

11278
4
2es.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA

T E S I S

**FACTORES RELACIONADOS CON LA UTILIZACIÓN ADECUADA DE
ATENCIÓN MÉDICA ANTE LA PERCEPCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE
ALARMA DURANTE EL EMBARAZO**

**QUE PARA RECIBIR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS
CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA**

PRESENTA

DRA. VITA LIBREROS BANGO

ASESOR: DRA. SANDRA REYES FRAUSTO

MÉXICO, D.F. 1998

261045

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Introducción. El embarazo, a pesar de ser un estado fisiológico de la mujer, presenta cambios orgánicos y psicológicos que ocasionan mayor susceptibilidad a la presencia de complicaciones. Las principales causas de morbimortalidad materna en nuestro país son originadas por padecimientos donde la oportunidad de atención médica es decisiva para la vida de la mujer y/o de su futuro hijo. La oportunidad de la atención, depende en gran medida de que la mujer identifique como anormales las manifestaciones incipientes de patología y que perciba la necesidad de atención médica para confirmar o descartar el problema. Con mucha frecuencia, la mujer percibe alguna "molestia" que no identifica como daño para ella o para su hijo y no demanda la atención. Poco se ha explorado acerca de la percepción e identificación de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo y de la conducta que sigue la mujer cuando los percibe. De igual manera se desconoce cuáles son los factores que favorecen u obstaculizan la utilización de los servicios médicos en estas circunstancias. Por ello este estudio se planteó los siguientes objetivos.

Objetivos. 1) Determinar los factores relacionados con la utilización adecuada de atención médica, en mujeres que percibieron sintomatología de alarma durante el embarazo. 2) Determinar el perfil de las mujeres que identifican adecuadamente los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

Material y Métodos. Se llevó a cabo un estudio transversal comparativo, en el Hospital General de Zona (HGZ) No. 47 IMSS, durante los meses de abril y mayo de 1994. Se incluyeron mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social; que hubieran percibido al menos un signo o síntoma de alarma durante su embarazo. La muestra se calculó en base a un $\alpha = 0.05$, $1-\beta = 0.80$, tasa de no respuesta 10%. Se consideró como factor de menor prevalencia (30%) categoría de no utilización en mujeres no unidas. El número de mujeres calculado fue de 294 mujeres (147 por grupo, relación 1:1). El tipo de muestreo fue por conveniencia ya que se entrevistaron todas las mujeres que acudieron a la conclusión del embarazo durante el período de estudio. Se analizaron los siguientes signos o síntomas de alarma: acúfenos, fosfenos, edema en miembros inferiores, cefalea, ausencia de movimientos fetales, fiebre o sangrado vaginal. Las variables dependientes fueron: 1) Utilización de la atención médica, definida como la búsqueda y obtención de la atención por el signo o síntoma de alarma percibido. 2) Utilización adecuada de atención médica considerada como la búsqueda y obtención de atención médica siempre que la mujer percibió algún signo o síntoma de alarma. 3) Identificación adecuada de signos y síntomas de alarma definida como el reconocimiento del 100% de los signos y síntomas de alarma antes mencionados. Las variables independientes se agruparon según características demográficas, socioeconómicas, obstétricas, de la sintomatología percibida y de los servicios de salud recibidos. La técnica de recolección de información fue la entrevista. Se llevó a cabo análisis exploratorio y descriptivo de los datos, comparativo y regresión logística.

Resultados. Se entrevistaron 302 mujeres, la edad promedio fue de 24.7 años. La mayor proporción de ellas tenía siete o más años de educación formal. El 50% pertenecía al estrato socioeconómico bajo, cerca del 40% trabajaba fuera del hogar. La mediana de embarazos por mujer fue de dos. El 75% de las mujeres había recibido siete o más consultas prenatales. Los signos y síntomas de alarma percibidos por la mayor parte de las mujeres fueron: el edema de miembros inferiores (71%), la cefalea (46%) y el sangrado vaginal (20%). La mediana de signos y síntomas percibidos por mujer fue de dos.

En general, la utilización de atención médica fue mas frecuente cuando la mujer consideró que los signos o síntomas eran moderados o graves que cuando los calificó como leves, ($p < 0.05$). La proporción de mujeres que utilizó la atención médica siempre que percibió signos o síntomas de alarma (utilización adecuada de atención médica) fue de 55% (166 mujeres). Los factores que estuvieron relacionados con utilización adecuada fueron: el apoyo de la familia (RMP 5.76, I.C. 3.31-10.0), la percepción de gravedad del signo o síntoma (moderada o grave) (RMP 4.39, I.C. 2.35-8.20) y la identificación adecuada de signos o síntomas como motivo de demanda de atención médica (RMP 1.80 I.C. 1.00-3.23).

El 68.9% ($n=208$) de las mujeres identificaron que los signos o síntomas considerados de alarma eran motivo para demandar consulta médica (identificación adecuada). Las características asociadas con la

identificación adecuada fueron: haber recibido orientación acerca del embarazo (RMP 1.89 I.C. 1.13 - 3.17); pertenecer al estrato socioeconómico medio - alto (RMP 2.72 IC 1.61 - 4.59) y haber recibido atención prenatal en forma mixta (IMSS - Médico Privado) (RMP 1.75 IC 1.02 - 3.03).

Conclusiones. Fue elevada la utilización de atención médica por signos y síntomas evidentes como sangrado vaginal, disminución o ausencia de movimientos fetales y fiebre. Para la mujer los síntomas como fosfenos, acúfenos y cefalea no son percibidos como una necesidad de atención médica, lo que puede propiciar demanda y diagnóstico tardíos.

En esta población, cuatro factores resultaron ser activadores para que la mujer utilizara la atención médica siempre que percibió los signos y síntomas considerados de alarma durante el embarazo, éstos son, la percepción del nivel de gravedad del signo o síntoma, lo mismo sucedió cuando recibió el consejo y la compañía de algún integrante de la familia para acudir al médico y la identificación adecuada los signos y síntomas de alarma y el nivel de escolaridad mayor a siete años.

El antecedente de aborto o cesárea como experiencia negativa y el número de consultas prenatales recibidas por la mujer no fueron factores que desencadenaran la utilización adecuada de atención médica.

Las mujeres que identificaron en forma adecuada los signos y síntomas de alarma habían recibido orientación acerca del embarazo, pertenecían al estrato socioeconómico medio-alto y también habían asistido a consulta prenatal mixta (IMSS y médico particular).

Estos resultados permitirán enriquecer las estrategias para elevar la sensibilización que los programas preventivos tratan de dar a la mujer embarazada respecto a su salud, además de reorientar los contenidos educativos que puedan incidir en la percepción de necesidad de atención ante signos y síntomas de alarma para disminuir la morbilidad materna.

AGRADECIMIENTOS

A mis hijas, que son el motivo noble y bello que me ha llevado a lograr la superación profesional y personal. Gracias por su comprensión y por compartir el esfuerzo para lograr ésta *nuestra meta*.

A mi hermana, por su cariño, paciencia y apoyo. Gracias por estar siempre con nosotras.

A mi padre, que ha sido un ejemplo de dedicación y entrega profesionales

Al Dr. Héctor Guiscafré Gallardo, por su ejemplo y guía, especialmente por la confianza que me concedió para iniciar esta aventura maravillosa de la investigación médica.

A la Srita Enfermera Lidia Martínez González, por su amistad y por haber proporcionado los elementos básicos para llevar a cabo esta tesis.

A la Dra. Sofía Villa Contreras por su amistad, orientación y entusiasmo presentes en todo momento.

Con afecto y gran admiración a las doctoras Sandra Reyes Frausto y Ma. del Carmen García Peña, por su paciencia durante el desarrollo de este trabajo, por su asesoría y ejemplo de tenacidad y esfuerzo.

INDICE

Página

AGRADECIMIENTOS

I. INTRODUCCIÓN	5
II. ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL	9
Esquema Conceptual	
A. Generalidades sobre Utilización de la Atención Médica.....	9
a) Proceso de Percepción de la Enfermedad - Búsqueda de Ayuda.....	11
Sistemas de Búsqueda de Ayuda	
b) Búsqueda de Atención y Red Social de Apoyo.....	12
c) Diferencia de Conceptos Salud-Enfermedad entre la Población y los Médicos.	15
B. Utilización de Atención Médica en el Ámbito de la Salud Materna.....	16
a) Conocimiento-Percepción de Enfermedad y Búsqueda de Atención Médica	
b) Red Social y Apoyo a la Mujer Gestante	
c) Otras Características de la Mujer Relacionadas con la Utilización de la Atención Médica	
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
Preguntas de Investigación	
IV. OBJETIVOS	21
General	
Específicos	
V. EXPECTATIVAS EMPÍRICAS E HIPÓTESIS	22
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	23
a. Diseño de Estudio.....	23
b. Lugar de Estudio.....	23
c. Período de Estudio.....	23

d. Población y Muestra.....	23
• Criterios de Inclusión:	
• Criterios de Eliminación	
• Tamaño de la Muestra:	
• Tipo de muestreo	
e. Definición y Operacionalización de Variables	24
f. Análisis de la Información	27
1. Análisis Exploratorio	
2. Construcción de Índices	
2.1. Reducción de Variables y Determinación de Factores	
2.2. Calificación de los Casos	
3. Análisis Univariado	
4. Análisis Bivariado	
4.1. Utilización de Atención Médica	
4.2. Utilización Adecuada de Atención Médica	
4.3. Identificación de Signos y Síntomas de Alarma como Motivo de Demanda de Atención Médica	
5. Análisis Multivariado	
5.1. Utilización Adecuada de Atención Médica	
5.2. Identificación de Signos y Síntomas de Alarma como Motivo de Demanda de Atención Médica	
g. Descripción del Estudio	33
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	34
VIII. RESULTADOS.....	35
Características Generales de la Muestra Estudiada.....	35
Características Demográficas y Socioeconómicas.....	35
Antecedentes Obstétricos	39
Características de los Servicios de Salud Recibidos Durante el Embarazo.....	40
Percepción e Identificación de Signos y Síntomas de Alarma durante el Embarazo	42
Utilización de la Atención Médica por Signo o Síntoma Percibido.....	43

Utilización de Atención Médica Según Nivel de Gravedad Percibido.....	44
Utilización Adecuada de la Atención Médica.....	45
Modelo de Regresión Logística.....	47
Perfil de las Mujeres que Identifican Adecuadamente los Signos y Síntomas de Alarma Como Motivo de Demanda de Atención Médica.....	49
IX. DISCUSIÓN	52
Limitaciones Metodológicas del Estudio.....	58
De la Muestra Seleccionada	58
Del Diseño del Estudio	59
De las Variables del Estudio.....	59
Del Instrumento de Recolección de Datos	60
De los Indicadores Elaborados.....	61
X. CONCLUSIONES	62
XI. RECOMENDACIONES	64
XII. REFERENCIAS	66
ANEXOS	72
1. Parámetros para el Cálculo de Tamaño de Muestra	
2. Análisis Factorial	
A. Estrato Socioeconómico	
B. Apoyo Familiar	
3. Variables no Relacionadas con:	
A. Utilización Adecuada de Atención Médica	
B. Identificación Adecuada de Signos y Síntomas de Alarma	
4. Modelos de Regresión	
A. Utilización Adecuada de Atención Médica	
B. Identificación Adecuada de Signos y Síntomas de Alarma	
5. Gráficas de Residuales	
6. Carta de Consentimiento	
7. Cuestionario	

I. INTRODUCCIÓN

La utilización de servicios médicos es el resultado de un proceso que puede ser propiciado por la necesidad de conservar un buen estado de salud (perspectiva preventiva) o por la presencia de alguna molestia o síntoma que el individuo califica como "anormal" y por lo cual decide que necesita atención. Este último aspecto ha sido denominado, por algunos investigadores^{4,8,11} como "conducta de enfermedad" o "comportamiento del propio enfermo" y ha llevado a la formulación de modelos teóricos en los que se reconoce que el proceso de búsqueda de ayuda se inicia con la percepción de vulnerabilidad ante la molestia, seguida de la percepción de necesidad de atención.

La decisión de buscar ayuda médica, puede ser modificada por algunos factores como las características propias del paciente (edad, sexo, actitud hacia la salud o hacia la enfermedad, experiencias previas, expectativas personales, etc.) o por la interacción del individuo con el medio que le rodea, ya sea social, cultural, geográfico, económico, etc. De acuerdo con la magnitud y la naturaleza de la influencia ejercida se facilitará u obstaculizará la utilización de los servicios. En este proceso la conducta que sigue el individuo varía de una persona a otra, se han observado diferentes conductas, incluso ante situaciones clínicamente similares, la decisión de algunos pacientes es demandar el apoyo médico y, otros en cambio, no solicitarán atención o buscarán ayuda de tipo informal, en éstos casos se pone en juego la oportunidad de la detección, el diagnóstico o tratamiento de alguna patología.

En el área de la salud materno infantil existe una extensa producción científica relacionada con el análisis de la utilización de la atención médica, y de los factores que la modifican. Una limitación relativa pero importante es que la mayor parte de esos estudios están relacionados con la mortalidad materna y un número más limitado se refiere a la morbilidad, a la salud de las madres o a evaluar el comportamiento de la mujer^{15,25,31-33,39}.

En particular, el comportamiento de la mujer frente a situaciones de emergencia médica durante la gestación ha sido poco estudiada, a pesar de que la decisión de demandar atención médica

es imprescindible, el hecho de no solicitar atención médica inmediata en estas circunstancias puede modificar negativamente la secuencia natural del embarazo o de algún padecimiento.

En el caso de la población derechohabiente del IMSS, sobre todo en el área urbana, se asume que no existen o están minimizadas, las barreras geográficas, de costos para el paciente y de disponibilidad de recursos médicos (humanos o materiales) que le impidan a la mujer demandar y recibir los servicios. Pueden coexistir otro tipo de factores como la falta de conocimiento, sociales o culturales que aún no han sido analizados con profundidad y que pueden limitar la demanda de atención en esta población.

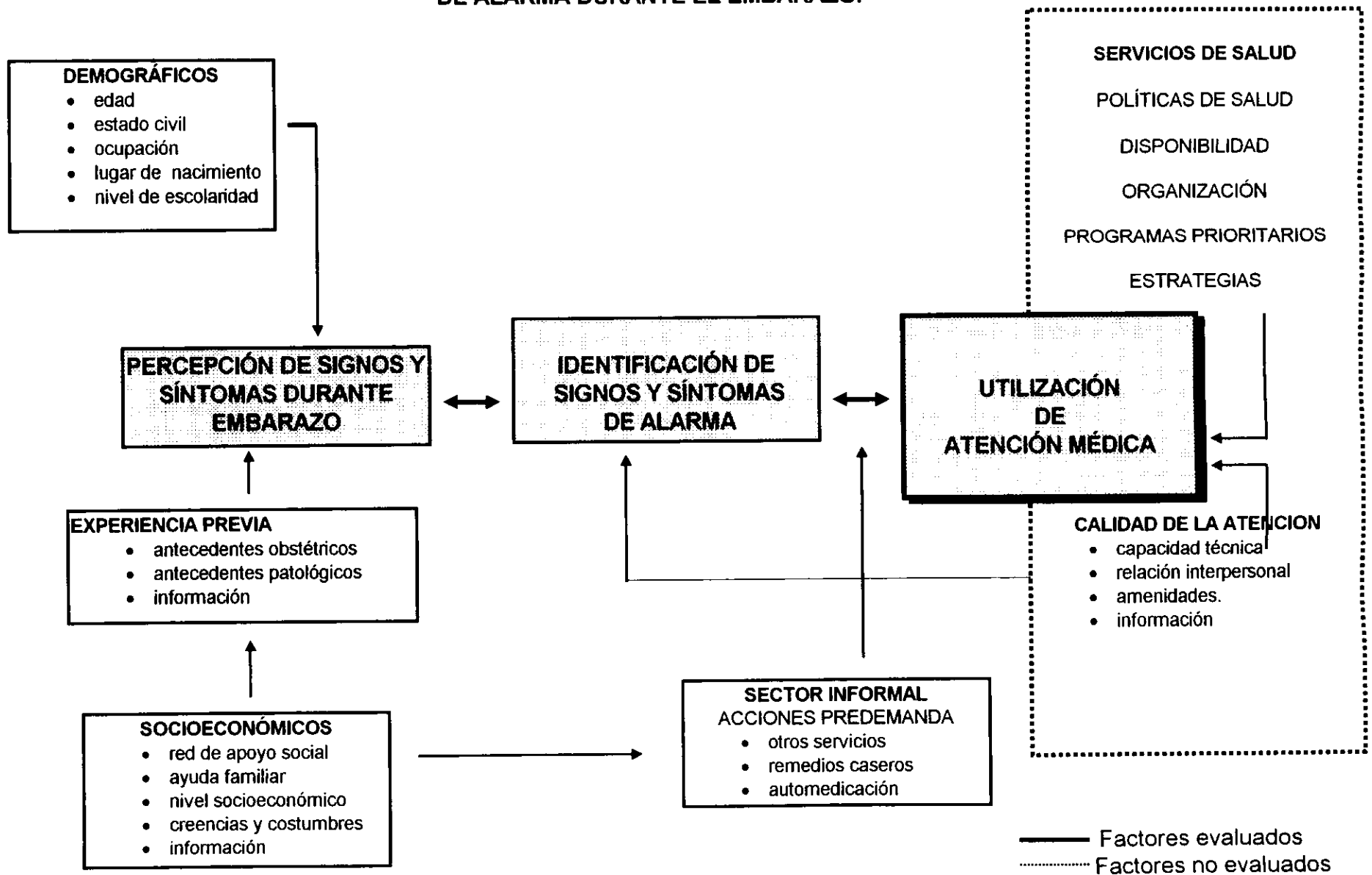
Pocos son los estudios donde se ha evaluado la utilización de atención médica cuando la mujer presenta sintomatología de alarma durante el embarazo^{31,39,67}. En estos estudios se ha abordado el conocimiento y la conducta de la mujer sin buscar la relación con el uso de servicios o se han efectuado en población con características distintas a la de nuestro interés. Es posible también que no se efectúen estudios con este enfoque, ya que la conducta esperada y médicamente lógica, debiera ser la utilización inmediata de servicios médicos, sin embargo desde la perspectiva del paciente la decisión de acción no siempre va encaminada a solicitar el servicio.

Se ha referido que a pesar del avance en el conocimiento sobre aspectos reproductivos, no ha sido posible solucionar el rezago que significa la morbilidad materna por causas previsibles y que se hace necesario encontrar nuevas perspectivas para lograr el autocuidado de la salud de la mujer⁶⁷, así como elevar la calidad de atención que se otorga.

Por lo anterior se desarrolló el presente proyecto de investigación con el objetivo de analizar el comportamiento de la mujer ante la percepción de sintomatología de alarma y determinar los factores que están relacionados con la utilización de atención médica en esas circunstancias.

En base a los resultados obtenidos de este proyecto, se proponen algunas estrategias encaminadas a mejorar las acciones del prestador de servicios para favorecer el autocuidado de la mujer embarazada y la utilización inmediata de la atención médica ante sintomatología de alarma.

