



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA

LAS ACTITUDES DE RESPONSABILIDAD,  
SATISFACCION, HABITOS Y CREENCIAS DE LA  
MUJER EMBARAZADA, COMO FACTORES DE  
INFLUENCIA EN LA EVALUACION DE LA CALIDAD  
DE LA ATENCION PRIMARIA DURANTE  
LA GESTACION.

**REPORTE DE INVESTIGACION**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A N :**  
IGNACIA CARBAJAL CUMBRES  
No. DE CTA: 7942226-2  
ALICIA PEREZ JIMENEZ  
No. DE CTA. 7910657-9

GENERACION 1982-1985

DIRECTOR DE TESIS: M. EN I. S.S. HECTOR EDUARDO GONZALEZ DIAZ.  
Y LA ASESORIA DE LOS PROFESORES:  
MTRO. JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ.  
LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZAREZ.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

266857



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

*Al maestro Héctor Eduardo González Díaz:*

*Por su asesoría, disposición y tolerancia*

**A LOS PROFESORES:**

*Jorge Luis Salinas Rodríguez y*

*José Esteban Vaquero Cazares,*

*Por las observaciones realizadas.*

**A LOS QUE CONTRIBUYERON EN EL DESARROLLO DE ESTE ESCRITO:**

*Juan Manuel, Mario, Pablo, Yolanda y Fernando.*

**A MIS PADRES:**

*Por la oportunidad que me dieron de vivir y  
lograr llegar a este momento.*

**A MI HIJA ITZEL ARIADNA:**

*Es la motivación más  
grande de mi vida*

**A JUAN MANUEL, MI PAREJA:**

*Por su cariño, comprensión  
apoyo y perseverancia*

**A MIS HERMANOS:**

**ISABEL, PABLO, MARGARITA Y LOURDES,**

*Tratando de conservar la unidad  
y apoyarnos en los momentos difíciles.*

**A ALICIA, MI AMIGA:**

*Por su impulso para alcanzar una meta  
importante en nuestra vida.*

**† A MI PADRE:**

*De las enseñanzas de toda tu "humanidad", aplico para encontrar un equilibrio, lo más significativo de tus mejores momentos: el sentido del humor.*

**A MI MADRE:**

*En lo que corresponde, este escrito te pertenece.  
Gracias por tu esfuerzo, apoyo y compañía.*

**† A OTHON JORGE, MI HERMANO:**

*Te extraño. Tu serenidad, tu paciencia, tu presencia toda.*

**A MI HIJO OCTAVIO ARTURO:**

*Lucho todos los días por amarte y respetarte, sin embustes.*

**AMI COMPAÑERO JOSE ARTURO:**

*Deseo que compartas conmigo, las implicaciones de este ciclo que termina.*

**A MI HERMANA HORTENSIA:**

*Tu ayuda incondicional, es invaluable.*

**A MIS HERMANOS: VERONICA, FRANCISCO, LEONARDO Y SERGIO.**

*Su existencia, de una u otra manera, enriquece la mía.*

**A MI AMIGA IGNACIA:**

*En las buenas y las malas.*

*Alicia*

<b>INDICE</b>	<b>PAG.</b>
RESUMEN	
INTRODUCCION	1
1. DEFINICION DE CALIDAD	3
1.1. Calidad de Manufactura	4
1.2. Calidad en el servicio	6
2. CALIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD	9
2.1. Atributos de la calidad	12
2.2. Características de la calidad	14
2.3. Estructura, proceso y resultado	17
2.4. Satisfacción en el servicio de la salud	21
3. ATENCION PRIMARIA A LA SALUD	26
3.1. Atención primaria en la gestación	32
3.2. Protocolo del embarazo normal	34
3.3. La Norma Oficial Mexicana	39
4. FACTORES SOCIALES Y PSICOLOGICOS DEL EMBARAZO	43
4.1. La mujer en la sociedad mexicana	45
4.2. Concepto de embarazo	49
5. PAPEL DEL PSICOLOGO EN EL AREA DE SALUD	56
6. ACTITUDES	61
6.1. Medición de Actitudes	65
7. METODO	71

7.1. Sujetos	71
7.2. Aparatos	72
7.3. Procedimiento	74
8. RESULTADOS Y DISCUSION	77
9. CONCLUSIONES	94
9.1. Limitaciones y recomendaciones	98
10. BIBLIOGRAFIA	100
11. APENDICE	106

## RESUMEN

En el presente trabajo se analizaron las actitudes de responsabilidad, satisfacción, hábitos y creencias de la mujer embarazada, y su relación con la evaluación de la calidad en atención primaria durante la gestación y el parto. La asistencia a la consulta médica, la búsqueda de información acerca de la maternidad, la participación en general en éste proceso, así como la satisfacción hacia la atención médica y hospitalaria, además de la consideración de algunas prácticas, fue lo que se revisó de una población muestra de 120 mujeres que fueron entrevistadas después del parto en el área de Gineco - obstetricia del hospital "Maximiliano Ruiz Castañeda", durante un periodo de 6 semanas. Las características generales socio - económicas de estas mujeres fueron: la edad promedio de 22 a 23 años, el estado civil predominante la unión libre, la educación primaria terminada y en la ocupación, el trabajo en el hogar. Se observó una relación directamente proporcional entre las variables responsabilidad y satisfacción y la evaluación de la calidad de la atención médica recibida, asimismo se encontró una discrepancia en lo que estas mujeres suponen su función y lo que en la práctica es una participación deficiente. Las condiciones sociales, económicas y culturales predominantes de esta población contribuyen a debilitar aún más la efectividad de los servicios de salud en atención primaria.



## INTRODUCCION

La atención primaria a la salud materno - infantil se rige bajo los principios de otorgar un mejor servicio a la población más amplia, de disminuir los índices de mortalidad de la madre y del niño; así como del carácter preventivo en diversos aspectos de hábitos y cuidados relacionados con la salud, como son vacunación y planificación familiar, entre otros.

