de P.F., escriba donde aparece el signo de número(#), el número de veces que ha traído al hijo o ha venido la madre a control en el último año, sin estar enfermo(a), haga énfasis en este último aspecto.

## IX. ASPECTOS SOCIALES

En la pregunta 32 de C.N.S., 29 de D.O.C. y 25 de P.F., escriba hasta que curso estudio.

En la pregunta 33 de C.N.S., 30 de D.O.C. y 26 de P.F., escriba cuanto fue el gasto general de la familia en la última semana.

En la pregunta 34 de C.N.S., 31 de D.O.C. y 27 de P.F., escriba cuantas personas en total componen la familia.

## OBSERVACIONES:

Escriba en este espacio todo lo que usted crea pertinente, con respecto a la actitud de la paciente al responder o con respecto a cualquier otro aspecto que sea relevante para el estudio.

Finalmente anote su nombre en el espacio destinado para esto.

Gracias por su colaboración, recuerde que de la veracidad de las respuestas dependeran los resultados favorables del presente estudio.