**ESQUEMA CONCEPTUAL
UTILIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA ANTE LA PERCEPCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS
DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO.**



II. ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL

A. Generalidades Sobre Utilización de la Atención Médica.

La utilización de servicios de salud, ha sido objeto de análisis desde hace más de tres décadas, uno de los autores más destacados en este campo ha sido McKinlay¹. Este autor, llevó a cabo una revisión de los estudios de utilización en servicios de salud realizados en su época. En esta revisión, McKinlay reconoce seis enfoques que continúan vigentes: a) El económico, donde los límites financieros determinan la búsqueda de ayuda; b) El sociodemográfico, donde el énfasis recae en las características como sexo, edad y educación; c) El geográfico, en el cual la proximidad o lejanía en términos de distancia favorece o no la utilización; d) El sociopsicológico, donde se enfatiza el vínculo entre la motivación, la percepción de vulnerabilidad y el aprendizaje individuales con la conducta de utilización; e) El sociocultural, en donde se examinan las asociaciones entre valores, normas, creencias y estilos de vida de diferentes grupos socioeconómicos, y por último, f) El de sistema organizacional o de "entrega" donde se subrayan los efectos de algunos aspectos de la organización de los servicios sobre el uso de servicios.

Donabedian² y Frenk³ retoman de manera parcial el modelo propuesto por McKinlay. El primero considera la búsqueda y obtención de la atención, como parte de lo que denomina "proceso de atención médica", en el que la "utilización", es un punto intermedio donde se lleva a cabo la interacción entre dos dimensiones fundamentales: la perspectiva del cliente (paciente) y la del prestador de servicios (médico). En esta interacción, en primer lugar el individuo decide cuáles son las situaciones requieren atención ("necesidad"); en segundo y casi simultáneamente valora y decide a qué servicio es mejor acudir. En este proceso, califica aquellos servicios que están acordes a su necesidad y a su capacidad para adquirirlo (demanda potencial). El tercer paso en este proceso, lo constituye el servicio "realmente utilizado o demanda efectiva", en donde se cumple con dos aspectos esenciales, uno es la "demanda" y otro es la "obtención" de la atención.

Frenk³ (basado en Donabedian) se refiere a este fenómeno cuando esquematiza los posibles dominios de la accesibilidad a los servicios. En su modelo considera que la utilización es la

búsqueda y obtención de la atención médica precedida de una secuencia de eventos cuyo punto de partida es la percepción de la necesidad de ayuda. Este autor añade también el concepto "deseabilidad" del servicio, es decir, la valoración y selección del servicio al que acudirá.

Suchman⁴, propone un modelo teórico similar pero con una visión psicológica de la respuesta del individuo ante su enfermedad. Incluye la utilización de servicios médicos como una etapa en la que el individuo busca el diagnóstico y el tratamiento de una fuente "científica", es decir, consulta al médico para obtener la aprobación profesional autorizada que legitima su estado de enfermo. Esta fase se complementa con el hecho de que el individuo asume su papel de enfermo y decide transferir el control de su padecimiento al médico.

Otros enfoques, en cambio, incluyen la utilización de los servicios como parte de un proceso económico - operativo, éstos son los referidos por Salkever⁵, Aday y Andersen^{6,7} en los que se deja de lado la dimensión conceptual básica, expresada en los modelos socio-psicológicos, para referirse a la utilización de atención sólo como producto de la accesibilidad financiera. Aday, establece desde un punto de vista más práctico, la inclusión del costo de transporte y del tiempo de traslado, a los cuales agrega la búsqueda de atención. Refiere además que estos factores forman parte de un indicador denominado "proceso de acceso a los servicios de salud".

En estos modelos administrativos se sacrifican las dimensiones fundamentales del proceso de búsqueda y obtención de la atención, por la elaboración de indicadores operativos. Sin embargo, la mayor parte de los autores, coinciden en que antes de la búsqueda y obtención de servicios se percibe una necesidad de ayuda, que actúa como un detonador del proceso.

a) Proceso de Percepción de la Enfermedad - Búsqueda de Ayuda.

El análisis de la percepción de la enfermedad ha sido abordado desde distintos enfoques (antropológico, psicológico o psiquiátrico), ya sea con una visión general del proceso salud-enfermedad o sobre algún fenómeno en particular.

Mechanic y Volkart⁸ analizaron lo que se ha denominado el "comportamiento del propio enfermo", en el cual el individuo evalúa los síntomas que percibe, y la conducta de búsqueda de ayuda dependerá de esa evaluación. Estos autores observaron también, que personas con sintomatología clínicamente similar, presentaron conductas distintas, es decir, unas demandaron ayuda de inmediato y otras no le dieron importancia y no buscaron ningún tratamiento.

Suchman⁴ propone un modelo teórico para explicar el proceso de percepción-búsqueda de ayuda médica, que divide en cinco etapas: 1) La percepción de los síntomas (la decisión de que algo no anda bien); 2) La aceptación del papel de enfermo (la decisión de que se está enfermo y necesita la atención profesional); 3) El contacto con los servicios de salud (la decisión de buscar atención médica profesional); 4) El papel del paciente dependiente (decisión de transferir el control al médico y seguir el tratamiento prescrito) y 5) La recuperación o rehabilitación (decisión de abandonar el papel del paciente).

Este autor sugiere que la gravedad de la molestia, la evolución de los síntomas, el conocimiento de la gravedad de los mismos (conocimiento no adquirido en el sistema educativo formal), así como la "experiencia previa" con el síntoma particular, son modificadores de la decisión de búsqueda de ayuda. En su estudio encontró, que dos terceras partes de los pacientes entrevistados pensaron acudir al médico inmediatamente después de sentirse mal, como una reacción inicial ante la enfermedad. De éstos, sólo el 65% acudió inmediatamente al médico. Los motivos que llevaron al paciente a no demandar consulta se relacionan con situaciones tales como, que los síntomas no eran serios o era imposible dejar de lado las responsabilidades sociales o laborales. También afirma, que las consideraciones financieras tienen una importancia relativa en la utilización de atención médica.

Como en el caso de Suchman, Lunde⁹ establece que las experiencias previas influyen en la percepción del paciente, pero agrega que las expectativas, los recursos psicosociales con los que cuenta el individuo, el estrés al que está sometido, la opinión de otras personas, la naturaleza (etiología) y la gravedad de los síntomas son también importantes.

Kegeles⁴⁸ y Bentur⁴⁹ evaluaron la conducta de los individuos una vez que percibieron sintomatología de alarma en pacientes con procesos neoplásicos o con problemas odontológicos y demostraron que existen síntomas como el dolor, que actúan como estímulo para la búsqueda de atención ya sea por miedo a sentirlo o porque es percibido como un daño a la salud.

Sistemas de Búsqueda de Ayuda

Los sistemas de búsqueda de ayuda, han sido de especial interés para la investigación psicológica o psico-social. En los modelos teóricos se observan dos perspectivas de análisis del sistema de búsqueda de ayuda, uno es el enfoque individualista referido por los autores antes referidos^{4,6-8-9,11} y otro es el que se refiere a un sentido colectivo, del cual, uno de sus defensores más importantes es Freidson¹². Esta corriente afirma que la conducta individual depende de un proceso de socialización, en la cultura particular donde el individuo se desarrolla, en donde la conducta del individuo depende de la validación social que se le otorgue.

En ambas corrientes, la red social de apoyo juega un papel importante en la búsqueda de ayuda y en la decisión del tipo atención que necesita.

b) Búsqueda de Atención y Red Social de Apoyo.

Diversos autores^{15,34-38} han estudiado ampliamente la función de una red social, como influencia, no sólo en el proceso de salud-enfermedad sino en todas las circunstancias de la vida cotidiana del individuo. Para analizar esta relación, Barrón⁷³ propone un modelo teórico que recopila los enfoques que se han utilizado para el estudio de la red de apoyo social.

Barrón⁷³ define el apoyo social como un concepto interactivo que se refiere a transacciones entre personas. Sarason⁷⁴ lo considera como una variable de personalidad, al relacionarlo con las habilidades sociales y la competencia social.

Existen diferentes perspectivas desde las cuales se ha propuesto el estudio del apoyo social, una de ellas es la perspectiva estructural, en la que se resalta la concepción basada en la existencia, la cantidad y la propiedad de las relaciones sociales que manifiestan las personas.

Otros enfoques hacen énfasis en los aspectos funcionales del apoyo social, centrándose en el aspecto cualitativo del apoyo, como es el caso del apoyo emocional, el informacional y el instrumental o material. En el primero se hace referencia a la disponibilidad de alguien con quien hablar e incluye las conductas que llevan a sentimientos de bienestar afectivo. El segundo, se refiere al proceso por el cual las personas, reciben información, consejo o guía que les ayuda a entender su entorno y a ajustarse a él. Es común que este tipo de apoyo se confunda con el emocional ya que ambos tipos de apoyo suelen darse o percibirse conjuntamente. La función de apoyo material o instrumental se define como las acciones o materiales proporcionados por otras personas y que sirven para resolver problemas prácticos: cuidar niños, prestar dinero, ayudar en tareas domésticas, etc.⁷³

La perspectiva contextual se refiere a: a) Las características de los individuos que otorgan el apoyo, ya que la procedencia de un mismo apoyo de una fuente o de otra, puede tener distinto efecto. b) El momento en que se brinda el apoyo. Esto va en relación a que las necesidades de ayuda cambian según la situación estresante.

c) La duración y la efectividad del apoyo. Se refiere a la posibilidad que se tiene de mantener la ayuda, así como lo adecuado o no del apoyo que se proporciona en situaciones concretas.

A partir de la identificación de un problema de salud, algunos autores^{1,4,8,11,15,16,38,65} logran "construir" una red de apoyo, considerando el tipo de ayuda y personas que paulatinamente se integran a la red.

McKinlay¹⁰, considera que algunos factores que pueden modificar la decisión de utilizar los servicios, pueden ser el apoyo familiar y la automedicación.

Freidson¹² desarrolló un enfoque sociocultural en el cual el individuo no establece por sí mismo el significado de "molestia", sino que depende de aquello que culturalmente se acepta, es decir, si alguien se considera enfermo encuentra aceptación y apoyo en su medio cultural, ya que muestra síntomas que la comunidad aprueba como malestar.

También señala, que la estructura y la organización de una comunidad influyen en la utilización de servicios de salud y puede facilitar el acceso a diversas formas de atención en el sistema informal que en ocasiones preceden o sustituyen a la utilización del sistema formal.

Suchman¹³ encontró que un 75% de los síntomas que se informan al médico, ya habían sido consultados previamente con otra persona, un familiar con mayor frecuencia. Refiere en otro estudio que en el proceso de aceptación del papel de enfermo el individuo busca la aprobación de las personas que le rodean para "afirmarse como enfermo" (más del 80% de los casos tuvieron la "validación" de la necesidad de apoyo médico otorgada por algún integrante de la familia, en su mayoría el cónyuge)⁴.

En este último aspecto coinciden otros autores ^{14,15} que refieren que se consulta en primer lugar a un familiar, especialmente al cónyuge, y en segundo lugar a los amigos. Se refiere menos frecuente y bajo ciertas circunstancias el hecho de que las personas tomen por sí mismas, la decisión de buscar atención sin consultar a alguien previamente. Salloway y Dillon¹⁷ y Zola¹⁸ identificaron que las redes familiares cuando son amplias, tienden a inhibir la consulta médica. En otros estudios se apoya la tesis de que los parientes tienden a mantener al individuo dentro de redes informales de ayuda, en tanto que los amigos favorecen que el individuo establezca vínculo con una red externa de profesionales, sin tomar en cuenta la extensión de la familia.

Vaux⁷⁵ considera a la familia es una de las principales fuentes de apoyo, en la que se encuentra que a mayor cohesión y menor conflicto mayores son las situaciones positivas de apoyo.

Berkanovic^{35,36} menciona que los factores culturales influyen en la decisión de la persona para buscar ayuda médica y que las redes de apoyo así como las tradiciones culturales proveen un reservorio de normas y conocimientos que pueden ser usados para favorecer o instituir un servicio profesional.

c) Diferencia de Conceptos Salud-Enfermedad entre la Población y los Médicos

Este es otro de los factores que pueden favorecer o no en la búsqueda de ayuda médica. Freidson¹⁹ y Engel²⁰ han analizado los problemas generados por la diferencia entre el sistema de creencias populares y el profesional, afirmando que la medicina dependiente de la tecnología científica, se olvida con mucha frecuencia de los aspectos sociales y psicológicos del paciente. Helman²¹ confirma que la práctica general depende en gran medida de que el médico se acerque un poco más a los aspectos que son importantes para sus pacientes.

Segall y Roberts²², en un estudio efectuado en Canadá, analizaron la comprensión de doce términos médicos en una muestra de pacientes que recibieron atención médica, obteniéndose un 76% de comprensión correcta.

Lunde⁹ analizó también la comprensión de mensajes durante la consulta, como un evento en el cual se realiza un intercambio de experiencias entre el "mundo médico" y el "mundo del paciente". Demostró que ignorar la percepción del paciente y no dar importancia a su nivel de comprensión con respecto a su padecimiento, puede afectar negativamente la terapéutica.

B. Utilización de Atención Médica en el Ámbito de la Salud Materna

a) Conocimiento - Percepción de Enfermedad y Búsqueda de Atención Médica

En la literatura se ha reportado la evaluación del proceso de búsqueda de atención como un factor que ayuda a explicar, el comportamiento de la mujer principalmente cuando se trata de explicar la muerte materna.^{23,24} En pocas ocasiones, se han evaluado los aspectos relacionados con la percepción de los síntomas de alarma.

Es importante resaltar que desde el punto de vista médico, la presencia de algunos signos y síntomas que se presentan durante el embarazo requieren la atención inmediata o el monitoreo estrecho⁵⁰⁻⁵³, pero que con frecuencia no son los mismos por los que la mujer considera necesario hacer uso de los servicios. Esto no significa que la mujer o la población en general no estén sensibilizados o no den prioridad a las manifestaciones clínicas que perciben, sino que responden a su propio proceso de decisión para solicitar servicio médico.

La conducta de las mujeres embarazadas puede ser explicada por sus creencias acerca de la sintomatología que percibe, por los conceptos que tenga de "normalidad o anormalidad", por la gravedad en que se perciben los síntomas y por la causa que atribuye a sus molestias²⁵. Es conveniente tomar en cuenta que la mujer tiene su propia concepción acerca del embarazo y de las complicaciones que pueden surgir en el transcurso del mismo. Esta concepción es resultado de una evolución cultural, en la cual, cada uno de los factores señalados anteriormente, pueden modificar positiva o negativamente las fases del proceso de búsqueda de ayuda.

En la literatura se ha demostrado la influencia de otros factores que modifican la búsqueda de atención médica y la demanda de servicios, uno de ellos puede ser, la información acerca de signos y síntomas de complicación obstétrica, como ejemplo se presenta el estudio de Dia y cols,³⁰ en el cual encontraron que sólo entre el 10 y 13% de las mujeres entrevistadas reconocieron la fiebre y la hemorragia como signos de alarma en la gestación. En su mayoría, las mujeres de las comunidades analizadas consideraron que la fiebre, el vértigo y la palidez eran normales durante el embarazo. Los autores concluyeron que tales creencias

no son solamente por falta de información, sino se deben a la existencia de un patrón cultural dominante como fondo del problema.

En México en el estudio de Salinas y cols³¹ efectuado en población abierta analizó la percepción de la mujer acerca del riesgo reproductivo con la finalidad de mejorar la información que se otorga y lograr un mayor impacto educativo. Estos autores encontraron que más del 90% de las mujeres identificó los siguientes aspectos como riesgo para la madre y el producto: la presencia de patología durante el embarazo; el alcoholismo y tabaquismo de la madre durante la gestación y un período intergenésico menor de dos años. Los autores refieren también que más del 70% de las mujeres consideraron que la disuria, la hemorragia y la ausencia de movimientos fetales eran dañinos para ella o su producto. En este mismo estudio, el 97% de las mujeres expresó que en caso de percibir sintomatología "anormal" acudiría con el médico o a una unidad hospitalaria; el 2.5% refirió que demandaría servicio con la partera y el 0.5% de los casos mencionó que esperaría a que las molestias desaparecieran.

Autores como Alcalay³² y Jasis³³, estudiaron en población mexicana de la frontera norte algunos factores relacionados con la baja utilización de los servicios de salud materna. Encontraron que las barreras para la demanda de atención fueron la insatisfacción con la atención institucional recibida y la terminología usada por el prestador de servicios para dirigirse a los pacientes, lo cual, limitaba la comprensión adecuada de los mensajes. Se observó que las mujeres de estrato socioeconómico bajo acudieron tardíamente a demandar la atención prenatal y además solicitaron atención de tanto de tipo institucional como de otros servicios de salud (principalmente al médico privado). En estos casos el uso de distintos servicios finalmente resultó más costoso tanto desde el punto de vista económico como del consumo de tiempo.

Otro aspecto importante en el estudio de la percepción, es la medición objetiva de aquello que la mujer refiere. Se ha comprobado que existe una correlación directa entre los datos observados en el ultrasonido y los procedimientos electromecánicos cuando la madre

percibe disminución o ausencia de movimientos fetales. Se demostró también en las mujeres que percibieron esta sintomatología se tuvo mayor probabilidad de parto distócico. Debido a ello, los autores proponen que cuando la mujer refiera la disminución de movilidad fetal, debe ser sometida a monitoreo clínico para descartar anomalías.²⁶⁻²⁸

En otro estudio donde se registraron las molestias percibidas por las mujeres durante seis semanas, se observó que sólo la tercera parte de las mujeres que presentaron síntomas, acudieron a consulta médica. En general, hubo una consulta por cada 18 episodios de síntomas (se consideró como un episodio/síntoma, la presencia de cada uno de los síntomas durante varios días consecutivos)²⁹.

b) Red Social y Apoyo a la Mujer Gestante.

Infante³⁹ evaluó la red de apoyo social de la mujer cuando identifica alguna molestia "preocupante" durante su embarazo. Refiere que las mujeres que reciben apoyo de su red social presentan tres veces mayor probabilidad de utilizar los servicios de atención prenatal que aquellas que no la tienen y propone la necesidad de fomentar la asistencia a los servicios de salud a pesar de que la mujer se "sienta bien durante el embarazo", tratando de crear una "cultura en salud reproductora y obstétrica".

c) Otras Características de la Mujer Relacionadas con la Utilización de la Atención Médica

Los factores personales como la edad, el nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico y la paridad se han reportado como predictores de utilización. En varios estudios se menciona que la mujer hace mayor uso de los servicios de salud en comparación con el hombre y que las mujeres de mayor edad utilizan más los servicios que las jóvenes.

Nathanson⁴⁰ describió una relación inversamente proporcional entre el nivel de escolaridad y la utilización de servicios, es decir, cuanto más alto es el nivel de escolaridad menor es el uso de atención médica. Potter⁴⁴, refiere que cuando el nivel de escolaridad y el estrato socioeconómico son bajos se favorece un menor poder de utilización de servicios que se transforma en barrera importante para la búsqueda y obtención de atención médica.

Se ha demostrado que la paridad es un predictor de utilización de atención médica debido a que las primigestas utilizan en mayor medida los servicios que las multigestas.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el ámbito de la salud materno-infantil y especialmente de la mujer durante la gestación, los modelos teóricos propuestos acerca de la percepción de la necesidad de atención y de la utilización de servicios puede servir de base para el análisis del comportamiento de la mujer.

La aplicación de estos modelos ha favorecido que se establezca como determinantes de utilización de servicios, algunos factores como son los geográficos (la distancia entre el domicilio y la unidad médica más cercana, el tiempo de traslado, el tipo de transporte), los económicos, la calidad de atención, las creencias y las redes sociales, que también pueden influir en la presentación de complicaciones y aún propiciar la muerte de la gestante o de su hijo^{23,39,45-47}.