Existen también por una parte, la función de las políticas de salud, el estado financiero, la infraestructura, así como la ubicación geográfica de los hospitales y los centros de salud. Y por otra, los factores médicos, psicológicos y sociales del individuo, que impiden o posibilitan la efectividad de los servicios de salud. Por ello, en razón de la diversidad de aspectos que están involucrados en el sistema de salud institucional, es que hemos elegido algunas conductas específicas de una muestra de la población del área de Gineco - obstetricia, para analizar como evalúan las pacientes, como receptoras, la calidad del servicio de atención primaria, durante la gestación y el parto.

Partimos del supuesto que Donabedian (1984) aporta acerca de que el usuario es obstáculo o facilitador en el alcance de un estándar de un servicio, lo cual no significa que es determinante, como si lo es, el elemento técnico, es decir, la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, para el logro de la calidad.

En ese sentido, en el marco de la atención primaria a la salud (APS), analizamos el acercamiento de la mujer embarazada para solicitar este servicio y como en razón de la atención recibida, su responsabilidad, satisfacción, hábitos y creencias, influyen

para emitir un juicio u opinión sobre la calidad de la atención del servicio de salud. Consideramos para ello, el concepto de actitud enunciado por Munné (1986), como el conjunto de creencias (componente cognoscitivo), sentimientos (componente emocional) y tendencial (disposición conductual) de un individuo, que dan lugar a un determinado comportamiento.

Es decir, pretendemos demostrar con este trabajo, que en la medida en que la mujer se involucra en su proceso de embarazo y parto (participación, información, capacitación, prevención, entre otros), es que contará con mejores elementos para valorar de manera objetiva, la calidad del servicio de salud en atención primaria, que le es ofrecido institucionalmente.

## 1. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD.

La información acerca de las vertientes de este estudio que comenzamos es vasta y compleja. Calidad, Salud, Atención Primaria, Actitudes y Gestación, son conceptos que han sido y serán analizados seguramente desde diversas perspectivas, incluso ideologías. En este trabajo, la cuestión central es la evaluación de la calidad de un servicio. El servicio de la atención médica primaria (AMP) y específicamente su vinculación con las actitudes de la mujer, durante el proceso de gestación y parto.

Las direcciones para obtener tal propósito son de distinta naturaleza, por ejemplo la evaluación realizada a través de la misma administración institucional (Autoridades de la Salud), o bien el enfoque de los propios médicos y especialistas en el área. Sin embargo, en el caso que nos ocupa, pretendemos obtener resultados con relación a la opinión, que de la experiencia, el usuario - receptor (paciente), se ha formado sobre la atención en el servicio. Cómo, posiblemente el lector intuya las dificultades inherentes del caso, lo que nos lleva a hacer mención de la necesidad de detectar datos sobre acciones y asunciones de la mujer gestante relativas al proceso de su embarazo; así como información de la atención médica recibida o no, durante el mismo. De ahí la importancia de considerar la actitud(es) y su influencia sobre la evaluación de la calidad, sea de participación o motivación, entre otras, que en su momento conceptualizaremos.

Por ahora, revisemos la definición del concepto “calidad” según Ischikawa (1986), y que se refiere a la consideración (entendida como revisión y cumplimiento) del “todo” de un producto; o bien, de un trabajo, servicio, información, proceso, sistema,

empresa, objetivo o personas. Esto es, proporcionar un producto o servicio que satisfaga los requisitos de los consumidores, que tenga control de precios, utilidades y costos, control de producción; y además donde los niveles diferentes de empleados promuevan y participen todos para lograr el control de la calidad.

Ischikawa (1986) define el Control de la Calidad específicamente de la siguiente manera: “El desarrollo, diseño, manufactura y mantenimiento de un producto de calidad, que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor” (p. 40). Explica asimismo, que no es suficiente el cumplir con la serie de Normas Nacionales o Internacionales, que a menudo no son actualizadas o bien, presentan fallas.

### **1.1. CALIDAD DE MANUFACTURA.**

Hablando de las características de la calidad en un producto, la consideración de los defectos o fallas es muy importante; defectos menores, grandes o críticos deben ser valorados (calidad retrógrada), por lo que la orientación hacia las prioridades será un concepto indispensable en la aplicación del control de calidad. Las ventajas o mejoras, en cambio serán buenos argumentos de venta (calidad progresiva). Tanto para la investigación de productos, como para la determinación de defectos y fallas, Ischikawa (1986) propone un consenso o participación del fabricante y el consumidor; realizando consultas amplias y fijando límites permisibles para futuras referencias.

Otro aspecto que se considera de la calidad, es su distribución estadística dentro

de los lotes (grupos) de productos, además de aplicar un control de proceso e inspección. Al propósito de crear un artículo con un cierto nivel de calidad en la industria, se le llama calidad objetivo; y a la medida en que los productos reales se ciñen a la calidad del diseño, se le llama calidad de aceptación o calidad compatible. La discrepancia entre la calidad del diseño y la de aceptación implica defectos o correcciones; así, cuando la calidad de aceptación sube, el costo baja. En este sentido, si la calidad del diseño está a la altura de los requisitos del consumidor, las ventajas aumentarán provocando una economía de escala.

Para obtener el control de calidad, Ishikawa (1986) propone el llamado Círculo de Control, cuyos pasos son los siguientes: A.- Determinación de metas y objetivos (fijando políticas con justificaciones, datos e información por regiones o áreas prioritarias, y estableciendo metas que se expresen mediante cifras y términos concretos, sin indicaciones abstractas, pero sí buscando la integración de aquellas entre los diferentes empleados del organigrama). B.- Determinación de métodos para alcanzar las metas: normalización de métodos, conversión en reglamento y posterior incorporación a la tecnología y propiedad de la empresa; asimismo, el llamado proceso (conjunto de factores causales) ha de controlarse para obtener mejores productos y efectos. C.- Dotación de educación y capacitación: educar para delegar, establecer confianza y mayor control de supervisión. D.- Realización del trabajo: la experiencia y destreza como factores que compensan la imperfección de las normas y los reglamentos. E.- Verificación de los efectos de la realización: en cuanto a factores causales y de efecto en el "proceso" del control de la calidad; estratificación. F.- Elección de la acción apropiada: determinación de los factores causales para eliminarlos. Práctica de la prevención y no solo el ajuste de las causas.