Existe muy poca literatura que haya analizado el uso de servicios en situaciones que médicamente han sido consideradas de emergencia durante la gestación. En población que goza de seguridad social, específicamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se han tenido pocas experiencias en cuanto al estudio del comportamiento de la mujer - uso de servicios. Dada la infraestructura y la organización de la institución, se asume que la mayoría de las barreras (geográficas, disponibilidad de recursos materiales y humanos) se encuentran disminuidas, por ello se esperaría que un alto porcentaje de mujeres derechohabientes demandara atención especialmente si perciben sintomatología anormal durante la gestación. A pesar de las relativas mejores condiciones de acceso en esta población, las complicaciones del embarazo parto y puerperio continúan entre las primeras causas de egreso hospitalario durante los últimos cinco años⁵⁴⁻⁵⁷.

De esta manera es importante conocer la conducta de la mujer ante situaciones de alarma durante el embarazo y cuales son los factores que favorecen el uso de servicios de atención médica. Identificar estos aspectos nos permitirá proponer estrategias en base a la percepción de la mujer, encaminadas a modificar y fortalecer los programas de orientación y vigilancia de la mujer embarazada.

Preguntas de Investigación

1. ¿ Qué factores están relacionados con la utilización adecuada de la atención médica, en mujeres que perciben signos y síntomas de alarma durante el embarazo ?
2. ¿Cuál es el perfil de las mujeres que identifican de manera adecuada los signos y síntomas de alarma del embarazo como motivo de demanda de atención médica?

IV. OBJETIVOS:

Generales

Determinar los factores relacionados con la utilización adecuada de atención médica, en mujeres que percibieron sintomatología de alarma durante el embarazo.

Determinar el perfil de las mujeres que identifican adecuadamente los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

Específicos

1. Determinar la frecuencia de utilización de atención médica ante la percepción de signos y síntomas de alarma del embarazo.
2. Medir la relación entre la gravedad de los signos y síntomas percibidos y la utilización de atención médica.
3. Determinar los factores demográficos, socioeconómicos, obstétricos y de los servicios de salud recibidos que están relacionados con la utilización adecuada de atención médica, en mujeres que perciben signos y síntomas de alarma durante el embarazo.
4. Establecer la proporción de mujeres que identifican adecuadamente los signos y síntomas de alarma del embarazo como motivo de demanda de atención médica.
5. Determinar las características demográficas, socioeconómicas, obstétricas y de los servicios de salud relacionadas con la identificación adecuada de los signos y síntomas de alarma del embarazo como motivo de demanda de atención médica.

V. EXPECTATIVAS EMPÍRICAS E HIPÓTESIS

EXPECTATIVAS EMPÍRICAS

1. Al menos el 70% de las mujeres utilizan los servicios de salud, cuando perciben signos o síntomas de alarma del embarazo.
2. Al menos el 80% de las mujeres identifican adecuadamente los signos y síntomas de alarma del embarazo como motivo de demanda de atención médica.

HIPÓTESIS

1. Las mujeres que perciben los signos y síntomas de alarma en forma moderada a grave, utilizan la atención médica con mayor frecuencia que las que los perciben como leves.
2. Las mujeres con mas de seis años de educación formal, que tienen red de Apoyo familiar, que son casadas, que consideran que la atención prenatal fue buena, que recibieron orientación acerca del embarazo, que son multíparas, que identifican adecuadamente los signos y síntomas de alarma, tienen mayor probabilidad de hacer uso adecuado de la atención médica.
3. Las mujeres multíparas, con nivel de escolaridad alto, que recibieron orientación acerca del embarazo, que tuvieron más de siete consultas prenatales, con experiencia de abortos o cesáreas previas, identifican adecuadamente los signos y síntomas de alarma del embarazo como motivo de demanda de atención médica.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

- a. Diseño de Estudio: Transversal Comparativo.
- b. Lugar de Estudio Hospital General de Zona No. 47 IMSS.
- c. Período de Estudio Abril - Mayo de 1994.
- d. Población y Muestra
 - Población de estudio: Mujeres que hayan percibido signos y síntomas de alarma durante su último embarazo
 - Criterios de Inclusión:
 - Mujeres derechohabientes del IMSS.
 - Que hayan percibido al menos un signo o síntoma de alarma durante su embarazo.
 - Que hayan asistido al H.G.Z. 47 para la conclusión de su embarazo.
 - Criterios de Eliminación:
 - Mujeres que no aceptaron participar en el estudio.
 - Tamaño de la Muestra:
 - La muestra requerida fue de 294 mujeres (147 por grupo, relación 1:1) calculada con los siguientes parámetros: $\alpha= 0.05$, $1-\beta= 0.80$, Tasa de no respuesta 10%.
 - Para el cálculo se consideró la categoría "no utilización de atención médica en las mujeres no unidas " con una frecuencia esperada de 30%. Mediante la fórmula de Fleiss (anexo 1)
 - Tipo de Muestreo:
 - No probabilístico por conveniencia.

e. *Definición y Operacionalización de Variables*

Percepción de Signos o Síntomas de Alarma Durante el Embarazo. Manifestaciones advertidas y referidas por la mujer, que desde el punto de vista médico se consideran de riesgo para ella o para su hijo. Se analizaron los siguientes: acúfenos, fosfenos, edema en miembros inferiores, cefalea, ausencia de movimientos fetales, fiebre o sangrado vaginal^{50, 51,52}.

Dependientes

Utilización de la Atención Médica.

Se definió como la búsqueda y obtención de la atención por el signo o síntoma de alarma percibido. Variable cualitativa, medida en escala nominal con las siguientes categorías: sí y no

Utilización Adecuada de Atención Médica.

Definida como la búsqueda y obtención de atención médica por el 100% de los signos o síntomas de alarma que la mujer mencionó haber percibido durante el embarazo. Variable cualitativa, medida en escala nominal con las siguientes categorías: sí y no

Identificación de Signos y Síntomas de Alarma como Motivo de Demanda de Atención Médica

Reconocimiento de la necesidad de atención ante la presencia de signos y síntomas de alarma. Variable cualitativa nominal con dos categorías: Adecuada cuando el 100% de los signos y síntomas de alarma fueron identificados como motivo de demanda de atención médica e Inadecuada cuando la mujer consideró que al menos uno de los signos y síntomas de alarma no era motivo de demanda de atención médica.

Independientes

Las variables independientes fueron agrupadas en características demográficas y socioeconómicas, obstétricas, de la sintomatología percibida y de los servicios de salud.

Características Demográficas y Socioeconómicas

Edad

Número de años transcurridos entre la fecha de nacimiento y el último cumpleaños. Esta variable medida en años cumplidos, es reportada en el análisis descriptivo categorizada en quinquenios, sin embargo para fines de análisis multivariado fue utilizada como cuantitativa continua.

Estado Civil

Situación de hecho o de derecho de la persona de 12 años y más de acuerdo a las leyes y costumbres matrimoniales del país, registrada en el momento de la entrevista. Variable nominal con las siguientes categorías: unida (casada o unión libre) y no unida (viuda, divorciada y separada).

Escolaridad de la Mujer

Último año escolar cursado en el sistema formal. Esta variable inicialmente fue considerada como cuantitativa continua y medida en años completos cursados, sin embargo después fue dividida en las siguientes categorías: menor o igual a seis años y más de 6 años.

Lugar de Nacimiento

Entidad Federativa de donde es originaria la mujer. Variable cualitativa nominal con las siguientes categorías: D.F y otros estados.

Estrato Socioeconómico

Disposición de la población en niveles, jerarquizada en base a indicadores sometidos a un análisis factorial. Quedó conformado finalmente por indicadores de tipo económico (posesión de bienes de la vivienda: refrigerador y teléfono), y número de integrantes de la familia. Se consideró como una variable ordinal con las siguientes categorías: estratos alto, medio y bajo, sin embargo en los modelos multivariados se dicotomizó en medio-alto vs. bajo (ver la construcción y validación de indicadores en la sección f. 2).

Apoyo Familiar

Apoyo recibido por la mujer a través de consejo explícito y/o compañía para utilizar la atención médica. Variable cualitativa nominal con las siguientes categorías: sí y no. Este indicador fue construido con las siguientes variables:

- i. Consejo. Cuando la embarazada recibió orientación o recomendación para que buscara atención médica. Variable cualitativa nominal que con las siguientes categorías: *si* en caso de consejo explícito de asistir al médico y *no* cuando el consejo fue reposo, remedios caseros o maniobras, medicamentos no indicados por el médico y no aconsejaron.
- ii. Compañía. Cuando algún familiar acudió con la mujer a la unidad médica para demandar la atención. Variable cualitativa nominal con las siguientes categorías: *si* cuando acompañó a la mujer algún familiar, ya sea esposo, madre, padre, suegra (o), hermana(o), tía, etc. y *no*, cuando acudió sola o fue acompañada por amigos o vecinos.

Características Obstétricas

Número de Embarazos.

Número de gestaciones referidas por la mujer incluyendo el último embarazo. Variable cuantitativa discreta.

Partos Previos

Antecedente de conclusión de embarazos anteriores por vía vaginal. Variable nominal con dos categorías: sí y no.

Abortos Previos

Antecedente de conclusión de embarazos anteriores durante las primeras veinte semanas de la gestación. Variable nominal con dos categorías: sí y no.

Cesáreas Previas

Antecedente de conclusión de embarazos anteriores por medio de procedimiento quirúrgico abdominal. Variable nominal en dos categorías: sí y no.

Nivel de Gravedad de los Signos y Síntomas Percibidos

Evaluación del signo o síntoma expresada por la mujer en relación con el riesgo que ella misma percibe para sí misma o para su hijo. Variable cualitativa ordinal cuyas categorías fueron: leve, moderada y grave.

Características de los Servicios Recibidos

Orientación Acerca del Embarazo

Información relacionada con el proceso gestacional, bajo condiciones normales y de riesgo, otorgada por el personal del IMSS. Variable cualitativa con las siguientes categorías: sí y no.

Personal que Otorgó la Orientación

Categoría del trabajador de salud que orientó a la embarazada en el IMSS. Variable nominal con las categorías: médico, enfermera materno infantil (EMI), trabajadora social y otras.

Lugar de Asistencia a Consulta Prenatal

Sitio(s) donde recibió la(s) consulta(s) prenatal(es). Variable nominal con las siguientes categorías: IMSS, consultorio particular, domicilio de la partera, y otro.

f. Análisis de la Información

El análisis de la información se llevó a cabo en las siguientes etapas:

1. Análisis exploratorio de los datos
2. Construcción de Indicadores
3. Análisis Univariado
4. Análisis Bivariado
5. Análisis Multivariado

1. Análisis Exploratorio de los Datos

Se realizó la verificación de los códigos de cada variable y se corrigieron los errores u omisiones en la captura. Se efectuó el ordenamiento de los datos, elaboración de gráficos y tablas y se analizaron las distribuciones. Se llevó a cabo el análisis del tipo y cantidad de datos aberrantes en cada variable, para decidir si se ingresaba o no del análisis dependiendo de la proporción que alcanzaran.

2. Construcción de Indicadores ⁵⁷.

Para evaluar el estrato socioeconómico y la red de Apoyo familiar fue necesario elaborar indicadores mediante el procedimiento que sigue:

Estrato Socioeconómico.

2.1. Reducción de Variables y Determinación de Factores ⁵⁸⁻⁵⁹.

Las variables fueron sometidas a un análisis de componentes principales en dos etapas: En la primera etapa ingresaron variables que conceptualmente podían integrar el indicador, éstas fueron: la posesión de casa-habitación, de refrigerador, de automóvil y de teléfono; el trabajo remunerado de la mujer fuera del hogar, la escolaridad de la mujer y del esposo y el número de integrantes de la familia. Con estas variables se conformaron tres factores principales (con peso del factor mayor a 1) de los cuales se seleccionaron las variables con valor de 0.60 o mayor. En el factor 1 (peso del factor = 2.32), fue seleccionada: la posesión de refrigerador y de teléfono. En el factor 2 (peso del factor=1.09), la variable número de integrantes de la familia fue elegida. En el factor 3 (peso del factor=1.01) el trabajo de la mujer fuera del hogar. En este primer análisis y con ocho variables evaluadas se obtuvo un porcentaje de variabilidad acumulada de 55%.

En una segunda etapa se ingresaron al análisis factorial las variables elegidas para observar su modificación. Se conformaron dos factores (con peso del factor de 1.38 y 1.02 respectivamente). Se observó que con un menor número de variables el porcentaje de variabilidad acumulada fue de 60.3%, (mayor que en la etapa anterior) y con una correlación de 0.99 entre ambos factores. Uno quedó integrado por los bienes de la

vivienda y el otro por el número de integrantes de la familia. La variable ocupación fuera del hogar fue excluida del indicador por su baja correlación en ambos factores. (anexo 1)

2.2. Calificación de los Casos

2.2.1. Cuando la característica de interés estaba presente se asignó el valor obtenido dentro del factor y cuando estaba ausente se le asignó el valor cero.

Variable	Valor de la categoría Sí
Posesión de refrigerador	81
Posesión de teléfono	80
Núm. Integrantes de la familia	82
Valor máximo de calificación	243

2.2.2. Se efectuó la sumatoria de los valores anteriores para conformar el peso por factor.

2.2.3. La distribución valores se utilizó para establecer las categorías alto, medio y bajo, tomando como puntos de corte los percentiles 33 y 66. Al final la variable estrato socioeconómico quedó conformada como sigue:

Estrato socioeconómico	Valores extremos del intervalo según percentil	Núm. de mujeres
Bajo	0 - 82	152
Medio	83 - 162	49
Alto	163 - 243	101

La variable ocupación fuera del hogar no tuvo el valor requerido en el factor para ser considerada dentro del indicador

Apoyo Familiar

2.1. Fue integrado con dos variables: consejo explícito para acudir al médico y compañía para demandar la atención. Se efectuó el análisis de componentes principales, en el

que, las dos variables integraron un solo factor por lo que la rotación no fue requerida. Ambos factores explicaron el 68% de variación de los datos. El valor de cada variable fue de 79.

Apoyo familiar	Valores de la Categoría
Sí (consejo o compañía)	79 – 158
No (ninguna de las dos)	0

3. Análisis Univariado

Se calcularon las frecuencias simples absolutas y relativas de todas las variables que fueron estudiadas. Se calcularon las medidas de tendencia central de acuerdo con el tipo de variable y su distribución. En la construcción de los indicadores se calcularon los percentiles.

4. Análisis Bivariado:

Se realizó el siguiente análisis comparativo para las tres variables dependientes:

4.1. Utilización de Atención Médica.

4.1.1. Por cada signo y síntoma percibido (variables independientes), se analizó la diferencia porcentual entre las mujeres que utilizaron los servicios médicos y las que no los utilizaron. Los signos y síntomas fueron: sangrado vaginal, ausencia de movimientos fetales, fiebre, fosfenos, edema en miembros inferiores, acúfenos y cefalea. Se determinó la independencia entre grupos ($p < 0.05$), a través de prueba de X^2 , para variables categóricas, prueba exacta de Fisher en caso de encontrar celdas con valor menor a 5.

4.1.2. Se midió la probabilidad de utilización de atención médica por cada uno de los signos y síntomas a través del cálculo de razones de momios de prevalencia con intervalos de confianza al 95%.

4.1.3. Se realizó un análisis estratificado por el nivel de gravedad de cada signo o síntoma referido por la mujer, posterior a ello se determinó la probabilidad de utilización de atención médica por nivel de gravedad leve y moderado-grave.

4.2. *Utilización Adecuada de Atención Médica*

4.2.1 Se evaluó la diferencia entre las características de las mujeres que utilizaron adecuadamente la atención médica y las que no. Se analizaron 16 variables independientes, quince dicotómicas y una continua (edad de la mujer). Las variables independientes dicotómicas fueron: identificación de signos y síntomas de alarma, estado civil, escolaridad, trabajo de la mujer fuera del hogar, lugar de nacimiento, estrato socioeconómico, número de integrantes de la familia, Apoyo familiar, número de embarazos, partos previos, abortos previos, nivel de gravedad de los signos y síntomas, opinión sobre la consulta prenatal recibida, orientación acerca del embarazo, personal que otorgó la orientación, lugar de asistencia a consulta prenatal. Se determinó la independencia entre grupos ($p < 0.05$), a través de prueba de X^2 , para variables categóricas, prueba exacta de Fisher en caso de encontrar celdas con valor menor a 5. En el caso de la variable continua (edad de la mujer) se llevó a cabo la diferencia de promedios en cada grupo mediante prueba de t.

4.2.2. Se midió la probabilidad de utilización adecuada de atención médica por cada una de las variables independientes a través del cálculo de razones de momios de prevalencia con intervalos de confianza al 95%.

4.3. *Identificación de Signos y Síntomas de Alarma como Motivo de Demanda de Atención Médica.*

4.3.1. Se evaluó la diferencia entre las características (variables independientes) de las mujeres que identificaron adecuadamente los signos y síntomas y las que no. Las características evaluadas fueron todas dicotómicas excepto la edad, por ello se aplicó prueba de X^2 , para variables categóricas y prueba exacta de Fisher (en caso

de encontrar celdas con valor menor a 5). En el caso de la variable continua se llevó a cabo prueba de t.

- 4.3.2. Se midió la probabilidad de Identificación de signos y síntomas de alarma como motivo de demanda de atención médica por cada una de las variables independientes a través del cálculo de razones de momios de prevalencia con intervalos de confianza al 95%.

5. Análisis Multivariado

Este procedimiento se aplicó para dos variables dependientes^{60,61}:

5.1. Utilización Adecuada de Atención Médica

- 5.1.1. Se efectuó evaluación de modificadores de efecto y control de variables confusoras mediante regresión logística, en la forma siguiente:
- 5.1.2. Evaluación de Interacción. Inicialmente se crearon variables de interacción con edad, número de embarazos, conocimiento de signos y síntomas de alarma y escolaridad.
- 5.1.3. La variable que potencialmente se consideró confusora fue la edad, que modificó el comportamiento de las variables incluidas en el modelo (modificación de razones de momios cruda y ajustada).
- 5.1.4. Se elaboró un modelo multivariado reducido, analizando la parsimonia a través de la razón de máxima verosimilitud ($p > \chi^2 0.05$) y se estimó la bondad de ajuste del modelo que tuviera también un valor de $p > \chi^2$ a 0.05.(anexo 2)
- 5.1.5. Se llevó a cabo el análisis de sensibilidad y especificidad del modelo reducido.
- 5.1.6. Se graficaron los valores residuales para observar el cumplimiento de los supuestos de homogeneidad de varianza y linealidad. Se evaluó la influencia de valores residuales extremos sobre el modelo reducido.

5.2. Identificación de Signos y Síntomas de Alarma como Motivo de Demanda de Atención Médica.

- 5.2.1. Se efectuó control de variables confusoras mediante regresión logística, elaborando un modelo multivariado reducido, para el que se analizó la parsimonia a través de

obtener la razón de máxima verosimilitud ($p > \chi^2 0.05$). Se obtuvo la bondad de ajuste del modelo que tuviera también un valor de $p > \chi^2$ a 0.05. (anexo 3)

5.2.2. Se llevó a cabo el análisis de sensibilidad y especificidad del modelo reducido.

5.2.3. Se graficaron los valores residuales para observar el cumplimiento de los supuestos de homogeneidad de varianza y linealidad. Se evaluó la influencia de valores residuales extremos sobre el modelo reducido.

g. Descripción del Estudio

Las técnicas de recolección de información utilizadas para este proyecto fueron la entrevista y la obtención de datos de fuentes ya existentes, en este caso el expediente clínico.