Finalmente, Ischikawa (1986) antepone al control de la calidad una actitud de firmeza en las convicciones, espíritu de cooperación y de entusiasmo, confianza en uno mismo, y tácticas y estrategias para superar las dificultades.

## 1.2. CALIDAD EN EL SERVICIO

El paso inicial para aplicar el control de calidad es entender la naturaleza única y las características de los servicios que se están otorgando. Suponer que la función de la calidad es la misma en un producto manufacturado o fabril que en un servicio, es un error; los primeros están determinados por medidas físicas estrictas, los servicios son dominados por elementos humanos subjetivos (Rosander, 1989).

Los servicios, salvo algunas excepciones, no pueden medirse de la misma forma que las propiedades de los objetos o productos físicos, dado que su naturaleza es dinámica, no estática. Implica una función, no una estructura.

Los servicios no pueden almacenarse. “Una vez que se ha prestado un servicio, ya no existe. Puede repetirse, pero no recobrase. El servicio es un proceso, no un producto. Lo constituyen una serie de actividades afines, normalmente dominadas por la conducta humana. Los servicios están constituidos por componentes que pueden identificarse” (Rosander, 1989, p.46).

Los servicios no pueden inspeccionarse. No en el sentido literal de la expresión, sino sólo las condiciones y los productos físicos relacionados con el servicio, en razón de

estándares de cumplimiento.

La calidad no puede anticiparse. Es decir, la naturaleza de los servicios no puede determinarse de antemano, salvo en los casos en que se le haya prestado un servicio de la misma naturaleza al cliente. Éste no sabrá si el servicio es o no satisfactorio, si no lo recibe y pasa por la experiencia.

Los servicios no tienen una vida, pero sí una duración; los productos en cambio sí tienen una vida, al ser reparados y mantenidos.

Los servicios tienen una dimensión temporal. Esto es, ocurren en el tiempo. Un servicio consiste en una serie de actividades relacionadas en el tiempo, donde cada componente está sujeto al cumplimiento de la calidad.

Los servicios se prestan tras una solicitud. En este caso hay dos tipos de demandas: instantáneas y programadas.

Los servicios son más críticos en unas industrias que en otras. En este rubro se encuentra el sector salud, debido al deber de alcanzar la meta de error "cero".

Los servicios implican más que fiabilidad en los productos, fiabilidad humana. "La fiabilidad humana es el complemento del error humano, así el problema se reduce a controlar, corregir y prevenir el error humano" (Rosander, 1989, p. 48).

La calidad es tanto objetiva, como subjetiva. La calidad no es una técnica. "Es orgullo y pasión. Es compromiso de la dirección. Es gente. Es innovación. Es subjetiva" (Rosander, 1989, P.49). Es objetiva por lo que tiene que ver con las medidas, con lo observable, con objetos materiales y con la implicación de apreciaciones sensoriales. Y subjetiva por que le afectan las apreciaciones de la mente, las reacciones del sistema

## 2. CALIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD

Por su parte, la propuesta de Avedis Donabedian (1984), acerca de la calidad, se sitúa concretamente en el análisis del concepto y sus implicaciones, en el área de la atención médica. La siguiente exposición será referida específicamente al autor, cuya aportación es de un peso significativo en el campo de la salud.

En este marco, la calidad es definida como una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, y la evaluación será entonces el juicio sobre un caso específico de atención que implica esa propiedad y en que medida. A menudo hay confusión sobre la existencia de la calidad en la atención médica en sí, juzgándose directamente a las personas o al sistema donde se imparte.

Los aspectos técnico e interpersonal son componentes aún del “módulo” más simple y completo de la atención: el tratamiento que procura un médico al paciente ante cualquier enfermedad. El primero, es la aplicación de la ciencia y tecnología médicas y de otras ciencias de la salud al manejo de un problema específico de salud. El segundo, refiere la interacción social y económica entre el paciente y el facultativo. A esto último suele llamársele el “arte” de la medicina. Y las “amenidades”, el tercer concepto que expone el autor, se refiere a las características “ambientales” que rodean al paciente durante su estancia o atención en el consultorio o institución, cuya descripción abstracta es la comodidad, privacidad, cortesía, aceptabilidad, entre otras.

El grado de calidad lo describe, como la medida en que la atención otorgada alcanza un equilibrio entre riesgos y beneficios. Y el nivel de calidad, por el grado de



apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones, por ambas partes: los médicos y los pacientes.

El concepto unificador de Donabedian (1984) sobre la calidad, implica la atención que le procure el mayor bienestar al paciente, después de haberse efectuado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas. Es este sentido, el mínimo requerido es no causar ningún daño, hacer algún bien e idealmente procurar el máximo beneficio.

La calidad y cantidad de la atención en los servicios de salud conciernen tanto al sistema que las imparte, como al paciente que las recibe. Cuando la atención médica es proporcionada en cantidad insuficiente para el logro de la salud y bienestar del paciente, denota deficiencia en la calidad. Asimismo, cuando la atención es innecesaria o excesiva para contribuir a la salud o bienestar del paciente, además de que merma su condición individual y social en el uso vano de sus recursos (tiempo y dinero), se reducen las posibilidades de beneficiar a otros usuarios del servicio. Todo ello habla de acuerdo con el autor, de “descuido”, falta de juicio o desconocimiento del profesional responsable.

Costo monetario y calidad de la atención, no son factores que necesariamente impliquen una relación directamente proporcional. Es decir, no es un hecho que a mayor costo de la atención mayor calidad otorgada, si lo es en cambio, que habiendo proporción en el manejo de funciones, equipo, tamaño y personal acorde al servicio que se está ofreciendo, éste será más eficaz y sin desperdicio de recursos. La calidad por tanto cuesta, por lo que el costo monetario es un elemento de juicio relativo para su valoración.

El modelo unificador de Donabedian (1984), supone que las expectativas y valoraciones individuales, así como el costo monetario, son aspectos importantes que se

consideran en la definición de la calidad de la atención. La pregunta aquí es en qué términos deben serlo. Para el análisis de esta situación se observan diferentes definiciones de la calidad. Una definición llamada "**absolutista**", es la que implica que los profesionales de la salud, son los indicados para establecer el nivel de salud, dado que son ellos los que disponen del conocimiento y de cómo podría medirse su aplicación. Esta definición está condicionada entonces, por la naturaleza del problema de salud y por los alcances de la ciencia, la tecnología y el "arte" de la medicina, así como de sus disciplinas afines. En este mismo contexto, los factores costo monetario y expectativas y valoraciones del paciente, son considerados como obstáculos o facilitadores para alcanzar el estándar de calidad, sin modificar el estándar mismo.

La definición "**individualizada**", es aquella en donde los deseos, expectativas, valoraciones y medios del paciente son considerados importantes para establecer un juicio sobre la calidad. En la medida en que habrían de implicarse tan diversos elementos, se reducirá la posibilidad de formular criterios y estándares generalizables, es decir, en el sentido de que cada paciente es un caso, en el tipo y etapa de su enfermedad, así como en las características demográficas y sociales que influyen en el curso del tratamiento y la respuesta del enfermo.

El costo monetario para la definición de la calidad presenta otras aristas: cuando el paciente está aportando al menos una cantidad para su atención, equivale a afirmar que la capacidad del pago influye sobre el estándar de calidad, lo que conlleva a un compromiso "moral" para el médico que lo atiende, quien debe aceptar un beneficio a la salud, menor al que la ciencia médica puede conferir. "De hecho, cualquiera variación individual en la

evaluación de beneficios y riesgos, debida a factores sociales y económicos, cuya distribución entre la población puede considerarse injusta, crea un problema moral análogo. Así, la definición “absolutista” de la calidad es moralmente neutral, mientras que la definición “individualizada”, no lo es. A esto puede deberse que las declaraciones formales de los líderes médicos estén formuladas en términos de la primera definición, aunque la práctica real probablemente se adapta más a la segunda”, Donabedian (1984, p.19).

El médico tiene la responsabilidad y el compromiso de proporcionar al paciente la atención necesaria y al mismo tiempo su responsabilidad ante la sociedad o su dependencia de la aprobación social o institucional, le exigen en razón del costo monetario, *reducir hasta un cierto grado el máximo beneficio para la salud en un individuo dado.*

La definición “social”, que considera los mismos factores de la definición individualizada aunque en cantidades diferentes, nos habla de una distribución social de los beneficios a la salud entre la población, donde se contempla la valoración de la calidad en razón del sexo, edad y ocupación, entre otros aspectos. Lo cual refleja valores sociales, condiciones económicas o influencia y poder políticos. Así, las valorizaciones sociales pudieran deberse más a lo que es socialmente aceptado, que a lo socialmente justo. Lo que lleva a otro problema “ético”: fijar límites a la atención de algunas personas, para servir mejor a otras o beneficiar a quienes gozan de privilegios económicos o influencias políticas.

## 2.1. ATRIBUTOS DE LA CALIDAD.

Por otra parte, los conceptos **accesibilidad**, **continuidad** y **coordinación** son

atributos determinantes en la calidad de la salud. La accesibilidad se refiere a la facilidad con que se inicia y se mantiene la atención. Depende de las propiedades de los proveedores (instituciones o individuos) que la facilitan y también de la habilidad de los usuarios potenciales para vencer obstáculos financieros espaciales, sociales y psicológicos que se interpongan a la recepción de dicha atención. La **accesibilidad**, sería la adaptación entre los proveedores y los clientes que facilita su unión. Lo que influirá en la calidad de la atención, en razón de la cantidad y el tipo de servicios recomendados por los profesionales y aceptados por el paciente; y por la distribución social de los servicios y sus beneficios, aquí, el riesgo sería también el caer en una atención excesiva, perjudicial o costosa.

La **continuidad**, por su parte, significa la no interrupción de la atención necesaria y el mantenimiento de la relación entre las secuencias sucesivas de la atención médica. Un rasgo básico de este punto, es la preservación de la información acerca de los hallazgos, evaluaciones y decisiones previas y su empleo para el manejo actual de la atención al padecimiento, de tal forma que refleje estabilidad de los objetivos y métodos del tratamiento, o bien su evolución ordenada y razonable.

La **coordinación** es el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica ante cualquier secuencia de atención, se acoplan entre sí dentro de un propósito general. La coordinación también implica el compartir información necesaria entre los proveedores, para el logro de un esquema coherente de tratamiento.

Se supone que la continuidad y la coordinación de la atención procuran una mejor comprensión del problema médico del paciente, de su situación en general y de sus valores y expectativas; lo que conduce a tomar decisiones clínicas más adecuadas y a la

participación efectiva del paciente, así como a su satisfacción, amén de que evitando la duplicación, los costos se reducen. En suma, la accesibilidad, la continuidad y la coordinación son atributos de la atención que influyen sobre su calidad, pero no son criterios para definirla.

## **2.2. CARACTERISTICAS DE LA CALIDAD.**

En otro punto, en el análisis de los recursos encontrados en estudios empíricos realizados sobre la calidad de la atención valorada por los pacientes, Donabedian (1984) extrae una serie de características propias del concepto hacia esa atención y sus implicaciones: médicos, personal de apoyo, lugar, ambiente, entre otros; exponemos a continuación las más sobresalientes:

### **Del médico:**

Bondad

Seguridad

Competencia profesional y científica

Cordialidad

Trato personal

Comunicación

Inteligencia

Personalidad

Respeto

Activo

Reflexivo y cuidadoso

Atento

Entereza y minuciosidad

No rutinario

Aplicación de pruebas objetivas

Admisión de incertidumbre

Conocimiento

Afecto

Familiaridad

Interés en el paciente

Conocimiento en beneficio del paciente

No brusco ni precipitado.

**Del paciente:**

Autonomía

Sumisión

Pasividad

Participes del hospital, con derecho a informarse y

Toma de decisiones.

**Del hospital**

Lugar adecuado para la cura de la enfermedad.

Lugar de recepción de cuidado y atención.

Ambiente del hospital: ruido, falta de limpieza,  
comida insípida.

Amenidad y confort.