Se elaboró un cuestionario que contenía cinco secciones: carta para obtener el consentimiento informado de la paciente, datos de identificación de la mujer, características de la vivienda, antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes de la atención prenatal, conducta posterior a la percepción de sintomatología de alarma, datos del parto y del recién nacido. El instrumento fue de tipo estructurado en el que se incluyeron preguntas cerradas (precodificadas) y abiertas.

Se efectuó la capacitación por personal experto en la técnica de la entrevista al personal de enfermería que fungió como entrevistador

La prueba piloto se llevó a cabo en el Hospital General de Zona No. 27 "Tlatelolco" IMSS para detectar deficiencias en la comprensión de las preguntas, errores u omisiones. Posteriormente se llevó a cabo la corrección de las mismas.

Las entrevistas se llevaron a cabo en las salas de hospitalización del Hospital General de Zona No. 47 del IMSS. La muestra fue obtenida durante los meses de marzo-abril de 1994.

El procedimiento llevado a cabo fue el siguiente:

-
- Diariamente se hacía el recorrido de las salas para identificar a las mujeres que hubieran ingresado a piso procedentes de labor, en cualquiera de los turnos de trabajo y realizar la entrevista
 - Se solicitó a la oficina de trabajo social del hospital (encargada de dar trámite de alta postparto) información acerca de las mujeres que serían dadas de alta en el turno correspondiente y llevar a cabo la entrevista. Si no se había efectuado la entrevista en las salas de hospitalización se realizaba antes de salir del hospital.
 - Se solicitaba el expediente clínico para obtener la información acerca del parto y características del recién nacido.
 - Se contó con personal de enfermería que supervisara los procedimientos y verificara la veracidad de la información.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio corresponde al nivel de investigación de riesgo mínimo, de acuerdo con el artículo 17 del reglamento de la Ley de Salud en materia de Investigación para la Salud ⁷⁰ ya que se trata de un estudio retrospectivo en el que no se llevó a cabo ninguna intervención o modificación del estado fisiológico, psicológico, social o daño de algún aspecto sensitivo de la conducta de las mujeres entrevistadas.

A pesar de tratarse de una investigación sin riesgo, se contó con el consentimiento informado de las mujeres entrevistadas, respetándose la confidencialidad de los datos proporcionados. Todo esto con base en los artículos 14 y 16 de la ley antes mencionada.

VIII. RESULTADOS

Características Generales de la Muestra Estudiada

Se entrevistaron 302 mujeres que percibieron al menos un signo o síntoma de alarma durante su último embarazo. Ninguna de las mujeres se negó a responder el cuestionario. Cuando se hizo el análisis exploratorio de la información, algunas variables como la escolaridad del esposo, la edad de la mujer, lugar de nacimiento, el ingreso familiar y la opinión de la consulta prenatal recibida (como se observa en las cuatro primeras tablas) quedaron sin información en algunos datos, ya que la mujer no los sabía. Se calculó el poder de la muestra para estas variables y se conservaron aquellas con un valor igual o superior a 0.80.

Características Demográficas y Socioeconómicas

En el cuadro 1 se observa que más del 50% de las mujeres entrevistadas tenía menos de 25 años y sólo el 6% de las mujeres tenía 35 años o más, la edad promedio fue de 24.7 años (intervalo de 15 - 40 años).

Con respecto a la escolaridad de la mujer, podemos observar que un alto porcentaje (72.6%) tenía seis años o más de educación formal. El promedio de años cursados fue de nueve y sólo el 2.3% de las mujeres no habían acudido a la escuela.

El 64% de las mujeres era originaria del Distrito Federal y el resto de otros estados principalmente del estado de México, Veracruz y Oaxaca.

Más del 95% de las mujeres refirió alguna forma de unión con su pareja (casada o unión libre) y de ellas, la mayor parte era casada (datos no referidos en cuadro).

cuadro 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS
H.G.Z. No. 47, I.M.S.S.

CARACTERÍSTICA	N=302	%
<i>Edad (años cumplidos)</i>		
15 - 19	45	14.9
20 - 24	114	37.7
25 - 29	85	28.1
30 - 34	38	12.6
35 y más	18	6.0
Sin datos	2	0.7
Promedio	24.7	
Min. - Máx.	15 - 40	
<i>Escolaridad de la mujer (años cursados)</i>		
≤ 6	83	27.4
7 y más	219	72.6
Promedio	9.11	
Min. - Máx.	0 - 18	
<i>Lugar de nacimiento</i>		
Distrito Federal	194	64.2
Otro estado	107	35.5
Sin datos	1	0.3

Se encontró que el 50% de las mujeres formaban parte de familias de tipo nuclear, es decir integradas por padre, madre e hijos. La mediana de personas por familia fue de cinco, con una variación de dos a 25 integrantes (datos no reportados en cuadro).

En el cuadro 2 se observa que el 60.6% de las mujeres recibieron apoyo familiar en forma de consejo y/o de compañía de algún integrante de la familia para demandar de atención médica cuando percibieron signos y síntomas de alarma. El 45% de las mujeres, recibieron algún tipo de consejo de parte de los familiares, de este porcentaje al 30% se recomendó acudir con el médico y al resto tomar remedios, efectuar maniobras caseras o la medicación no prescrita por el médico. Más de la mitad (54%) de las mujeres fueron acompañadas por algún familiar a solicitar atención médica (el esposo en el 56.3% de los casos).

cuadro 2

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS
H.G.Z. No. 47, I.M.S.S.

CARACTERÍSTICA	n=302	%
Apoyo familiar		
Sí	183	60.6
No	119	39.4
Consejo		
Acudir al médico	94	31.3
Remedios caseros o maniobras	39	12.9
Medicamentos no indicados por médico	1	0.7
No aconsejaron	168	55.6
Compañía		
De algún familiar	163	54.0
De algún amigo o vecino	2	0.3
Sin acompañante	137	45.4

El 49% de las mujeres refirió que el ingreso mensual familiar era de un salario mínimo, el 44% refirió dos o tres salarios mínimos y un porcentaje muy bajo (12%) más de tres salarios mínimos. Cuatro de cada diez mujeres refirieron alguna una actividad remunerada fuera del hogar (cuadro 3).

De acuerdo con el indicador construido, el 50% de las mujeres pertenecía al estrato socioeconómico bajo y un poco más de la tercera parte (33.4%) pertenecía al estrato socioeconómico alto (cuadro 3).

cuadro 3
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS
H.G.Z. No. 47, I.M.S.S.

CARACTERÍSTICA	n=302	%
<i>Ingreso familiar mensual (salarios mínimos)</i>		
Uno	130	49.0
Dos	101	33.4
Tres	33	10.9
Más de tres	37	12.3
Sin datos	1	0.3
<i>Trabajo de la mujer fuera del hogar</i>		
Sí	111	36.8
No	191	63.2
<i>Estrato socioeconómico</i>		
Alto	101	33.4
Medio	49	16.2
Bajo	152	50.3

Antecedentes Obstétricos

Cuatro de cada diez mujeres eran primigestas y sólo el 12% habían tenido cuatro o más embarazos (intervalo de 1 a 9 y mediana de 2). El 57% de las multigestas habían concluido todos los embarazos anteriores en parto, casi el 6% en aborto y el 21% por medio de cesárea. El resto de las mujeres habían terminado sus embarazos de diferentes formas, algunos parto y cesárea, otros parto y aborto, etc. (cuadro 4)

cuadro 4
ANTECEDENTES OBSTETRICOS
H.G.Z. No. 47, I.M.S.S.

ANTECEDENTE	n=302	%
<i>Número de embarazos</i>		
1	126	41.7
2 – 3	138	45.7
4 y más	38	12.6
Mediana	2	
Min. - Máx.	1 - 9	
<i>Forma de conclusión de embarazos anteriores.</i>		
n=176		
Sólo Partos	101	57.4
1 – 2	82	46.6
3 y más	19	10.8
Sólo Aborto	10	5.7
Sólo Cesárea	37	21.0
Varias formas	28	15.9

Características de los Servicios de Salud Recibidos Durante el Embarazo

El 100% de las mujeres entrevistadas dijeron haber recibido al menos una consulta prenatal. De estas mujeres, el 44% acudió únicamente con el médico del IMSS y el 56% a diferentes proveedores de servicios de salud. De las mujeres que asistieron a más de un proveedor, el 69% recibió atención en el IMSS y con el médico privado simultáneamente. Sólo cerca del 4% de las mujeres acudieron con la partera empírica además de recibir consulta en el IMSS (cuadro 5).

cuadro 5

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBIDOS DURANTE EL EMBARAZO, H.G.Z. No. 47, I.M.S.S.

CARACTERÍSTICA	n=302	%
Núm. consultas prenatales		
1 - 3	11	3.6
4 - 6	62	20.5
7 y más	229	75.9
Lugar de asistencia a consulta prenatal		
Sólo al IMSS	134	44.4
IMSS y Otros servicios	168	55.6
	n=168	
IMSS - Médico Particular	116	69.0
IMSS - Partera Empírica	6	3.6
IMSS - Otra Institución	26	15.5
Otras combinaciones	20	11.9

Cuando la consulta prenatal fue otorgada en el IMSS, el 96% de las mujeres fueron atendidas por el médico familiar (dato no referido en cuadro). El 60% de las mujeres aceptaron haber recibido orientación acerca del embarazo; en el 52% de los casos la orientación fue proporcionada por la trabajadora social y en el 32% por el médico familiar (cuadro 6).

Cerca del 70% de las mujeres entrevistadas refirió que la calidad de la atención prenatal recibida en el IMSS fue buena; el 20.5% regular y menos del 10% opinó que era mala (cuadro 6).

cuadro 6

**CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBIDOS
DURANTE EL EMBARAZO, H.G.Z. No. 47, I.M.S.S.**

CARACTERÍSTICA	n=302	%
<i>Orientación acerca del embarazo</i>		
SÍ	182	60.3
NO	120	39.7
<i>Personal que otorgó la orientación en el IMSS</i>		
Médico	58	31.9
E.M.I.	29	15.9
Trabajadora Social	95	52.2
<i>Opinión sobre la calidad de la consulta</i>		
Buena	208	68.9
Regular	62	20.5
Mala	28	9.3
Sin datos	4	1.3

Percepción e Identificación de Signos y Síntomas de Alarma Durante el Embarazo

En el cuadro 7 se observa que el edema de miembros inferiores (71%), la cefalea (46%) y el sangrado vaginal (20%), fueron percibidos por un mayor número de mujeres. Casi dos de cada diez presentaron fosfenos y acúfenos. La fiebre fue referida en el 6% de los casos. La mediana de signos y síntomas percibidos fue de dos (intervalo de uno a cinco).

Cerca del 70% de las mujeres identificó los signos y síntomas de alarma como motivo de demanda de atención médica durante el embarazo.

cuadro 7

PERCEPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA. H.G.Z. No. 47, I.M.S.S.

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA	%
<i>Tipo de signo o síntoma percibidos</i>		
Edema en Miembros Inferiores	215	71.2
Cefalea	140	46.4
Sangrado Vaginal	61	20.2
Fosfenos	60	19.9
Acúfenos	54	17.9
Ausencia de Movimientos Fetales	52	17.2
Fiebre	19	6.3
<i>Núm. De signos o síntomas percibidos</i>		
Mediana	2	
Min. - máx.	1 - 5	
<i>Identificación de signos y síntomas de alarma como motivo de demanda de atención médica</i>		
	N=302	
Adecuada	208	68.9
Inadecuada	94	31.1

Utilización de la Atención Médica por Signo o Síntoma Percibido.

El 78.8% (n=238) de las mujeres entrevistadas utilizó el servicio médico por alguno de los signos o síntomas de alarma que percibió (dato no referido en tabla). En el cuadro 8, se muestra la utilización por cada signo o síntoma en forma independiente.

Más del 80% de las mujeres que percibieron sangrado vaginal o ausencia de movimientos fetales utilizó la atención médica, esto representa una probabilidad de utilización tres veces mayor que cuando se perciben cualquiera de los otros signos o síntomas. Aún cuando la fiebre fue referida por una menor proporción de mujeres, la utilización de los servicios por este signo fue elevada (79%). La cefalea fue un síntoma percibido por más de la mitad de las mujeres, sin embargo, la utilización de los servicios disponibles fue menor que cuando se perciben otros síntomas (RMP 0.63, IC 0.42 - 0.95).

cuadro 8

UTILIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA POR SIGNO O SÍNTOMA PERCIBIDO H.G.Z. No. 47, I.M.S.S.

SIGNO O SÍNTOMA	n	UTILIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA %	CATEGORÍA DE REFERENCIA	RMP	I.C.(95%)	VALOR DE p
<i>Sangrado Vaginal</i>	61	86.9	demás signos y síntomas	3.54	1.62 - 8.79	0.001
<i>Ausencia de movimientos fetales</i>	52	84.6	"	2.86	1.30 - 7.18	0.009
<i>Fiebre</i>	19	78.9	"	1.85	0.58 - 7.74	0.399
<i>Fosfenos</i>	60	60.0	"	0.70	0.39 - 1.27	0.254
<i>Edema en miembros inferiores</i>	215	65.1	"	0.85	0.59 - 1.23	0.426
<i>Acúfenos</i>	54	63.0	"	0.81	0.44 - 1.52	0.565
<i>Cefalea</i>	140	59.3	"	0.63	0.42 - 0.95	0.025

Utilización de Atención Médica Según Nivel de Gravedad Percibido

En el cuadro 9, se presenta la proporción de mujeres que utilizaron los servicios médicos así como la probabilidad de utilizarlos por cada signo o síntoma percibido, estratificado según el nivel de gravedad referido.

En general, la utilización de atención médica fue mas frecuente cuando la mujer consideró que los signos o síntomas eran moderados o graves que cuando los consideró leves, sin embargo, la diferencia fue significativa ($p < 0.05$) en el caso de fosfenos (81.0% vs 19.0%), edema en miembros inferiores (76.1% vs 23.9%) y cefalea (72.1% vs 27.9%). Las mujeres que percibieron los fosfenos en forma moderada o grave utilizaron cuatro veces más el servicio que cuando fue leve (RMP 4.47, IC 1.32-14.94). Cuando se percibió el edema en miembros inferiores y la cefalea en forma moderada o grave, la probabilidad de utilización de atención médica fue casi 200% mayor (RMP 2.74, IC 1.54 - 4.90 y RMP 2.65, IC 1.31-5.38 respectivamente).

Es importante señalar que en el caso de sangrado vaginal y ausencia de movimientos fetales, el nivel de gravedad pierde importancia como generador de uso de servicios ya que el 80% de las mujeres demanda atención a pesar de que los signos se hayan identificado como leves.

En forma contraria, la utilización es baja cuando se perciben acúfenos independientemente de la gravedad.

cuadro 9

UTILIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA POR SIGNO O SÍNTOMA PERCIBIDO Y NIVEL DE GRAVEDAD
H.G.Z. No. 47, I.M.S.S.

SIGNO O SÍNTOMA PERCIBIDO Y NIVEL DE GRAVEDAD	n	UTILIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA		RMP	IC (95%)	VALOR DE p
		SÍ(%)	NO(%)			
Sangrado vaginal						
Leve	38	82.4	15.8	-	-	-
moderado - grave	23	91.3	8.7	1.97	0.31 - 21.52	0.698
Ausencia de movimientos fetales						
Leve	25	80.0	20.0	-	-	-
moderado - grave	27	88.9	11.1	2.00	0.46 - 8.55	0.458
Fiebre						
Leve	5	60.0	40.0	-	-	-
moderado - grave	14	85.7	14.3	4.00	0.48 - 35.11	0.272
Fosfenos						
Leve	39	48.7	51.3	-	-	-
moderado - grave	21	81.0	19.0	4.47	1.32 - 14.94	0.025
Edema en miembros inferiores						
Leve	106	53.8	46.2	-	-	-
moderado - grave	109	76.1	23.9	2.74	1.54 - 4.90	0.000
Acúfenos						
Leve	38	55.3	44.7	-	-	-
moderado - grave	16	81.3	18.7	3.51	0.90 - 13.28	0.122
Cefalea						
Leve	79	49.4	50.6	-	-	-
moderado - grave	61	72.1	27.9	2.65	1.31 - 5.38	0.006

Utilización Adecuada de la Atención Médica

La proporción de mujeres que utilizaron la atención médica siempre que percibieron signos o síntomas de alarma (utilización adecuada de atención médica) fue de 55% (166 embarazadas), en cambio el 44% no hizo uso adecuado de los servicios.

Como se observa en el cuadro 10, cuatro de los factores analizados estuvieron relacionados con la utilización adecuada de la atención médica.

Las mujeres que percibieron los signos o síntomas como leves tuvieron menor probabilidad de utilización de los servicios que las mujeres que los perciben como moderados o graves ($p < 0.0001$). Aquellas que recibieron apoyo familiar utilizaron adecuadamente los servicios más frecuentemente que las mujeres sin apoyo ($p < 0.0001$). Las mujeres de estrato socioeconómico medio-alto tuvieron mayor probabilidad de utilizar la atención médica de manera adecuada ($p < 0.05$) que las mujeres de estrato socioeconómico bajo. Finalmente, cuando identificaron adecuadamente los signos y síntomas de alarma como un motivo de demanda de atención médica, tuvieron 1.5 veces mayor probabilidad de utilizar adecuadamente la atención médica. Las características que no presentaron asociación se muestran en el anexo 3A.

cuadro 10

UTILIZACIÓN ADECUADA DE ATENCIÓN MÉDICA
H.G.Z. No. 47 I.M.S.S.

CARACTERÍSTICA	n	UTILIZACIÓN		RMP	I.C. (95%)	VALOR DE p
		ADECUADA	INADECUADA			
<i>Nivel de gravedad percibido</i>						
Moderado- Grave	100	74.0	26.0	3.2	1.90-5.40	0.000
Leve	202	47.0	53.0	-	-	-
<i>Apoyo familiar</i>						
Sí	183	71.0	29.0	5.03	2.97-8.56	0.000
No	119	32.8	67.2	-	-	-
<i>Nivel socio-económico</i>						
Medio- Alto	150	62.0	38.0	1.63	1.01-2.65	0.047
Bajo	152	50.0	50.0	-	-	-
<i>Identificación de signos y síntomas de alarma como motivo de demanda de atención médica</i>						
Adecuada	208	62.2	37.8	2.35	1.39-3.94	0.001
Inadecuada	94	41.5	58.5	-	-	-

Modelo de Regresión Logística

No se encontró modificación del efecto por interacciones ($p > 0.05$). Con respecto a las variables potencialmente confusoras, únicamente la edad fue controlada ya que modificaba el efecto de la asociación entre utilización adecuada de la atención médica y la escolaridad.

En el cuadro 11 se muestran los factores que conformaron el modelo de regresión logística final; éstos fueron la escolaridad de la mujer, la apoyo familiar, la percepción de la gravedad y la identificación de signos y síntomas de alarma.

Con relación a la escolaridad, las mujeres con más de seis años de estudio presentaron una probabilidad dos veces mayor de utilizar en forma adecuada los servicios de salud que las mujeres con un número menor de años cursados (RMP 2.95, IC 1.52-5.72).

Se observó que las mujeres que recibieron ayuda de la familia (RMP 5.76 3.31-10.0), que percibieron como moderados o graves los signos y síntomas de alarma (RMP 4.39, IC 2.35-8.20) y que identificaron adecuadamente estos signos o síntomas tuvieron una mayor probabilidad de utilizar en forma adecuada la atención médica (RMP 1.80 IC 1.00-3.23).

cuadro 11
FACTORES RELACIONADOS CON LA UTILIZACIÓN ADECUADA DE ATENCIÓN MÉDICA EN MUJERES QUE PERCIBIERON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO.

FACTOR	CATEGORÍA DE REFERENCIA	R.M.P.	I.C. (95%)	VALOR DE P
Escolaridad de la Mujer				
7 años y más	< = 6 años cursados	2.95	1.52 - 5.72	0.001
Apoyo familiar				
Sí	No	5.76	3.31 - 10.0	0.000
Nivel de gravedad percibido				
Moderado-grave	Leve	4.39	2.35 - 8.20	0.000
Identificación de signos y síntomas de alarma como motivo de demanda de atención médica				
Adecuada	Inadecuada	1.80	1.00 - 3.23	0.047

Razón de máxima verosimilitud= Prob > chi2 =0.2741
Bondad de ajuste P>chi2 =0.4754

Se analizó la sensibilidad y especificidad del mejor modelo, los datos obtenidos son los siguientes:

Estimación Logística para Variable Dependiente Utilización Adecuada

observados	Clasificación		Total
	Negativo	Positivo	
negativo	84	48	132
positivo	33	135	168
Total	117	183	300

Sensibilidad = 80.36% | Especificidad = 63.64%

La comprobación de supuestos de linealidad y homogeneidad de varianza, a través de residuales se presenta en el anexo 4A. Se muestra que la distribución de residuales a los lados de la $y=0$ es homogénea y se mantienen en rangos constantes. Los valores extremos, que se observan en la gráfica, no influyen en el modelo, esto se comprobó mediante la evaluación de valores residuales extremos que fueron menores a 1.

Influencia de Valores Residuales Extremos

Núm. Obs	Media	Desv.Stan.	Mín	Máx
300	.0634764	.0893918	.0000291	.5216807

Perfil de las Mujeres que Identifican Adecuadamente los Signos y Síntomas de Alarma como Motivo de Demanda de Atención Médica.

Como se mencionó en la descripción de la muestra (cuadro 7), el 68.9% (n=208) de las mujeres identificaron adecuadamente los signos y síntomas de alarma, es decir, mencionaron que el sangrado vaginal, la ausencia de movimientos fetales, la fiebre, los fosfenos, el edema en miembros inferiores, los acúfenos y la cefalea eran motivo para demandar consulta médica durante el embarazo.

En el cuadro 12, se presentan las características que estuvieron relacionadas con la identificación adecuada. Hubo mayor frecuencia de identificación adecuada de signos y síntomas de alarma entre las mujeres con escolaridad superior a primaria (7 años o más) y entre las del estrato socioeconómico medio-alto, lo que representa una probabilidad casi dos veces mayor de identificación adecuada en las mujeres de estrato socioeconómico medio-alto. Las mujeres que asistieron a consulta prenatal al IMSS y al médico particular tuvieron identificación adecuada en el 86%. Aquellas que recibieron orientación acerca de su embarazo, identificaron con mayor frecuencia los signos y síntomas en forma adecuada que las mujeres que no recibieron orientación (64.9% vs 50%). Por último, las familias que estuvieron integradas por menor número de personas (< 5), presentaron una probabilidad más alta de identificación adecuada de signos y síntomas de alarma que las que estaban conformadas por 5 y más personas.

Otras características de la mujer como la edad, el número de embarazos, la consulta otorgada solo en el IMSS, la gravedad de los signos o síntomas percibidos, antecedente de aborto o cesárea, etc., no presentaron asociación con la identificación adecuada de signos o síntomas de alarma como motivo de demanda de atención médica. (anexo 3B)

Cuadro 12

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA COMO MOTIVO DE DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA. H.G.Z. 47, IMSS

CARACTERÍSTICA	n	IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA		RMP	I.C. (95%)	VALOR DE p
		% ADECUADA	% INADECUADA			
<i>Escolaridad de la mujer (años cursados)</i>						
7 y más	219	72.6	27.4	1.84	1.05-3.23	0.03
< = 6	83	59.0	41.0	-	-	-
<i>Nivel Socio-Económico</i>						
Medio-Alto	150	80.0	20.0	2.91	1.69-5.03	0.000
Bajo	152	58.0	42.0	-	-	-
<i>Lugar de Asistencia a Control Prenatal</i>						
IMSS - Médico Particular	116	76.7	23.3	1.86	1.06-3.25	0.03
Otras instancias	186	64.0	36.0	-	-	-
<i>Orientación Acerca del Embarazo</i>						
Sí	208	64.9	35.1	1.85	1.09-3.13	0.02
No	94	50.0	50.0	-	-	-
<i>No. de Integrantes de la Familia</i>						
< 5	161	77.0	23.0	4.94	2.92-8.39	0.00
5 y más	141	40.4	59.6	-	-	-

En el modelo de regresión logística (cuadro 13), se observa, que el perfil de las mujeres que identifican adecuadamente los signos y síntomas de alarma como un motivo de demanda de atención médica es: las mujeres que reciben orientación acerca del embarazo (RMP 1.89 IC 1.13 - 3.17); que pertenecen al estrato socioeconómico medio - alto (RMP 2.72 IC 1.61 - 4.59) y que reciben atención prenatal en forma mixta (IMSS - Médico Privado) (RMP 1.75 IC 1.02 - 3.03).

cuadro 13

IDENTIFICACIÓN ADECUADA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA COMO MOTIVO DE DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA

CARACTERÍSTICA	CATEGORÍA DE REFERENCIA	RMP	I.C. (95%)	VALOR DE p
<i>Recibió orientación acerca del embarazo</i>				
Sí	No	1.89	1.13 - 3.17	0.015
<i>Estrato socioeconómico</i>				
Medio-alto	Bajo	2.72	1.61 - 4.59	0.000
<i>Lugar de asistencia a control prenatal</i>				
IMSS y Médico Particular	Otras instancias	1.75	1.02 - 3.03	0.044

Razón de máxima verosimilitud =prob > chi2=0.1108

Bondad de ajuste =prob >chi2=0.4111

Se analizó la sensibilidad y especificidad del mejor modelo, los datos obtenidos son los siguientes:

Estimación Logística para Variable Dependiente Utilización Adecuada

Observados	Clasificación		Total
	Negativo	Positivo	
Negativo	24	70	90
Positivo	18	190	208
Total	42	260	302

Sensibilidad = 91.35% | Especificidad = 25.53%

IX. DISCUSION

La salud materno-infantil ha captado la atención de los tomadores de decisiones en el ámbito internacional en las últimas décadas. Aún cuando la preservación de la salud de las madres es una prioridad, ha atraído la atención en función de la atención a la salud de los niños, especialmente en los países en desarrollo donde la morbilidad y mortalidad materna por causas previsibles son un problema de salud pública que no se ha resuelto.^{24, 62}

La vigilancia de la mujer embarazada es una estrategia que pretende asegurar la obtención de beneficios en salud a través de la prevención de los riesgos; la detección y el tratamiento oportunos de las complicaciones, así como de la referencia en caso necesario a niveles de atención de mayor capacidad resolutive.

El objetivo de la atención prenatal se ha logrado en forma parcial, debido en parte a que los servicios se organizan sin conocer a fondo la perspectiva de los usuarios de los servicios. Lo más común es que solo se tome en cuenta la perspectiva de los proveedores para definir el cómo, cuándo y dónde de la atención a las mujeres. Bajo estas circunstancias los servicios se organizan pensando que las mujeres los demandarán cuando en realidad no siempre la mujer percibe la necesidad de atención y la demanda.

En general la población reconoce la importancia de utilizar los servicios médicos cuando considera que los malestares que percibe constituyen una situación de urgencia y aún en ocasiones hace uso de los mismos sin que su problema esté realmente justificado. Durante el embarazo, la utilización de atención médica adquiere gran relevancia por la vulnerabilidad a complicaciones que esta etapa representa para el binomio madre-hijo.

En particular cuando se presenta alguna sintomatología de alarma es indispensable el uso adecuado de los servicios de atención médica. Desafortunadamente la utilización y no solo depende de que los servicios estén disponibles. Se ha comprobado que existen factores

personales y del entorno social, económico y cultural de la mujer que influyen en la percepción de sus molestias y en la búsqueda de atención.^{30-32,35-37,39}

En esta investigación se analizó el comportamiento de la mujer cuando percibe signos y/o síntomas que pueden reflejar la presencia de complicación durante el embarazo, así como la determinación de los factores (sociodemográficos, individuales y de los servicios de salud), que estuvieran relacionados con el uso o no de la atención médica en esta población.

Las mujeres entrevistadas constituyeron una muestra con características específicas, esto representa una limitación para la generalización los resultados, ya que se entrevistó a población derechohabiente de una institución de seguridad social en una zona urbana y que concluyó su parto en el IMSS. Para esta población las barreras de acceso a los servicios de salud son menores y otras variables como la escolaridad, el ingreso, la ocupación y la proporción de mujeres con empleo remunerado fuera del hogar, tienen mejores niveles que en la población general.

Un alto porcentaje de las mujeres entrevistadas recibió apoyo de algún integrante de la familia, ya sea en forma de compañía o como consejo. La activación de la red de apoyo fue producida generalmente por un familiar (más del 75% de los casos), seguido por los amigos o vecinos. Es importante resaltar que el personal de salud no es aún considerado como la primera opción para iniciar la búsqueda de ayuda ante un signo o síntoma de alarma, en este estudio fue bajo el porcentaje de mujeres que refirieron haber acudido al personal de salud como la primera instancia en la búsqueda de atención. Este fenómeno también ha sido referido por Infante de ese personaje en población abierta.^{15,39} Otros investigadores sociales han referido que en el núcleo familiar se concede mayor importancia emocional y personal a las relaciones informales con parientes, amigos o vecinos que a las relaciones formales con instancias más especializadas como puede ser el médico, la unidad de salud, etc⁶⁵.

En las mujeres unidas fue importante el apoyo del esposo, ya que en un alto porcentaje de los casos fue este personaje, quien acompañó a la mujer cuando se presentaron los signos y

síntomas de alarma. La presencia del esposo o de algún otro integrante de la familia puede tener dos efectos, por un lado, favorecer la utilización y propiciar que la mujer se sienta apoyada, pero por otro lado puede retrasar la búsqueda de atención cuando la mujer debe esperar el permiso o la compañía para acudir a demandar el servicio médico.

Por lo anterior, la presencia y el apoyo de la familia debe considerarse como elemento indispensable durante el desarrollo de las actividades de orientación a las mujeres o a lo largo de la atención prenatal, ya que con frecuencia es un familiar quien decide de si la mujer requiere o no la atención médica.

En este estudio se consideró al antecedente de aborto o de cesárea (en multigestas) como un indicador de experiencia negativa que podría motivar mayor utilización de servicios dada la trascendencia psicológica, social y económica que tiene para la mujer. Sin embargo, no se encontró ninguna influencia en el uso adecuado de atención médica o en la identificación adecuada de signos y síntomas de alarma. El efecto inverso se ha referido en otros estudios al desencadenar el uso de servicios en el momento de volver a presentar la misma sintomatología^{4,9}.

Se observó además, que a mayor paridad había menor uso adecuado de servicios. Este efecto es consistente con otros estudios en los que en condiciones normales la múltipara no acude a su consulta prenatal. Tal conducta implica mayor riesgo cuando se trata de situaciones de alarma, ya que es un grupo considerado de riesgo para morbilidad materna, en el cual puede conjuntarse riesgo elevado por mayor edad, posibilidad de antecedentes patológicos y distocia uterina.

En este estudio, el 100% de las mujeres entrevistadas habían recibido por lo menos una consulta prenatal. Debe tomarse en cuenta que en esta muestra, la entrevista a la mujer se llevó a cabo al final de la gestación, por lo que la probabilidad de asistencia a consulta para control o por alguna molestia percibida es mayor. También es importante considerar que para estas mujeres las barreras de acceso (transporte, gasto por consulta y distancia) son menores. Además, es posible que en estas áreas exista una mayor proporción de mujeres

con seguridad social o que dispone de diversos proveedores de servicios de salud del sector formal, informal, público o privado. Este fenómeno se reflejó en el hecho de que las mujeres acudieron a consulta prenatal con otro proveedor de salud además de los del propio IMSS (55.6%). Como es el caso del médico particular quien le siguió en frecuencia de demanda. Esto manifiesta que la consulta al médico particular tiene un papel importante en la búsqueda y obtención de atención médica, sin embargo, este fenómeno no es exclusivo de la atención durante el embarazo, sino que también se presenta como un patrón de búsqueda de atención médica en otros problemas de salud como ha ocurrido en enfermedades agudas graves en la infancia.^{68,69}

Desafortunadamente escapó a los fines de esta investigación el análisis de la “deseabilidad del servicio”³, es decir, la valoración que el paciente realiza de su propia capacidad para adquirir el servicio; de lo que piensa o conoce acerca de la habilidad del proveedor para aliviar o curar su molestia o de la obligatoriedad que la institución le impone para continuar recibiendo otros servicios (ejemplo consulta prenatal previa a la obtención del “pase” para atención de parto).

Una de las actividades preventivas que por norma están incluidas en el proceso de atención a la mujer embarazada es la orientación acerca de su embarazo⁵¹. En el IMSS, esta actividad es realizada tanto por el médico como por la enfermera materno-infantil y la trabajadora social, ésta última otorga orientación a un mayor número de mujeres según se refleja en los reportes institucionales⁵⁷. En este estudio se observó que el mayor porcentaje de las mujeres recibió orientación por trabajo social. Llama la atención la baja participación de la enfermera materno-infantil quien, en el instituto es un personal capacitado específicamente para orientar en forma personalizada a la mujer tratando de incidir especialmente en la sintomatología de alarma y la conducta que debe tener ante situaciones de urgencia.⁶⁶

En la práctica diaria es frecuente encontrar que los prestadores de servicios informan de manera rutinaria sobre los cambios fisiológicos y las posibles complicaciones que lleva

implícito el hecho de estar embarazada. Sin embargo, por la organización y dinámica de los mismos servicios no se percibe la necesidad de personalizar los mensajes a ciertos grupos de población, para otorgar una información más precisa, de tal forma que la mujer relacione su problema de salud con los contenidos del mensaje a problemas específicos. Alcalay³², Jasis³³, Potter⁴⁴ y Ortigoza⁶⁷ también destacan la importancia de utilizar en la orientación a la mujer un lenguaje simple y de contenidos sencillos, evitando así que se transformen en una barrera para el uso de los servicios,

La importancia de estudiar la conducta de la mujer cuando ha percibido signos o síntomas de alarma durante su embarazo, radica principalmente, en que su presencia puede estar reflejando con alta probabilidad el daño a su salud o la del producto y la detección puede provocar el manejo adecuado y oportuno. El hecho de conceder valor a las molestias percibidas especialmente a las más subjetivas, ha llevado a la validación de esta percepción a través de mediciones objetivas. La concordancia entre la percepción de la mujer con la medición de las modificaciones en la motilidad fetal es un ejemplo de ello. La orientación a la mujer debe convencerla de que la percepción de los cambios en la motilidad fetal son importantes y deben ser motivo de valoración médica inmediata. Por otro lado debe motivar al personal de salud para valorar integralmente este síntoma referido a fin de decidir si se requiere tratamiento o traslado oportunos a una unidad de atención con mayor capacidad resolutive.

En este trabajo se observaron diferencias importantes en el porcentaje de utilización de atención médica cuando la mujer percibió signos y síntomas de alarma durante su último embarazo. Hubo un bajo porcentaje de mujeres que percibieron sangrado vaginal, ausencia de movimientos fetales y fiebre, en ellas la utilización fue elevada (mayor al 85%), lo que hace pensar que las mujeres identifican esta sintomatología como de "peligro" y estímulo para el uso de atención médica. En cambio, la mayor parte de las mujeres refirió edema en miembros inferiores y cefalea, los cuales no activaron el proceso de búsqueda y uso de servicios. Esta situación es importante ya que es posible que la mujer no relacione tales signos o síntomas con la presencia de una anomalía durante el embarazo o que

signifique un dato de percepción tan común en ella, que le conceda poca importancia para demandar atención. Este comportamiento ha sido observado en población que no cuenta con seguridad social, lo que hace pensar que este es un factor que no depende de la disponibilidad del servicio sino de la percepción personal o influencia cultural que la mujer tiene ^{39,67}.

Cuando se controló la utilización de atención médica por nivel de gravedad, se observó que, en general para todos los signos y síntomas percibidos, la mujer tuvo menor probabilidad de acudir al servicio si percibe que este signo o síntoma es leve. Especialmente para edema en miembros inferiores, cefalea y fosfenos (los dos últimos pueden ser manifestaciones vasoespasmódicas de preclampsia-eclampsia) la mujer espera hasta percibir que la molestia es moderada-grave para acudir con el médico.

En otros estudios se ha referido que el grado de interferencia con las actividades cotidianas y la incapacidad funcional que producen los signos o síntomas percibidos motiva la decisión de utilizar los servicios. Esto hace suponer que la mujer no asocia la percepción de estos síntomas con una manifestación de probable riesgo para el bebé o para ella y en consecuencia tales manifestaciones no constituyen un estímulo para solicitar la valoración médica.

En mujeres como las de nuestro grupo de estudio, se esperaría que la utilización de atención médica fuera inmediata al percibir signos o síntomas de alarma durante el embarazo (utilización adecuada de atención médica). Sin embargo la realidad mostró un bajo porcentaje de mujeres que utilizaron los servicios en forma adecuada (55%). Es posible que la forma en que se definió y construyó esta variable sea considerada como arbitraria o con una visión de proveedor de servicios, pero debe tomarse en cuenta que no hay en la literatura referencia de indicadores "ad hoc" para evaluar este fenómeno, los que existen han sido diseñados para atención prenatal habitual que no es aplicable en nuestro caso. Sin embargo en la literatura se aborda este hecho desde el punto de vista clínico, preventivo o educativo para el cuidado de la mujer durante su embarazo o parto deja explícito que la

conducta a seguir ante signos o síntomas de alarma es demandar la atención con el médico o al hospital.⁵⁰

La percepción de la gravedad de los signos o síntomas de alarma fue un predictor importante para hacer uso adecuado de la atención médica. Este resultado coincide con lo que Berkanovic afirma, con relación a que un individuo tiene mayor probabilidad de buscar atención médica cuando cree que el signo o síntoma es peligroso o si piensa que el prestador de servicios tiene la capacidad de solucionar su problema (devolverle la salud).

Por un lado estos resultados confirman la importancia de la orientación acerca del embarazo como un mecanismo que puede sensibilizar a la mujer sobre sus riesgos, siempre y cuando los contenidos de la orientación presenten el qué y el cómo, en un lenguaje accesible a la población a la que van dirigidos y por otro justifica las estrategias encaminadas a favorecer la utilización a través de una conducta informada y convencida.

LIMITACIONES METODOLÓGICAS DEL ESTUDIO.

De la muestra seleccionada

- Existe la limitación de la generalización de los resultados por tratarse de una población urbana y derechohabiente que no la hace representativa ni de la población institucional total ni de la población general, por ello los resultados solo podrán ser tomados en cuenta para poblaciones similares a las del estudio.
- Otra limitante a considerar fue que no todas las mujeres que acudieron en el año a concluir su parto en esa unidad médica tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionadas ya que se completó la muestra en dos meses, lo que favoreció no incluir las mujeres que acudieron en otros meses del año. Sin embargo la atención del parto no tiene comportamiento cíclico que haga pensar que algún tipo de parto se presenta con mayor frecuencia en unos meses del año que en otros.