Si bien es cierto que los pacientes de las clínicas son capaces de distinguir entre las amenidades de la atención y la competencia médica, entre ésta y la atención personal del médico existe mayor dificultad para visualizarla, Hulka y colaboradores (1971) en Donabedian (1984), emplearon una escala clasificada en tres categorías. 1.- Cualidades personales de los médicos. 2.- Competencia profesional y 3.- Costo conveniencia. El resultado es que las tres categorías de la escala estaban significativamente correlacionadas entre sí, aunque había una mayor correlación en los juicios sobre las cualidades personales y competencia profesional.

Por su parte, los profesionales tienden a definir la calidad en términos de las actividades clínicas en detalle, para la atención del paciente resaltando el manejo técnico. Los resultados de los estudios efectuados en relación con su conceptualización acerca de la calidad de la atención son:

- Omisión de los efectos de la atención sobre la salud.
- Satisfacción del paciente.
- Poca o menor importancia hacia los recursos y habilidades médicas.
- Decisiones y conductas de los profesionales que rindan el más alto

beneficio neto para los individuos y la sociedad.

En un estudio hecho a médicos internistas se observaron beneficios y daños de la atención clasificados en categorías: función física, función psicológica, función social, actitudes y comportamiento, así como costo monetario. La interpretación fue, que aún los internistas bien informados dan énfasis a la salud física, no así a las funciones psicológicas ni sociales, como indicadores críticos del éxito o fracaso en la actuación. Una variable muy importante es la incapacidad de los médicos para estimar el riesgo, además de atender más los resultados inmediatos que las expectativas futuras.

En suma Donabedian (1984), estima que de todos los estudios empíricos realizados, la calidad de la atención médica se define en términos no de las consecuencias de la atención, sino de los atributos de los proveedores y su comportamiento.

En estudios sobre las cualidades de un médico o una clínica se desprenden tres amplias categorías de atributos: amenidades del lugar, interacción personal y competencia técnica.

La diferencia en el valor que tanto el paciente como el profesional les asigna a cada uno de aquellos factores es distinta sólo en grado y de acuerdo al contexto en que se encuentren; sin embargo los tres son considerados invaluableles en la relación médico-paciente.

### **2.3. ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO.**

A la serie de actividades que se realizan por y entre profesionales y pacientes, se



le llama **Proceso**. Objeto primario de la evaluación de la calidad. A las características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos a su alcance y los lugares físicos y organizacionales donde trabajan se le llama **Estructura**. Este concepto incluye los recursos humanos, físicos y financieros; así como el número, distribución y calificaciones del personal profesional; además del número, tamaño, equipo y disposición geográfica de los hospitales e instalaciones. De mayor peso es todavía la organización del financiamiento y la prestación de servicios de salud, y la revisión de su calidad.

Las características básicas de la estructura son su estabilidad relativa, su funcionalidad para producir atención y su influencia sobre la clase de atención que se proporciona. La estructura es significativa para la calidad en la medida en que aumenta o disminuye la probabilidad de una buena atención. La relación estructura - calidad está dada en la planeación, diseño y práctica de sistemas que procuren servicios de salud. La estructura no es pues, considerada un indicador significativo para la evaluación de la calidad.

**Los resultados**, es otro rubro que plantea el autor como enfoque para evaluar la calidad de la atención. Se refiere al cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente, que es atribuido al antecedente de la atención médica; ese cambio será observado en el área social y psicológica del individuo, así como en los aspectos físicos y fisiológicos. Además de las actitudes del paciente (como su satisfacción), el conocimiento que haya adquirido sobre la salud y el cambio en su comportamiento relacionado con la misma.

Dentro de esta categoría de los “resultados”, la satisfacción del proveedor y la

satisfacción del paciente son medidas de la efectividad del sistema de salud, Freeborn y Greenlick, (1973), en Donabedian (1984). Ellos hacían una distinción “útil” entre el estudio de las actitudes y el estudio de los comportamientos como alternativa para valorar la satisfacción de los pacientes y los proveedores. En cuanto a los resultados relacionados con el paciente, clasifican los siguientes aspectos:

**Cognoscitivos.** Conocimiento del paciente acerca de su problema actual de salud y su tratamiento; conocimiento de problemas de salud en general y conocimiento de cómo continúa recibiendo la atención.

**De Actitud.** Sentimientos y actitudes relacionadas con lo mencionado en el área cognoscitiva. Juicios sobre los lugares, el proceso y el resultado de la atención.

**Conductuales.** a) Uso de los servicios de salud en una situación específica y en general; búsqueda de atención oportuna, el volumen de servicios, la adhesión al régimen de atención, las fuentes de atención y la estabilidad de la relación paciente-profesional. b) Promoción de la salud referida al problema específico y en general incluyendo cambios en la dieta, actividad y descanso. c) Estado de salud, incluyendo movilidad, morbilidad, incapacidad y desempeño en los dominios físico-fisiológico, emotivo-psicológico y social.

Donabedian (1984) afirma, que actualmente es más aceptable y creíble la evaluación basada en los resultados, que la realizada en el proceso del sistema de salud.

Cuando se establece la relación causal entre proceso y resultado, cualquiera de los dos puede emplearse para hacer inferencias válidas sobre la calidad, pero si esa relación causal no ha sido establecida, ninguno podrá emplearse. De ello dependerá la “validez atribucional” de la calidad de la atención, donde habrá de revisarse a que se

atribuyen los resultados observados. La validez “causal” se refiere a la capacidad de algunos procesos **específicos**, de producir resultados específicos, bajo condiciones específicas. Otro tipo de validez es la “normativa”, donde el médico no es responsable de la eficacia de los procedimientos que emplea, sino lo es al seleccionar entre los disponibles, lo más eficaz. Como la validez normativa se apoya en el consenso profesional, también se le llama validez “consensual”.

Conceptos como la sensibilidad y la especificidad son centrales para la validez de toda medición. La especificidad de algunos resultados de los cuales se hacen inferencias acerca de la calidad de la atención tiende a ser baja, ya que factores ajenos a la atención médica influyen sobre la salud. La especificidad entonces, depende del establecimiento previo de validez causal y atribucional. Sin embargo, persiste la dificultad para determinar que elementos del proceso contribuyeron o no a alcanzar los resultados esperados; por ejemplo, los resultados más específicos son las mediciones fisiológicas.