-
- Como puede observarse en el análisis para obtener medidas de asociación algunas variables presentaron intervalos de confianza muy amplios lo que nos habla de insuficiencia de la muestra para evaluar las categorías de tales variables. Ejemplo de ello fue mujeres con sangrado vaginal y demanda de atención a la partera empírica.
 - Otra limitación en el estudio es no haber entrevistado a las mujeres que a pesar de ser derechohabientes no concluyeron su parto en la institución, ya que en este grupo puede haber mujeres cuya percepción de sintomatología de alarma y uso de servicios médicos sea diferente y origine subestimación de los resultados

Del diseño del estudio.

Se reconoce que el diseño transversal comparativo es un diseño que mide la asociación a través de razones de ventaja de prevalencia, por ello, están presentes los problemas de temporalidad que limitan los resultados obtenidos y que no se tienen otros diseños como el de casos y controles o cohortes.

De las variables del estudio.

Es necesario comentar que en este estudio la construcción y conceptualización de dos variables independientes como fueron la utilización adecuada de atención médica y la identificación de signos y síntomas de alarma como motivo de demanda de atención, fue basada en una perspectiva de proveedor de servicios para observar el mayor o menor grado de convergencia entre "la conducta que médicamente se espera de la mujer" y "conducta de la mujer producto de su entorno". El primer punto de vista está dado en función de la necesidad de prevención de las complicaciones que pueden presentarse en el embarazo, además de que en la institución en donde se realizó el estudio se tiene una infraestructura y programas de vigilancia del embarazo, que favorece que la mujer durante sus consultas

prenatales sea captada y reciba orientación sobre riesgos en el embarazo por distinto tipo de personal (médico familiar, trabajadora social, enfermera materno infantil), de tal forma que idealmente debieran estar sensibilizadas para acudir a demandar servicio en toda situación de alarma.

El segundo punto de vista obedece a la percepción de necesidad de atención que tiene la mujer.

Los resultados mostraron que la proporción de convergencia (utilización adecuada o identificación adecuada) no es óptimo y que algunas mujeres acuden al médico ante todas las manifestaciones clínicas de alarma, en cambio, otras lo hacen de manera más selectiva. Este hecho puede estar dado porque existen signos clínicos evidentes que la mujer considera de riesgo para su salud o la del bebé y por lo cual acude al médico.

Hay otros en los que las manifestaciones son menos precisas y que son las que la mujer no identifica como indicio de afectación orgánica o psicológica, como es el caso del edema, los fosfenos, los acúfenos y la cefalea.

Precisamente el desconocimiento de la importancia de estos datos clínicos en determinadas etapas del embarazo hace resaltar la necesidad de informar a la población obstétrica sobre su relevancia y motivar la necesidad de demanda de atención médica ante su percepción

32,67,72

Del instrumento de recolección de datos.

En este estudio se decidió llevar a cabo el diseño de preguntas cerradas para el interrogatorio de percepción de signos y síntomas de alarma debido a que era necesario precisar aquellos datos clínicos que interesaba medir. Es posible que este tipo de preguntas ocasione mayor frecuencia de los signos o síntomas que la mujer refiere haber percibido ya que se favorece el recuerdo de la sintomatología que se está interrogando.

De los indicadores elaborados

La elaboración del indicador de estrato socioeconómico, fue llevada a cabo mediante un análisis factorial. Se conocen otras técnicas que pueden ser útiles para la creación de indicadores, una de ellas es el análisis discriminante, que otorga un sentido predictivo a cada variable. Sin embargo, el interés principal en este trabajo, fue explorar de inicio el comportamiento de las variables y después, observar el efecto del indicador en su conjunto, y no de cada variable en particular. El análisis de regresión logística llevado a cabo como parte final del estudio, fue útil como complemento del factorial. Esto permitió evaluar los indicadores como predictores de utilización e identificación adecuados.

X. CONCLUSIONES

- Fue elevada la utilización de atención médica por signos y síntomas evidentes como sangrado vaginal, disminución o ausencia de movimientos fetales y fiebre.
- Para la mujer los síntomas como fosfenos, acúfenos y cefalea no son percibidos como una necesidad de atención médica, lo que puede propiciar una demanda y diagnóstico tardío.
- La percepción del nivel de gravedad del signo o síntoma resultó ser un activador para que la mujer utilizara los servicios médicos cuando percibió sintomatología de alarma durante el embarazo.
- El consejo y compañía de algún integrante de la familia fue un factor importante en la decisión de acudir con el médico cuando la mujer percibe signos o síntomas que desde el punto de vista médico son considerados de alarma durante el embarazo.
- Las mujeres que identificaron adecuadamente los signos y síntomas de alarma durante el embarazo tuvieron mayor probabilidad de uso adecuado de atención médica que las que no los identificaron de manera adecuada.
- El nivel de escolaridad mayor a siete años cursados fue un factor asociado a la utilización adecuada de atención médica.
- En esta población el antecedente de aborto o cesárea como experiencia negativa no fueron factores que desencadenaran la búsqueda de atención médica.
- El número de consultas prenatales recibidas por la mujer no fue un factor asociado a utilización adecuada de atención médica.

-
- Fue alto el porcentaje de mujeres que presentó “identificación adecuada” de los signos y síntomas que clínicamente se consideran como un motivo de demanda de atención médica.
 - Las mujeres que en esta población identificaron en forma adecuada los signos y síntomas de alarma fueron aquellas que recibieron orientación acerca del embarazo, que se consideraron como de estrato socioeconómico medio-alto y que asistieron a consulta prenatal.

XI. RECOMENDACIONES

- Desarrollar estrategias para mejorar la efectividad de la orientación sobre sintomatología de alarma durante el embarazo tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Debe ser personalizada y con un lenguaje sencillo, de tal forma que permita a la mujer conocer e identificar los riesgos a que está expuesta y la conducta a seguir cuando experimente manifestaciones clínicas de alarma.

La sensibilización de la mujer para demandar atención médica oportuna ante signos y síntomas de alarma, qué hacer y dónde acudir en caso de percibir alguna sintomatología de alarma puede fomentarse a través de la difusión de impresos a manera de " bitácora de la mujer embarazada" que contenga información acerca de cuáles son los signos y síntomas que debe considerar normales y cuáles anormales durante el desarrollo de su embarazo, y a donde dirigirse en caso de emergencia.

- En la consulta prenatal o en las pláticas de orientación acerca del embarazo dar prioridad a la educación sobre sintomatología de alarma, específicamente del trimestre que cursa la mujer, haciendo énfasis en aquellos síntomas o signos por los que debe acudir inmediatamente al servicio médico a pesar de que ella lo considere como leve.
- Al otorgar la información acerca de su embarazo, debe favorecerse la participación de los integrantes de la familia, que en momentos de complicación apoyen la búsqueda de atención médica, además la transmisión de información por este mecanismo verbal, puede ser efectivo ya que algunos familiares son reconocidos como primer personaje de la red de apoyo social para validar la percepción de algún síntoma o signo o para establecer la conducta a seguir.
- Identificar y otorgar especial atención durante la consulta, así como dedicar mayor tiempo a orientar a las mujeres que tengan un bajo nivel de escolaridad, que sean

multíparas, que hayan padecido complicaciones en embarazos anteriores y/o que hayan asistido a diversos proveedores de servicios de atención prenatal ya que son quienes con mayor probabilidad no utilizarán los servicios ante sintomatología de alarma.

- Ante la identificación de datos de alarma en la exploración realizada a la mujer durante la consulta prenatal, es necesario sensibilizarla y educarla sobre la necesidad de autovigilancia de los signos clínicos detectados, de manera que se favorezca la demanda oportuna y adecuada de atención médica.
- Sensibilizar al personal médico de la importancia de la detección oportuna a través de dar mayor atención a las manifestaciones referidas por la paciente, por más sencillas que parezcan.
- Capacitar y evaluar periódicamente al personal del módulo de la enfermera materno-infantil (EMI) e incrementar el envío de embarazadas para atención por este personal.
- Incrementar la difusión de información específica sobre sintomatología de alarma durante el embarazo, a través de posters, de los medios masivos de comunicación.
- Fomentar la formación de grupos focales (clubes mujeres) para identificar el dominio cultural acerca de la percepción de necesidad de atención durante el embarazo en diferentes grupos de población. Estos grupos proporcionarán elementos para la elaboración de mensajes acerca de la conducta que la mujer debe seguir ante la percepción de signos y síntomas de alarma del embarazo.

XI. REFERENCIAS

1. McKinlay J. Some approaches and problems in the study of the use of services: An overview. Citado en Fitzpatrick R. La enfermedad como experiencia. México. Fondo de Cultura Económica 1ª edición 1990:46-47.
2. Donabedian A. Los espacios de la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Fondo de Cultura Económica. México 1989:71-83.
3. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública Méx 1985;27:438-53.
4. Suchman E. Etapas de la enfermedad y de la atención médica. Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología. Washington, O.P.S 1992. 357-73.
5. Salkever D. Accesibility and the demand for preventive care. Soc Sci Med 1976;10:469-75.
6. Aday LA. Andersen R.A. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. O.P.S. Investigaciones sobre Servicios de Salud : Una antología 1992:604-13.
7. Aday LA. Economic and noneconomic barriers to the use of needed medical services. Med Care 1975;13:447-456.
8. Mechanic D. Volkart E. Stress, illness behaviour and the sick role. Am Soc Rev 1961;20:51-8.
9. Lunde MI. Patient's Perceptions. Scand J Prim Health Care 1993;11:98-104.
10. Mckinlay Social network influences on morbid episodes and the career of help seeking. Citado en: Infante Castañeda C. Utilización de servicios de atención prenatal: Influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. Salud Pública Méx 1990;32:420.
11. Rosentosck I. Porqué la gente utiliza los servicios de salud. Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología. Washington, O.P.S 1992.405-24.
12. Freidson E. Profession of medicine: A study in the sociology of applied knowledge. Citado en Fitzpatrick R. La enfermedad como experiencia. Fondo de Cultura Económica 1ª edición 1990:49.
13. Suchman E. Sociomedical variations among ethnic groups . Citado en Fitzpatrick R. La enfermedad como experiencia. Fondo de Cultura Económica 1ª edición México 1990:51.

-
14. Alonzo A. Acute illness behaviour: A conceptual exploration and specification. *Soc Sci Med* 1980;14:515-26.
 15. Infante C. Schlaepfer L. Redes sociales y embarazo.. *Género y Salud Femenina*. México. 1995 CIESAS, U de G, INNSZ:55-67.
 16. Scambler G. Craig D. Kinship and friendship networks and women's demand for primary care. Citado en Fitzpatrick R. *La enfermedad como experiencia*. Fondo de cultura económica, 1ª edición México 1990:51.
 17. Salloway J. Dillon P. A comparison of family networks and friend networks in health care utilization. Citado en Fitzpatrick R. *La enfermedad como experiencia*. Fondo de cultura económica 1ª edición México 1990:52.
 18. Zola IK. Pathways to the doctor: From person to patient. Citado en Fitzpatrick R. *La enfermedad como experiencia*. Fondo de Cultura Económica 1ª edición México 1990:51.
 19. Freidson E. Dilemmas in the doctor-patient relationship. Citado en Fitzpatrick R. *La enfermedad como experiencia*. Fondo de cultura económica, 1ª edición, México 1990:32.
 20. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
 21. Helman C. Feed a cold, starve a fever-folk models of infection in an english suburban community. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1978;2:107-37.
 22. Segall A. Roberts L. A comparative analysis of physician estimates and levels of medical knowledge among patients. *Sociology of Health and Illness* 1980;2:317-34.
 23. Thaddeus S. Maine D. Too far to walk. *Maternal mortality in context (findings from a multidisciplinary literature review)*.. Center for Population and Family Health. Faculty of Medicine. Columbia University. 1990;20-4.
 24. Reyes Frausto S. *Mortalidad Materna en México*. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1ª edición, México 1994.
 25. Salinas-Martínez AM. Martínez-Sánchez C. Pérez-Segura J. Percepción de sintomatología común durante embarazo, puerperio y lactancia. *Salud Pública Méx* 1991;33:248-58.
 26. Romero G. Sánchez R. Soto V. Rodríguez P. Morbimortalidad perinatal asociada a hipomotilidad fetal. *Ginec Obst Méx* 1994;62:222-25.

-
27. Connors G. Natale R. Nassello-Patterson. Maternally perceived fetal activity from twenty-four weeks' gestation to term in normal and at risk pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:294-99.
 28. Westgren M. Almstrom H. Nyman M. Ulmstein U. Maternal perception of sound-provoked fetal movements as a measure of fetal well-being. *B J Obstet & Gynaec* 1987;94:523-27.
 29. Scambler A. Craig D. 1981. Social class, epileptic activity and disadvantage at work. En Fitzpatrick R. *La enfermedad como experiencia*. Fondo de cultura económica 1ª edición 1990:43-45.
 30. Dia and cols. Maternal mortality in Senegal: Contributing factors in the health system and the community. Citado en: Thaddeus S. Maine D. *Too far to walk*. Maternal mortality in context (findings from a multidisciplinary literature review). 1990. Center for Population and Family Health. Faculty of Medicine. Columbia University.
 31. Salinas-Martínez AM. Percepción de factores de riesgo reproductivo. *Ginec Obst Méx* 1993;60:8-14.
 32. Alcalay R. Ghee A. Scrimshaw S. Designing prenatal care messages for low-income mexican women. *Public Health reports* 1993;108:354-62.
 33. Jasis M. Perfil de opinión y servicios de salud materno-infantil en Tijuana. *Salud Pública Méx* 1987;29:73-83.
 34. Ell K. Social Networks, social support and coping with serious illness: The family connection *Soc Sci Med* 1996;42:173-83.
 35. Berkanovic E. Telesky C. Reeder S. Structural and social psychological factors in the decision to seek medical care for symptoms *Med Care* 1981;19:693-709.
 36. Berkanovic E. Telesky C. Social networks, beliefs and the decision to seek medical care: And analysis of congruent and incongruent patterns. *Med Care* 1982;20:1018-26.
 37. Langer A, et al. The latin american trial of psychosocial support during pregnancy effects on mothers welbing an satisfaction. *Soc Sci Med* 1996;42:1561-67.
 38. Infante-Castañeda C. Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de servicios de salud. *Salud Pública Méx* 1988;30: 175-96.
 39. Infante- Castañeda C. Utilización de servicios de atención prenatal: Influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública Méx* 1990;32:419-29.

-
40. Nathanson C. Illness and the feminine role: A theoretical review. *Soc Sci Med* 1975;8:57-64.
 41. Mechanic D. Sex, illness, illness behavior, and the use of health services. *Soc Sci Med* 1978;128:207-14.
 42. Kessier I. Lancet M. Borenstein R. Steinmetz. The problem of the older primipara. *Obstet & Gynecol* 1980;56:165-69.
 43. Tanner J. Cockerham W. Spaeth J. Predictin physician utilization. *Med Care* 1983;21:360-69.
 44. Potter J. Utilización de los servicios de salud materna en el México rural. *Salud Pública Méx* 1988;30:387-402.
 45. Lia-Hoagberg, et al. Barrierrs and motivators to prenatal care among low-income women. *Soc Sci Med* 1990;30:487-95.
 46. Thomas P Predictors of prenatal care utilization. *Soc Sci Med*1988;27:167-72.
 47. Dutton D. Financial organizational and professional factors affecting health care utilization. *Soc Sci Med* 1986;23:721-35.
 48. Kegeles S. Why people seek dental care;a test of a conceptual formulation. *J of Health Hum Behav* 1963;4:166-73.
 49. Bentur Y. Horlatsch N. Koren G. Exposure to ionizing radiation during pregnancy:Perception of teratogenic risk and outcome. *Teratology* 1991;43:109-112.
 50. Salinas Martínez AM. Martínez Sánchez C. Pérez Segura J. Kachmer S. Cuidados del embarazo, parto y bebé. Instituto Nacional de Perinatología 1992.
 51. Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma técnica para la vigilancia materno-infantil. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil 1995.
 52. Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma técnico-médica para la prevención y manejo de la preeclampsia-eclampsia. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil 1995.
 53. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de normas y procedimientos en obstetricia. Subdirección General Médica. 1986.
 54. Sistema Nacional de Salud. Daños a la salud. Boletín de información estadística México,1991.

-
55. Sistema Nacional de Salud. Daños a la salud. Boletín de información estadística México,1992.
 56. Sistema Nacional de Salud. Daños a la salud. Boletín de información estadística México,1993.
 57. Instituto Mexicano del Seguro Social. Índice de demanda de servicios médicos,1990-1992.
 58. Zeisel H. Dígallo con números. 3ª edición México. Fondo de Cultura Económica. 1990:98-124
 59. Hazard B. Batten E. Statistical Methods for health care research. Edit JR. Lippincott Company 2ª edición , 1993. 245-69.
 60. Kleinbaum H. Applied Regresion. Analysis and other multivariable methods.159-183.
 61. Silva SC. Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud. Edit. Diaz de Santos 1995.
 62. Langer A. Lozano R. Bobadilla J.L. Effects of Mexico's economic crisis on the health of women and children. En: Langer A, et al. The latin american trial of psychosocial support during pregnancy effects on mothers welbing an satisfaction. Soc Sci Med 1996;42:1561-67.
 63. Jones AR. Wiese JH. Moore R. Haley JV. On the perceived meaning of symptoms. Med Care 1981;19:710-17.
 64. INEGI. La mujer en México. XI Censo general de población y vivienda. Segunda edición, 1993.
 65. Bott E. Familia y red social. CONAPO. Editorial. Altea Taurus Alfaguara. 1990:137-201.
 66. Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios de Medicina Familiar. Educación Individual a la Mujer Embarazada. Apoyo técnico de enfermería. IMSS. 1989.
 67. Ortigoza CE. Karchmer KS. Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginec Obs Méx 1996;64:90-5.
 68. Reyes H y cols. Autopsia verbal en niños con infección y diarrea aguda. Análisis de proceso enfermedad-atención-muerte. Bol Med Hosp Infant Mex. 1993;50:16.
 69. Reyes H. Cols. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. Health Policy & Plann 1996;12:214-23.

-
70. Secretaría de Salud. Ley general de Salud, Reglamento en materia de Investigación para la Salud, (anexo 3) México, 1987:71-74.
 71. WHO. Division of Family Health. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Antenatal care and maternal health: How effective is it? Geneva 1992.
 72. Oosterbaan MM. Barreto da Costa MV. Guinea-Bissau: What women know about the risks – an anthropological study. *Wld hlth statist quart* 1995;48:39-43.
 73. Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. 1ª edición. Madrid, España. Edit Siglo XXI España Editores, 1996;3-27.
 74. Sarason BR. Social support, personality and health. Citado en: Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. 1ª edición. Madrid, España: Edit Siglo XXI España Editores, 1996;10-1.
 75. Vaux A. Social support: Theory, research and intervention. Citado en: Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. 1ª edición. Madrid, España: Edit Siglo XXI España Editores, 1996;98-9.
 76. Elu MC, Langer A. Maternidad sin riesgos en México. 1ª edición. México: IMES Comité Promotor de Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México. 1994;212-15.
 77. Royston E, Armstrong S. Preventing maternal deaths. England. World Health Organization, Geneva. 1989;137-83.

ANEXOS

1. Parámetros para el cálculo de Tamaño de muestra
2. Análisis factorial
 - A. Estrato Socioeconómico
 - B. Apoyo Familiar
3. Variables no relacionadas con:
 - A. Utilización Adecuada de Atención Médica
 - B. Identificación Adecuada de Signos y Síntomas de Alarma
4. Modelos de regresión
 - A. Utilización Adecuada de Atención Médica
 - B. Identificación Adecuada de Signos y Síntomas de Alarma
5. Gráficas de residuales
6. Carta de Consentimiento
7. Cuestionario

Anexo 1.