En cuanto a la sensibilidad de los resultados como mediciones de la calidad, depende de la manera como responden a las diferencias o los cambios en la atención. Para ello, habrán de considerarse dos cosas: la frecuencia con la que se observa un cambio en el resultado (positivo o negativo) y la magnitud de dicho cambio. Por tanto, la sensibilidad y la especificidad de los elementos del proceso variarán de acuerdo a que resultados se eligen como objetivos de la atención y los criterios legítimos de un éxito.

En el análisis del proceso está la primacía de los profesionales que son los “depositarios técnicos”, así como los que generan y controlan la información necesaria

para evaluarlo. En los resultados, el énfasis está en los pacientes, que generalmente están interesados en aquellos, es posible que entiendan su significado en términos funcionales y son ellos con bastante frecuencia, la mejor fuente de información.

En cuanto al "proceso", en el punto de la interacción paciente - profesional, son también la fuente más autorizada acerca de los criterios, estándares e información, que conciernen a ese punto de la atención médica.

## **2.4 SATISFACCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD.**

Parte importante de la relación médico-paciente es la variable satisfacción, la cual normalmente se ha detectado por medio de cuestionarios que arrojan datos subjetivos. Sin embargo, en un estudio de Kirigin (1974), se reportó una correlación muy alta entre la satisfacción y efectividad de un programa; y una correlación alta también entre no satisfacción e ineffectividad (Ayala, 1979).

Usualmente, las técnicas para medir la satisfacción de los usuarios o pacientes, se derivan de la metodología para medir actitudes. Los cuestionarios e instrumentos para medición de la satisfacción en investigaciones de salud, se han ido enriqueciendo, por la aportación de los psicólogos en el manejo de la actitud (Ayala, 1979).

Los pacientes, por su parte, contribuyen individual y colectivamente de diversas formas a la definición de la calidad. Una de ellas, es el determinar el valor que debe darse a los beneficios y riesgos esperados para la salud. Otra, es con relación a sus valores y

expectativas acerca del manejo del proceso interpersonal (médico-paciente). En este contexto, son los pacientes los definidores primarios de lo que significa la calidad. Estas consideraciones implican la satisfacción del usuario, como un componente importante de la calidad de la atención médica. La satisfacción/ insatisfacción vendría siendo más bien una consecuencia y no un atributo de la atención. Por lo que la satisfacción puede considerarse como un elemento psicológico, lo que lleva a que el logro de la máxima satisfacción alcanzable sea un objetivo de la atención. Lo cual puede aprovecharse para que el paciente coopere eficazmente en el tratamiento y acceda posteriormente al servicio.

Según Donabedian (1984), este concepto también puede considerarse como un juicio de la calidad o la "bondad" de la atención. Referido a los escenarios y "amenidades" del servicio, a aspectos del tratamiento técnico, a características de la atención interpersonal y a las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas o sociales de dicho cuidado. Siendo una importante medida de la calidad de la atención, al proporcionar información sobre el éxito del profesional en alcanzar sus valores y expectativas, resulta entonces la satisfacción, un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación en los servicios de salud.

En cuanto a las limitaciones de esta forma de evaluación de la calidad de la atención, tenemos un nivel mínimo de comprensión acerca de la ciencia y tecnología por parte del paciente; o bien las expectativas desmedidas (desproporcionadas) acerca del estado de la salud, lo cual por necesidad en el proceso médico-paciente, vislumbraría una falla en la "educación" del usuario.

Así, en razón de los términos en los que se esté dando la satisfacción en el

paciente, habrá de considerarse o no, como criterio de inclusión para definir la calidad de la atención, sobretodo si es resultado de un beneficio de la atención con base al balance de beneficios y daños a la salud (núcleo fundamental de la definición de la calidad). “En la medida en que la satisfacción del paciente contribuye a otros beneficios porque influye sobre el acceso o la adhesión al régimen de cuidado, ocupa una posición secundaria en la definición de la calidad, ya que los beneficios a los que contribuye pueden ser valuados más directamente.

En la medida en que la satisfacción es un juicio sobre la calidad de la atención no forma parte de la definición de la calidad, pero constituye la mejor representación de ciertos componentes de la definición de la calidad especialmente de aquellos que *conciernen a las expectativas y valoraciones del paciente*” (Donabedian, 1984).

Por otro lado, la satisfacción del profesional es en parte un juicio acerca de la “bondad” propia del lugar y condiciones donde él trabaja, a la atención que proporcionan colegas y a la que él mismo proporciona; en este orden, la satisfacción del profesional es o un factor causal de buena atención o un juicio sobre la bondad de la misma. En ninguna circunstancia será un componente de la definición de la “calidad” en sí misma.

La definición de la calidad recae en el grado en el que los intereses de los pacientes han sido atendidos, pero también en el de los profesionales. En este sentido la satisfacción del profesional es un criterio de la calidad de ciertas características y funciones de la organización.

Finalmente, en relación a la definición de la calidad, Donabedian (1984) resalta a manera de conclusión, los siguientes aspectos:

1.- El núcleo esencial de la definición de la calidad es el balance de los beneficios y daños a la salud del paciente.

2.- *La importancia de comparar los daños y beneficios, ante la valoración del paciente bien informado.*

3.- La supresión de cuidados innecesarios (reducción de costos).

4.- La eficiencia de la producción en la medida en que está determinada por factores ajenos a las decisiones del profesional; en el manejo de los pacientes individuales debe excluirse de la definición de la calidad, sin restarle su debida importancia.

5.- Las valorizaciones sociales sobre beneficios y riesgos a la salud habrán de excluirse si difieren de las valoraciones individuales, a fin de no evitar la "lealtad" del profesional sobre el paciente individual. Estas valoraciones sociales que difieren de las individuales, habrán de expresarse o canalizarse por medio de la asignación de recursos (estableciendo programas especiales).

6.- La responsabilidad de los profesionales implicaría por tanto, hacer por cada paciente lo más que pudieran en el marco de las restricciones y recursos sociales.

7.- El único elemento en la definición de la calidad que sigue siendo más problemático, es el papel que juegan los costos monetarios en relación a los beneficios netos de la salud. La salida será solo a través de la acción social; esto es, mayor responsabilidad por parte del sistema, hacia los intereses de cada paciente. Lo que a su vez pudiera crear una cierta tensión entre el profesional y los mecanismos de control social, implicando un conflicto en las definiciones individualizada y la social de la calidad.

La solución a dicho conflicto, será que los costos directos o indirectos de la

atención sean sufragados por la sociedad y responsabilizando al profesional del bienestar de un grupo de personas. Es suma, todas las personas tendrían igual acceso a la atención, contribuyendo a los costos de la misma en forma equitativa a su capacidad de pago. Así, ante una cantidad dada de recursos destinados a la atención médica, la más alta calidad de atención produciría la mayor utilidad neta para la población entera.



### 3. ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD.

La atención primaria a la salud (APS), se define como un esquema de servicios al alcance de todos los individuos, las familias y la comunidad. Los principios rectores de esta estrategia son la equidad en la distribución de recursos, la tecnología apropiada y la participación comunitaria. Los servicios básicos que incluye son: el fenómeno de una adecuada nutrición, disposición de agua potable, servicios de saneamiento básico, atención a la madre (incluida la planificación familiar) y al niño; inmunizaciones contra las enfermedades previsible por vacunación, prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; educación sobre los principales problemas de salud y sus métodos de prevención; tratamiento apropiado para las enfermedades y traumatismos comunes, y suministro de medicamentos esenciales. Todo ello supone la aceptación y participación de los individuos, además del costo para la sociedad y el país.

En atención primaria a la salud para la infancia, un objetivo fundamental es el de obtener cambios de mayor permanencia, como aquellos ligados a la concepción y actitudes ante la salud y enfermedad, y sus factores determinantes (higiene, alimentación, entre otras). Por ejemplo, paquetes de salud orientados a la prevención de la desnutrición, con intervenciones de suplementación nutricional a madres embarazadas y niños; educación nutricional para proporcionar lactancia materna y suplementación al tercer mes con alimentos molidos y limpios; colateral a la atención médica, (rehidratación oral y empleo de medicamentos), la promoción de higiene personal, inmunizaciones y espaciamiento de por lo menos 30 meses entre nacimientos, ha dado lugar a una disminución sustancial del

problema de la desnutrición.

Algunos problemas en la calidad de la atención pueden influir en los niveles de sobrevivencia en la infancia. Tal es el caso de la ausencia o deficiencia de programas educativos, orientados a sensibilizar a la población para identificar signos de gravedad en padecimientos diarreicos o de vías respiratorias que da lugar a que el paciente sea llevado tardíamente al servicio. O bien, la relativa eficacia de la atención prenatal para reducir el bajo peso al nacer, que se derive de la ausencia de objetivos específicos para detectar tempranamente, crecimiento intrauterino deficiente y signos tempranos de parto prematuro.

Los patrones de la atención médica del parto, específicamente la inducción y conducción, la aplicación de fórceps y la vía de nacimiento vaginal o abdominal, se sabe *que tiene efectos positivos en la salud perinatal, y que con frecuencia salvan vidas de niños comprometidos en el proceso de nacimiento.* Sin embargo, cuando su indicación no está justificada o la aplicación se realiza sin las condiciones óptimas de infraestructura, los riesgos de producir daño o muerte pueden ser mayores que si no se interviene. Es indudable entonces, que el éxito de los servicios médicos establecidos y de los programas de atención rural exigen y dependen de la participación comunitaria.

En el sector internacional, existe el reconocimiento de que la participación comunitaria es un componente esencial de la atención primaria a la salud, lo cual tienen su origen en el éxito del Sistema de Salud Chino.

En el caso de nuestro país, sin embargo, se da por establecida la necesidad de incorporar la participación de la comunidad en todo el proceso de atención a la salud, desde un diseño, hasta su evaluación; lo que requiere de un proceso complejo de planeación y una

etapa de educación que garantice una participación informada. Para tal fin es necesario contemplar la situación económica y social de México, es decir, en lo que corresponde a la formulación de políticas de Salud y de Investigación. En el Taller Internacional de Teotihuacán, (Badía, 1989) se proponen las siguientes estrategias:

**De políticas de salud:**

**-Mecanismos de protección en la asignación presupuestal a los programas de salud de atención primaria de madres y niños pequeños.**

**- Reorientar inversiones de capital en programas de atención primaria.**

**- Aumentar el porcentaje de mujeres que sean atendidas por médicos o paramédicos adiestrados.**

**- Reforzar los programas de planificación familiar en áreas rurales.**

**- Programa de inmunización a por lo menos el 80% de la población.**

**- Fomentar el uso de la rehidratación oral en enfermedades diarreicas.**

**- Fomentar la lactancia materna y la debida introducción de alimentos.**

**- Sensibilizar a la población para identificar signos de gravedad y su oportuna asistencia a atención primaria.**

**- Frenar el exceso de intervención obstétrica, en área urbana.**

**- Incorporar a los principios de APS, uno sobre "Garantía de calidad de los servicios médicos".**

**-Redefinir los contenidos de la atención prenatal, incorporando intervenciones o procedimientos nuevos eficaces.**

**-Promover la participación comunitaria a través de la descentralización de**

la toma de decisiones y financiamiento de servicios.

De políticas de Investigación:

- Incorporar al presupuesto, una partida para la investigación evaluativa y de innovación.
- Fomentar la formación de grupos interdisciplinarios de investigación para el estudio de los factores que determinan la interrelación entre los servicios y la población.
- Asegurar que los resultados de las investigaciones lleguen a los responsables de la toma de decisiones y a altos niveles.
- Promover el financiamiento y realización de investigación en las áreas prioritarias y más desprotegidas.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) contempla la existencia o consideración de las siguientes características de salud para todos los individuos:

- Que la cobertura sea universal, es decir, que sirva a todos los habitantes, todo el tiempo en las distintas etapas de su ciclo vital.
- Que los servicios sean apropiados, eficaces y aceptables y que puedan financiarse.
- Que las actividades de salud comprendan la promoción, prevención, curación y rehabilitación, como componentes de un mismo programa, y
- Que los servicios incluyan las comunidades, con el fin de promover la autoconfianza y disminuir la dependencia.