PARÁMETROS PARA EL CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

Parámetros	
Porcentaje de no utilización adecuada en mujeres no unidas (grupo no expuesto)	30%
Porcentaje de utilización adecuada en el grupo de mujeres unidas (grupo expuesto)	46%
Diferencia entre grupos de:	16%
Nivel de Confianza	95%
Poder de la muestra	80%
Relación de Núm de Expuestos : Núm de no Expuestos	1:1
Tamaño de Muestra Total	147 por grupo (294 sujetos en total)

Se llevó a cabo el procedimiento de cálculo en el paquete Epi-info a través de la siguiente fórmula de Fleiss⁷

$$m' = \frac{\text{Sq}\{c(a/2) \cdot \text{Sqrt}[(r+1) \cdot PQ] - c(1-b) \cdot \text{Sqrt}[r \cdot P1Q1]\}}{r \cdot \text{Sq}[P2-P2]}$$

$$m = \frac{.25m' \cdot \text{Sq}\{1 + \text{Sqrt}[1 + 2 \cdot (r+1) / (m \cdot r \cdot \text{Abs}^2[P2-P1])]\}}{1}$$

⁷ Statistical Methods for Rates and Proportions 2ª Ed. Wiley, 1981, pp 38-45. (referencia mencionada en el paquete)

Anexo. 2A

ANÁLISIS FACTORIAL DE ESTRATO SOCIOECONÓMICO

Analysis number 1 Listwise deletion of cases with missing values

Correlation Matrix

	REFRIGER	TELEFONO	FAMILIAS	INVERTRA
REFRIGER	1.00000			
TELEFONO	.35938	1.00000		
INTEGR. FAMILIA	-.04103	.00971	1.00000	
NO TRAB. FUERA HOGAR	-.04778	-.09114	-.02512	1.00000

Determinant of Correlation Matrix = .8607962
is printed for diagonal elements.

	.REFRIGER	TELEFONO	FAMILIAS	INVERTRA
REFRIGERADOR	.			
TELEFONO	.00000			
INTEGR. FAMILIA	.23873	.43325	.	
NO TRAB. FUERA HOGAR	.20400	.05700	.33188	

Extraction 1 for analysis 1, Principal Components Analysis (PC)
Initial Statistics:

Variable	Communality	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
	*				
REFRIGERADOR	1.00000 *	1	1.38513	34.6	34.6
TELEFONO	1.00000 *	2	1.02501	25.6	60.3
INTEG. FAMILIA	1.00000 *	3	.95500	23.9	84.1
NO TRAB. FUERA HOGAR	1.00000 *	4	.63486	15.9	100.0

PC extracted 2 factors.

-----FACTOR ANALYSIS-----

Factor Matrix:

	Factor 1	Factor 2
REFRIGERADOR	.79929	-.16290
TELEFONO	.81296	.00942
INTEG. FAMILIA	-.04583	.82986
NO TRAB. FUERA HOGAR	-.28855	-.55651

Final Statistics:

Variable	Communality	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
	*				
REFRIGERADOR	.66540*	1	1.38513	34.6	34.6
TELEFONO	.66100*	2	1.02501	25.6	60.3
INTEG. FAMILIA	.69077*				
NO TRAB FUERA HOGAR	.39297*				

VARIMAX rotation 1 for extraction 1 in analysis 1 - Kaiser. Normalization

VARIMAX converged in 3 iterations. Rotated Factor Matrix:

	Factor 1	Factor 2
REFRIGER	.81418	-.05008
TELEFONO	.80374	.12247
INTEGR. FAMILIA	-.16088	.81541
NO TRAB.FUERA HOGAR	-.20830	-.59126

Factor Transformation Matrix:

	Factor 1	Factor 2
Factor 1	.99027	.13917
Factor 2	-.13917	.99027

Anexo. 2B

ANÁLISIS FACTORIAL DE APOYO FAMILIAR

Initial Statistics:

Variable	Communality	* Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct	
		*				
COMPAÑIA	1.00000	*	1	1.25699	62.8	62.8
CONSEJO	1.00000	*	2	.74301	37.2	100.0
PC	extracted	1 factors.				

Factor Matrix: Factor 1

COMPAÑIA	.79278
CONSEJO	.79278

Final Statistics:

Variable	Communality	* Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct	
		*				
COMPAÑIA	.62850	*	1	1.25699	62.8	62.8
CONSEJO	.62850	*				

Anexo. 3A

VARIABLES NO RELACIONADAS CON UTILIZACION ADECUADA DE ATENCIÓN MEDICA

Variable Independiente	Razón de Momios	Std. Err.	z	P> z	I. C 95%	
Edad	1.036691	0.0255212	1.464	0.143	0.9878583	1.087938
Escolaridad > 6 años	1.64794	0.4275017	1.926	0.054	0.9911201	2.740038
Número de embarazos	0.8709979	0.764216	-1.574	0.115	0.7333857	1.034432
Ocupación el hogar	0.7526413	0.1823389	-1.173	0.241	0.4681353	1.210054
Integrantes de la familia	1.303235	0.3031716	1.139	0.255	0.8260527	2.056069
Siete o más consultas prenatales en el IMSS	0.7128713	0.1871592	-1.289	0.197	0.4261223	1.192581
Atención prenatal solo en el IMSS	1.389365	0.3260638	1.401	0.161	0.8771056	2.200802
Atención prenatal en el IMSS y por partera empírica	6.5625	7.229689	1.708	0.088	0.7574061	56.86039
Antecedente de aborto o cesárea	1.492295	0.4784666	1.249	0.212	0.7960467	2.797505
Estrato socioeconómico medio-alto*	1.631579	0.3812883	2.095	0.036	1.032021	2.579454
Orientación acerca del embarazo proporcionada por EMI y/o Trabajo Social	1.755556	0.5657302	1.746	0.081	0.9334986	3.301532
No.total de consultas prenatales	1.005781	0.0269489	0.215	0.830	0.9543249	1.060011
Consultas prenatales otorgadas en el IMSS y por médico particular	0.995122	0.2371711	-0.021	0.984	0.6237438	1.587619

*Esta variable al efectuarse el análisis estratificado resultó no significativa

Anexo. 3B

**VARIABLES NO RELACIONADAS CON LA IDENTIFICACIÓN ADECUADA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA
COMO MOTIVO DE DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA**

Variables Independientes	Razón de Momios	Std. Err.	.z	P> z 	I.C. 95%	
Edad	1.036691	0.0255212	1.464	0.143	0.9878583	1.087938
Número de embarazos	0.9800651	0.0903203	-0.218	0.827	0.8181074	1.174085
Orientación por Emi y trabajo social	1.67033	0.5891401	1.455	0.146	0.8367117	3.334483
Consulta prenatal en el IMSS y Partera Empírica	4.577778	4.006443	1.738	0.082	0.823547	25.44609
Atención prenatal en el IMSS	0.9224806	0.230435	-0.323	0.747	0.5653634	1.505174
Atención prenatal en el IMSS y en otras instituciones oficiales	1.705221	0.7129481	1.276	0.202	0.7514423	3.869596
Gravedad de los signos y síntomas percibidos	1.247899	0.3350964	0.825	0.410	0.7372379	2.112279
Número de signos percibidos	1.037815	0.2891084	0.133	0.894	0.60117	1.791607
Integrantes de la familia*	2.274131	0.5777375	3.234	0.001	1.382197	3.741633
Antecedentes de aborto o cesárea	1.527451	0.5458935	1.185	0.236	0.7581542	3.077351
Ayuda familiar	1.560533	0.3934869	1.765	0.078	0.9520143	2.558012

- Esta variables al efectuar el análisis estratificado no fue significativa

Anexo. 4A

MODELO COMPLETO CON INTERACCIONES (UTILIZACIÓN ADECUADA DE ATENCIÓN MÉDICA)

Logit Estimates	Number of obs	=	300
	chi2(15)	=	91.57
	Prob > chi2	=	0.0000
Log Likelihood = -159.99375	Pseudo R2	=	0.2225

Utilización adecuada	Razón de Momios	Std. Err.	.t	P> t	I. C. 95%	
Edad	1.034654	0.0540273	0.652	0.515	0.9335916	1.146656
Escolaridad > 6 años	1.230415	1.190975	0.214	0.831	0.1830665	8.269789
Gravedad del signo o síntoma moderado grave	4.424897	1.446603	4.549	0.000	2.325061	8.421159
Ayuda familiar	5.462486	2.375954	3.904	0.000	2.320431	12.85915
Identificación adecuada	3.701402	4.346366	1.115	0.266	0.3669159	37.33929
Número de embarazos	0.7024188	0.401019	-0.619	0.537	0.2283261	2.16091
Ocupación el hogar	0.8290905	0.2470227	-0.629	0.530	0.4612177	1.490383
Integrantes de la familia	0.95018	0.3614518	-0.134	0.893	0.4493865	2.009054
Atención prenatal en el IMSS	1.673038	0.481604	1.788	0.075	0.9493554	2.948377
Antecedente de aborto o cesárea	1.165528	0.4496613	0.397	0.692	0.5454099	2.490704
Estrato socioeconómico medio alto	1.426049	0.4600882	1.100	0.272	0.7556741	2.691126
Recibió orientación acerca del embarazo	1.342721	0.3875817	1.021	0.308	0.7607316	2.369954
Número embarazos * edad	1.00607	0.0191413	0.318	0.751	0.9690899	1.044461
Escolaridad * Identificación adecuada	1.633479	1.095489	0.732	0.465	0.4363288	6.115232
Ayuda familiar * Integrantes de la familia	0.9914026	0.0271042	-0.316	0.752	0.9394621	1.046215

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Las Variables de Interacción no resultaron modificadoras del efecto Se considera este modelo como completo

Logit Estimates	Number of obs	=	300
	chi2(12)	=	90.70
	Prob > chi2	=	0.0000
Log Likelihood = -160.42934	Pseudo R2	=	0.2204

Utilización adecuada	Razón de Momios	Std. Err.	.t	P> t	I. C. 95%	
Edad	1.049892	0.0368964	1.385	0.167	0.9797246	1.125084
Escolaridad > 6 años	2.375002	0.842204	2.439	-0.015	1.181788	4.772967
Gravedad del signo o síntoma moderado grave	4.479547	1.455066	4.616	0.000	2.363591	8.489772
Ayuda familiar	5.987269	1.744682	6.142	0.000	3.373957	10.62473
Identificación adecuada	1.612188	0.506773	1.519	0.130	0.8683943	2.993052
Número de embarazos	0.8317159	0.118222	-1.296	0.196	0.6287397	1.100219
Ocupación el hogar	0.8468979	0.249795	-0.563	0.574	0.4739183	1.513417
Integrantes de la familia	1.019535	0.3101263	0.064	0.949	0.5602523	1.855328
Atención prenatal en el IMSS	1.690698	0.4818989	1.842	0.066	0.9647642	2.96286
Antecedente de aborto o cesárea	1.156393	0.4337861	0.387	0.699	0.5526502	2.419693
Estrato socioeconómico medio alto	1.447387	0.4659583	1.149	0.252	0.768062	2.727552
Recibió orientación acerca del embarazo	1.292348	0.3676908	0.901	0.368	0.7382027	2.262474

MODELO REDUCIDO

Logit Estimates	Number of obs	=	300
	chi2(5)	=	81.99
	Prob > chi2	=	0.0000
Log Likelihood = -164.78488	Pseudo R2	=	0.1992

Utilización adecuada	Razón de Momios	Std. Err.	.t	P> t	I. C. 95%	
Edad	1.034246	0.0284457	1.224	0.222	0.9797516	1.091772
Escolaridad > 6 años	2.952596	0.9941144	3.216	0.001	1.522043	5.727711
Moderado grave	4.393783	1.39453	4.664	0.000	2.352673	8.205702
Ayuda familiar	5.761184	1.622908	6.216	0.000	3.309327	10.0296
Identificación adecuada	1.806434	0.5353647	1.995	0.047	1.00812	3.236917

Logistic: likelihood-ratio test	chi2(7)	=	8.71
	Prob > chi2	=	0.2741

Logistic estimates for utiliza2, goodness-of-fit test			
no. of observations	=	300	
no. of covariate patterns	=	149	
Pearson chi2(143)	=	143.38	
P>chi2	=	0.4754	

Anexo 4 B.

MODELO COMPLETO

Logistic identif adec, orientac, esc_mujer, asist_imss y med partic, estrat socioec, integr familia

Logit Estimates	Num obs	= 302
	chi2(5)	=31.40
	Prob > chi2	=0.0000
Log Likelihood = -171.57123	Pseudo R2	= 0.0838

Identif adec	R.M.	Std.Err	Z	p> z	[I. C. 95%]	
Recibió orientación acerca del embarazo	1.87	0.4961	2.370	0.018	1.1145	3.1479
Escolaridad mayor a primaria	1.35	0.3949	1.054	0.292	0.7683	2.4019
Asistencia prenatal en el IMSS y al Médico Particular	0.58	0.1654	-1.884	0.060	0.3394	1.0214
Estrato socioeconómico medio-alto	2.12	0.6209	2.570	0.010	1.1956	3.7653
Integrantes de la familia >5	1.67	0.4675	1.845	0.065	0.9684	2.8940

MODELO REDUCIDO

Logistic identif adec, orintac, asistencia al IMSS y med partic, estrat socioec

Logit Estimates	Num obs	= 302
	chi2(5)	=27.00
	Prob > chi2	=0.0000
Log Likelihood = -173.7717	Pseudo R2	= 0.0747

Identif adec	R.M.	Std.Err	Z	p> z	[I. C. 95%]	
Recibió orientación acerca del embarazo	1.8922	0.4974	2.426	0.015	1.1303	3.1678
Asistencia prenatal en el IMSS y al Médico Particular	1.7554	0.4895	2.018	0.044	1.0162	3.0324
Estrato socioeconómico medio-alto	2.7230	0.7266	3.754	0.000	1.6140	4.5940

Lrtest			
Logistic:	Likelihood-ratio test	Chi2(2)	= 4.40
		Prob >	= 0.1108

Lfit		Identif adec, goodness		Of fit test	
Logistic estimates for		= 302			
No. Obs		= 8			
No. of covariate patterns		= 3.96			
Pearson chi2(4)		= 0.4111			
P>chi2					

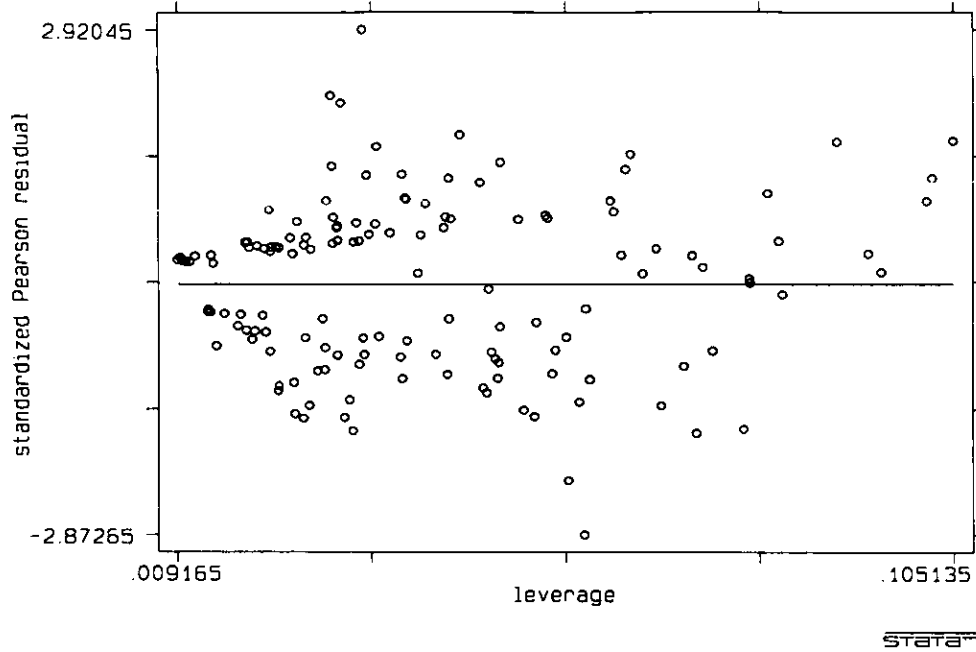
Lstat			
Logistic estimates for identif adec (positive = p>=.5)			
Observed	Negative	positive	Total
Negative	24	70	94
positive	18	190	208
Total	42	260	302

Sensibilidad del modelo	91.35 %	Especificidad	25.53 %
Tasa de falsos positivos	26.92 %	Tasa de falsos negativos	42.86 %
Valor predictivo positivo	73.08 %	Valor predictivo negativo	57.14 %

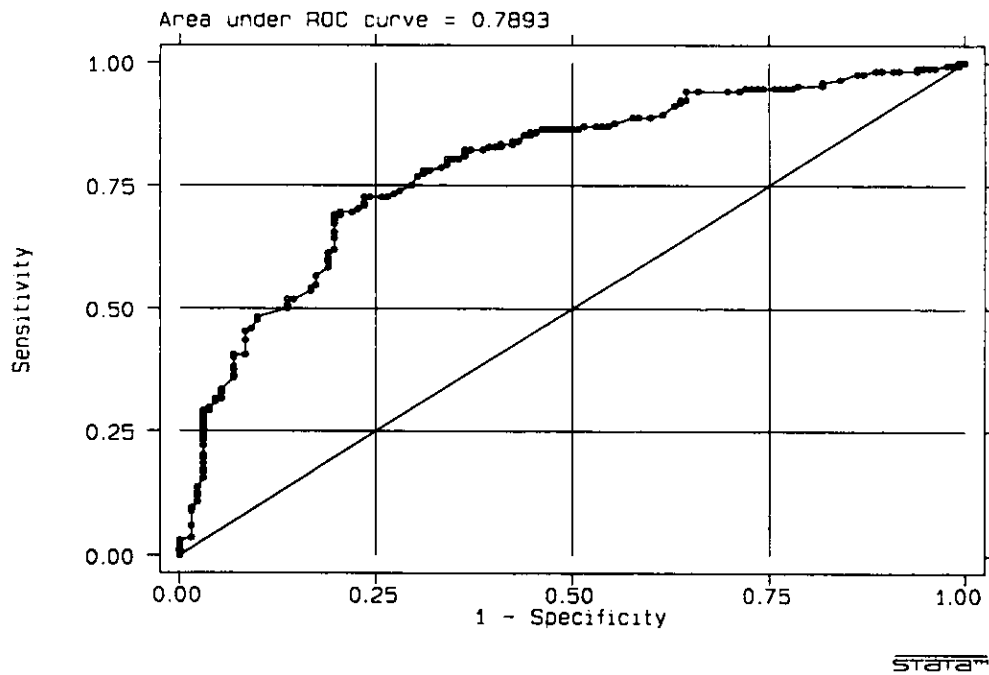
Anexo 5.

Factores Relacionados con la Utilización Adecuada de Atención Médica

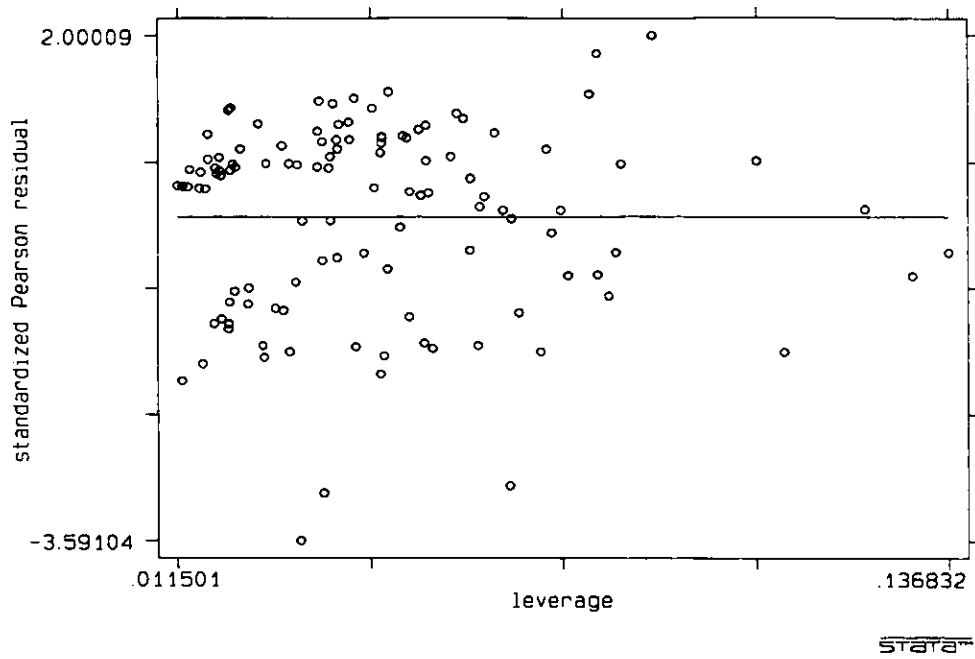
Gráfica de Residuales del Modelo de Regresión Logística



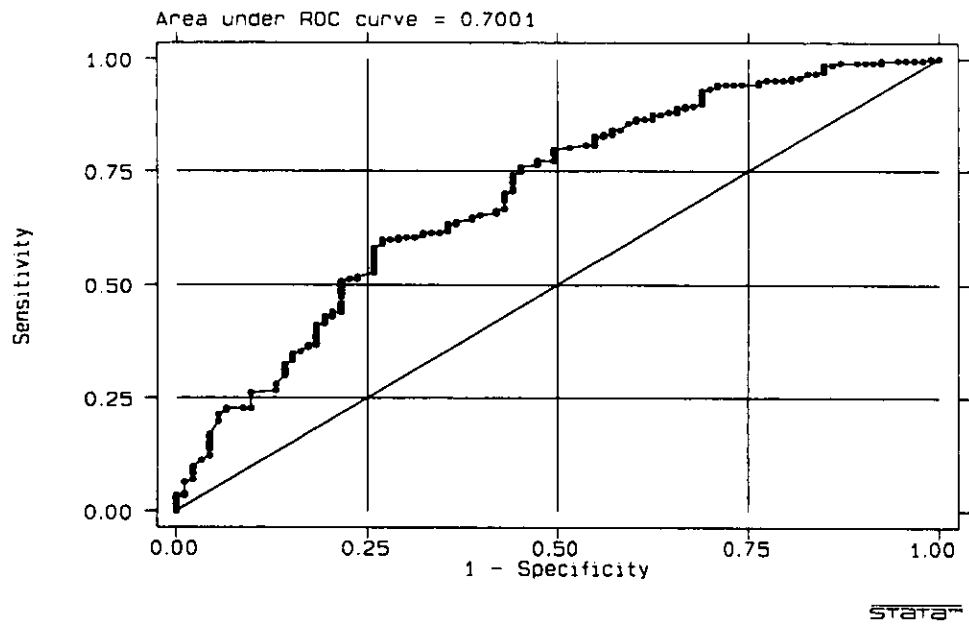
Sensibilidad y Especificidad del Modelo



**Perfil de la Mujer con Identificación Adecuada
de Signos y Síntomas de Alarma como Motivo de Demanda de Atención Médica
Gráfica de Residuales del Modelo de Regresión Logística**



Sensibilidad y Especificidad del Modelo



CASO _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE SERVICIOS DE INVESTIGACION MEDICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO

HE SIDO INFORMADA ACERCA DE LA INVESTIGACION QUE SE ESTA REALIZANDO EN EL IMSS, CON EL FIN DE CONOCER LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISION PARA ACUDIR A LA CONSULTA PRENATAL.

SE ME HA ASEGURADO QUE LA INFORMACION QUE YO PROPORCIONE SERA CONFIDENCIAL Y BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SERA DADO A CONOCER MI NOMBRE NI DATOS DE IDENTIFICACION.

CUALQUIER DUDA ME SERA ACLARADA Y DE NINGUNA MANERA INFLUIRA EN QUE SE ME PROPORCIONE LA ATENCION DE LA CLINICA. EN EL MOMENTO QUE CONSIDERE CONVENIENTE PUEDO DEJAR DE PROPORCIONAR LA INFORMACION.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

10. DURANTE SU ULTIMO EMBARAZO REALIZO ALGUN TRABAJO REMUNERADO FUERA DE SU CASA ?

- 1. Si
- 2. No (pase 14)

11. CUAL FUE ESTE TRABAJO ? _____

- 88. No aplica (especifique)

12. EN QUE HORARIO TRABAJABA ?

- 1. Matutino
- 2. Vespertino
- 3. Nocturno
- 4. M-V
- 5. V-N
- 6. N-M
- 7. Rotación
- 8. No aplica

13. CUANTAS HORAS TRABAJABA ?

- 1. 3 - 6
- 2. 6 - 8
- 3. más de 8
- 8. No aplica

14. DURANTE SU ULTIMO EMBARAZO DESARROLLO ALGUN TRABAJO O ACTIVIDAD EN SU CASA ?

- 1. Si
- 2. No (pase 18)

15. CUAL FUE ESTA ACTIVIDAD ? _____

- 88. No aplica (especifique)

16. CUANTOS DIAS A LA SEMANA DEDICABA A ESA ACTIVIDAD EN EL HOGAR

- 8. No aplica

17. DEDICO ALGUN TIEMPO PARA SU DESCANSO ?

- 1. Si
- 2. No (pase 19)

18. CUANTO TIEMPO DEDICO PARA SU DESCANSO ?

- 1. Minutos
- 2. Horas
- 888. No aplica

(Tiempo) (Número)

19. DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE ?

(coloque una X en la casilla correspondiente)

1. Esposo
2. Padre
3. Madre
4. Hermano(s)
5. Otro familiar
6. Amigo(a)

(SI ES SOLTERA, VIUDA O SEPARADA PASE A LA 24)

20. QUE EDAD TIENE SU ESPOSO

88. No aplica.

21. CUAL FUE EL ULTIMO AÑO QUE APROBO SU ESPOSO EN LA ESCUELA

1. No acudió a la escuela
2. Primaria (pase 23)
3. Secundaria (o Técnica) (pase 23)
4. Preparatoria o Vocacional (pase 23)
5. Profesional (pase 23)
6. Postgrado (pase 23)
88. No aplica

(Nivel) (Años)

22. SABE LEER Y ESCRIBIR ?

1. Si
2. No
9. No sabe
8. No aplica

23. A QUE SE DEDICA SU ESPOSO _____

88. No aplica (especifique)

24. SU INGRESO FAMILIAR MENSUAL (MES PASADO) ES APROXIMADAMENTE DE:

1. El salario mínimo (N\$400.00)
2. Más del SM hasta el doble (N\$500.00 a N\$800.00)
3. Más del Doble hasta el triple (N\$900.00 a N\$1,200.00)
4. Más del triple (+ de N\$1,200.00)

II. V I V I E N D A

25. LA CASA DONDE VIVE ES:

1. Casa sola
2. Casa Dúplex
3. Departamento en condominio
4. Vecindad
5. Otros _____
- (especifique)

26. ESTA CASA ES:

- 1. Propia
- 2. Rentada
- 3. Prestada
- 4. Otros _____
(especifique)

27. CUENTA CON: (puede contestar más de una opción)

- 1. Si
- 2. No
- 1. Refrigerador
- 2. Automóvil
- 3. Teléfono
- 4. Sirvienta

28. CUANTAS PERSONAS VIVEN PERMANENTEMENTE EN SU CASA CONTANDO A LOS ANCIANOS Y NIÑOS CHIQUITOS ?

29. QUIENES SON: (coloque un X, y pregunte el total de hijos contando al R/N)

- ESPOSO
- HIJOS Y NUMERO
- PADRE
- MADRE
- ABUELA Y NUMERO
- ABUELO Y NUMERO
- SUEGRA
- SUEGRO
- OTROS FAM. Y NUMERO
- AMIGOS Y NUMERO

III. DATOS DE ENVIO DE SU CLINICA AL HOSPITAL

30. LA ENVIARON DE ALGUNA CLINICA U HOSPITAL ?

- 1. Si
- 2. NO (pase 33)

31. DE QUE INSTITUCION ERA LA CLINICA U HOSPITAL ? _____

8. No aplica

32. CUAL FUE ESTA CLINICA U HOSPITAL ? _____

8. No aplica

33. EN QUE CLINICA RECIBE ATENCION DE MEDICINA FAMILIAR ? _____

(especifique)

34. UTILIZO ALGUN TIPO DE TRANSPORTE PARA ACUDIR A SU CLINICA A RECIBIR CONSULTA PRENATAL ?

- 1. Si
- 2. NO (pase 38)

35. QUE TRANSPORTE UTILIZO

- 1. Vehículo propio
- 2. Vehículo prestado
- 3. Taxi
- 4. Micro, pesero
- 5. Metro
- 6. Ruta 100, Trolebús (Autobús)
- 7. Otro _____ (especifique)
- 8. No aplica

36. CUANTO GASTA APROXIMADAMENTE ?

N\$ _____

37. CUANTO TIEMPO TARDA EN LLEGAR ?

- 1. Minutos
 - 2. Horas
 - 888. No aplica
- (Tiempo) (Número)

SI TIENE HIJOS, PREGUNTE.... Y SI NO PASE A LA 40

38. CUANDO ACUDE AL MEDICO, ALGUNA PERSONA CUIDA A SUS HIJOS ?

- 1. Si
- 2. No (pase 40)
- 8. No aplica

39. QUIEN LOS CUIDA

- 1. Madre
- 2. Padre
- 3. Esposo
- 4. Hermana
- 5. Cuñada
- 6. Suegra
- 7. Amiga
- 8. Otro _____ (especifique)
- 88. No aplica

40. CUANDO LLEGO AL HOSPITAL TRAIA SU PASE ? (MF7/8)

- 1. Si (pase 42)
- 2. No
- 9. No sabe

41. PORQUE NO TRAIA SU PASE _____

IV. ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

- 42. CUANTAS VECES SE HA EMBARAZADO (INCLUYENDO EL ULTIMO EMBARAZO) [] []
- 43. COMO HAN TERMINADO ESTOS EMBARAZOS: [] []
 - PARTOS NORMALES [] []
 - ABORTOS [] []
 - CESAREAS [] []

V. ATENCION PRENATAL

- 44. CREE USTED NECESARIO IR AL MEDICO DURANTE SU EMBARAZO ? []
 - 1. Si
 - 2. No
 - 3. No sabe
 - 4. No quiso contestar
- 45. EN QUE MES USTED CONSIDERA QUE DEBE IR AL MEDICO PARA SU PRIMERA CONSULTA []
- 46. CONOCE EL PROCESO DE UN EMBARAZO NORMAL ? []
 - 1. Mucho
 - 2. Regular
 - 3. Poco
 - 4. Nada
- 47. CONOCE LAS COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER DURANTE EL EMBARAZO []
 - 1. Mucho
 - 2. Regular
 - 3. Poco
 - 4. Nada
- 48. LE VOY A LEER ALGUNAS OPCIONES Y POR FAVOR ME DICE SI ALGUNA DE ELLAS AMERITA ATENCION DEL MEDICO EN CONSULTA U HOSPITAL
 - 1. Si
 - 2. No
 - 3. No sabe
 - 4. No quiso contestar

- HINCHAZON DE PIES..... []	- AUMENTO DE PESO []
- VER LUCECITAS []	- DOLOR DE CABEZA []
- ZUMBIDO DE OIDOS []	- VOMITO []
- AUMENTO DE VECES QUE ORINA NORMALMENTE.. []	- MAREOS []
- "PAÑO" EN LA CARA..... []	- DISMINUCION DEL MOVIMIENTO DEL BEBE. []
- ESTRIAS EN ABDOMEN []	- AUSENCIA DE MOVIMIENTOS DEL BEBE []
- CRECIMIENTO ABDOMINAL.. []	

49. RECIBIO USTED ATENCION PRENATAL ?

- 1. Si (pasa 51)
- 2. No

50. PORQUE NO ? (termine con la entrevista, y codifique el resto de la información con 88 "no aplica", excepto la información a obtener del expediente)

51. EN QUE MES DE SU EMBARAZO COMENZO A IR A CONSULTA PRENATAL ? (INDEPENDIENTEMENTE DE SU PRIMER CONSULTA A DX)

52. NUMERO TOTAL DE CONSULTAS PRENATALES

53. CUANTAS VECES ASISTIO A SU CONSULTA PRENATAL EN EL ULTIMO MES DE SU EMBARAZO

54. DONDE RECIBIO SUS CONSULTAS PRENATALES Y CUANTAS TUVO APROXIMADAMENTE EN CADA LUGAR ?

(MARQUE CON UNA "X" Y ESCRIBA EL NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES SEGUN LUGAR DE ATENCION)

- IMSS NUMERO DE CONSULTAS
- PARTICULAR ... NUMERO DE CONSULTAS
- PARTERA NUMERO DE CONSULTAS
- OTRO _____ NUMERO DE CONSULTAS

55. QUIEN LE DIO LA CONSULTA PRENATAL EN EL IMSS ?

- 1. Médico
- 2. Enfermera (EMI)
- 3. Trabajadora Social
- 4. Otros _____
(especifique)
- 8. No aplica

56. SIEMPRE LA ATENDIERON LAS MISMAS PERSONAS

- 1. Si (pasa 56)
- 2. No

57. QUIEN MAS LA ATENDIO _____

- 8. No aplica

68. CUALES SON LAS RAZONES POR LAS QUE ASISTIO A MEDICO PARTICULAR:

(puede contestar más de una opción)

- 1. Si
- 2. No
- 8. No aplica

- 1. Ya lo conoce y le tiene confianza
- 2. Se lo recomendaron
- 3. Le gusto como la trato
- 4. Es buen médico
- 5. Tiene experiencia
- 6. Otros _____

(especifique)

69. LA ATENDIO BIEN

- 1. Si
- 2. No
- 8. No aplica

70. PORQUE PIENSA QUE FUE ASI:

- 88. No aplica

(SI ASISTIO CON LA PARTERA CONTINUE, SI NO PASE 70)

71. PORQUE ASISTIO CON LA PARTERA

- 8. No aplica

72. PORQUE ?

- 88. No aplica

73. CUANDO ACUDIO CON ELLA CUANTOS MESES DE EMBARAZO TENIA

- 88. No aplica

74. LA TRATO BIEN ?

- 1. Si
- 2. No
- 8. No aplica

75. PORQUE ?
88. No aplica

.....

76. CUANTAS VECES (APROXIMADAMENTE) FUE CON ELLA
88. No aplica

77. QUIEN LE RECOMENDO IR CON ELLA ?

- 1. Esposo
- 2. Padre
- 3. Madre
- 4. Hermano(s)
- 5. Suegra
- 6. Otro familiar
- 7. Amigo(a)
- 8. No aplica

(SI ASISTIO CON UNA PERSONA DIFERENTE A LAS MENCIONADAS PREVIAMENTE CONTINUE, SI NO PASE 81)

78. ASISTIO A CONSULTA PRENATAL CON OTRA PERSONA

- 1. Si
- 2. NO (pase 81)
- 8. No aplica

79. CON QUIEN ?

- 8. No aplica

_____ ...

80. PORQUE ?

- 88. No aplica

.....

81. DE QUIEN RECIBIO LA MEJOR ATENCION DURANTE SUS CONSULTAS PRENATALES ?

(especifique Institución y personal)

82. A QUE RELIGION PERTENECE

- 1. Cristiana y católica
- 2. Evangelista
- 3. Testigos de Jehová
- 4. Protestante
- 5. Ateo
- 6. Mormona
- 7. A ninguna
- 8. Otro _____ (especifique)
- 88. No aplica
- 99. No quiso contestar

83. LA RELIGION INFLUYE EN SU DECISION DE ASISTIR A CONSULTAS PRENATALES ?

- 1. Si
- 2. NO (pase 85)

84. PORQUE ?

- 88. No aplica
-
-

III. CONOCIMIENTO DE EMERGENCIAS Y COMPLICACIONES

85. DURANTE SU EMBARAZO PRESENTO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD ?

(Si en alguno de estos presentó y refiere un "porque", escribirlo al reverso de la hoja)

- | | | |
|-------|------------|-------|
| 1. Si | 1. Leve | 1. Si |
| 2. No | 2. Regular | 2. No |
| | 3. Grave | |

- Ver lucecitas el problema fue fue a la clínica porqué _____
- Zumbidos el problema fue fue a la clínica porqué _____
- Presión alta el problema fue fue a la clínica porqué _____
- Sangrados el problema fue fue a la clínica porqué _____
- Ausencia de movimiento del bebe el problema fue fue a la clínica porqué _____
- Hinchazón de las piernas el problema fue fue a la clínica porqué _____
- Fiebre el problema fue fue a la clínica porqué _____
- Dolor de cabeza el problema fue fue a la clínica porqué _____

86. CUANDO SE PRESENTARON ESTAS MOLESTIAS SUS FAMILIARES O AMIGOS LE ACONSEJARON ALGO ?

- 1. Si
- 2. No (pase 88)

87. QUE LE DIJERON

88. No aplica

88. QUIEN LA ACOMPAÑO ?

- 1. Nadie
- 2. Madre
- 3. Padre
- 4. Esposo
- 5. Hermana
- 6. Cuñada
- 7. Suegra
- 8. Amiga
- 9. Otro

89. CUANTO TIEMPO PASO DESDE QUE SU EMBARAZO SE EMPEZO A COMPLICAR Y RECIBIO USTED LA PRIMERA ATENCION MEDICA EN SU CLINICA U HOSPITAL

- 1. Minutos
- 2. Horas
- 3. Semanas

(Tiempo) (Número)

90. PORQUE DEJO PASAR ESE TIEMPO ?

88. No aplica

91. HUBO NECESIDAD DE QUE SE QUEDARA INTERNADA ?

- 1. Si
- 2. No (pase 93)

92. CUANTO TIEMPO ?

- 1. Minutos
- 2. Horas
- 3. Días
- 4. Semanas

88. No aplica

(Tiempo) (Número)

93. HUBO NECESIDAD DE ACUDIR A OTRO MEDICO O CLINICA ?

- 1. Si
- 2. No (pase 96)
- 8. No aplica

94. DE QUE INSTITUCION _____

95. A DONDE _____

96. CUANTAS VECES ACUDIO AL HOSPITAL PARA REVISION EN URGENCIAS SIN QUE LA HOSPITALIZARAN ?

97. PORQUE ?

_____

AGRADECEMOS SU COLABORACION A ESTE PROYECTO DE INVESTIGACION QUE SEGURAMENTE AYUDARA A MEJORAR LA ATENCION QUE EL I.M.S.S. PROPORCIONA A SUS DERECHAHABIENTES.