El concepto de salud para todos requiere de una interpretación ética y una

operacional (Horwitz, 1985). La primera implica un problema de moral colectiva y de responsabilidad compartida, que refleja el sentido de equidad o justicia social. Es decir, la igualdad de oportunidades de todos los habitantes a la mejor calidad de atención de que disponga una sociedad determinada, cada vez que la necesiten. Este planteamiento supone dos problemas, entre otros: a) las diferencias entre los factores de riesgo de enfermar y morir, que obliga a establecer prioridades cuando los recursos son limitados y b) la posibilidad de proporcionar servicios. Ambos problemas corresponden al proceso de planificación.

La interpretación operativa antepone, el propósito de la atención primaria de garantizar la accesibilidad de toda la población al sistema de servicios de salud, con preferencia para los grupos de alto riesgo. Esto es: accesibilidad geográfica, económica, funcional y cultural. En este sentido, la atención primaria es por tanto, parte integral y operativa de cualquiera de los niveles del sistema de salud.

La situación de salud en México y específicamente de la atención primaria, no se reduce únicamente a los ámbitos político y económico del momento, que ya en si encierran una postura reacia, sino que para incrementar la calidad del servicio hace falta un cambio de actitud de la propia sociedad mal informada, poco participativa y con bajos niveles de higiene y salubridad individual y colectiva. Lo que amerita un mayor nivel de responsabilidad del individuo, con respecto al cuidado de su propia salud (ámbito psico-social).

La ciudad de México es la urbe que presenta el mayor asentamiento humano del mundo, concentra el 20% de la población total del país, según Castañón, Ramírez y

Chávez (1991). Su problemática en el servicio de salud presenta las siguientes características: estructura sin planeación, sin coordinación y sin distribución acorde con las necesidades de la población; ubicación de su infraestructura en sitios de mayor acceso y en zonas con población de estratos socioeconómicos medios, lo que ocasiona desprotección a grupos sociales más necesitados; y falta de uniformidad en los servicios médicos para prestar atención de calidad a toda la población.

La diversidad de servicios médicos: sector público a población abierta, seguridad social, beneficencia; privados y especiales, ha propiciado la duplicidad de atención, el dispendio de recursos y pérdidas graves en su operación, funcionando no como sistema articulado, sino como conglomerado disperso. “La elevada centralización de funciones en áreas de alta especialidad, motiva el flujo alto de pacientes a los hospitales, ocasionando que no solo no se preste la atención específica para la que están programados, sino que además haya que distraer recursos en la atención de problemas que deberían ser tratados en los otros niveles de atención,” (Castañón, et al. 1991).

El crecimiento desordenado ha propiciado que lo previsto para la presentación de servicios públicos sea insuficiente, lo que genera factores determinantes en las condiciones de salud. Los servicios de salud ineficazmente coordinados provocan vacíos de cobertura, desperdicios de recursos (materiales y humanos), duplicación de funciones y deficiente calidad.

A menudo para combatir el problema salud - enfermedad, se hace necesario realizar actividades educativas sanitarias, de fomento de empleo, del transporte, entre otros. Lo que sugiere un trabajo multidisciplinario en áreas de un avance continuo y de

mayor calidad.

### **3.1. ATENCION PRIMARIA EN GESTACION.**

El control del embarazo normal habrá de ser enmarcado dentro de la preparación para la maternidad, lo que implica un proceso continuo que debe iniciar en la familia y la escuela, reforzándose en el período preconcepcional y durante la gestación, (Batalla, García, Pérez y Sánchez, 1986).

Estos autores señalan que la educación para la salud en la adolescencia, debe incluir la paternidad y maternidad responsables. El otorgar prioridad a la atención adecuada de la embarazada, influirá sobre el estado de salud de las mujeres, los niños y la familia en general.

Los factores que surgen antes, durante y después del parto influyen sobre la salud de la madre y el recién nacido. De hecho, una buena asistencia de la embarazada tiende a mejorar la viabilidad del feto, disminuyendo tanto la mortalidad perinatal, como la morbimortalidad materna. Ambos factores son en gran medida susceptibles de ser prevenidos a través de los servicios y tecnología disponibles.

La atención prenatal, resulta una estrategia efectiva para reducir el porcentaje de nacimientos con bajo peso al nacer; a pesar de que se ha demostrado que mujeres embarazadas con características biológicas y sociales favorables, que acuden temprana y regularmente a la consulta prenatal, responde a la alta correlación entre las consultas y un

desenlace satisfactorio del embarazo, aún es necesario investigar y dar seguimiento al efecto real de la atención médica prenatal.

Por ejemplo, las intervenciones nutricionales que se basan en la suplementación para elevar la reserva de energía en la madre denotan su efectividad en la reducción del bajo peso al nacer. Sin embargo, esto es más efectivo en poblaciones con serias carencias, y menos, en poblaciones urbanas con reserva energética en promedio satisfactoria.

Los servicios médicos perinatales, evidencian un efecto positivo en las probabilidades de sobrevivencia perinatal; lo que posibilita dar seguimiento a las intervenciones tales como: la operación cesárea, la aplicación de fórceps, la inductoconducción, etcétera, que involucran riesgos potenciales a la salud del recién nacido.

Batalla (et al. 1986), afirman que en ciudades de América Latina, la cobertura de los servicios médicos es sumamente alta y que las tasas de intervención obstétrica, con frecuencia, son injustificadamente elevadas. Lo que agregado a la ausencia de programas de garantía de calidad y la creciente participación de personal médico en preparación, origina serios problemas de calidad en la atención. Esto a su vez interfiere significativamente en la sobrevivencia perinatal.

Contrariamente al área urbana, en México existen comunidades sin acceso a la atención médica durante el parto, lo que supone que una posible solución sea la promoción de métodos alternativos al servicio hospitalario de la atención del parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) por otra parte, define el factor de riesgo como "toda característica o circunstancia determinable de una persona o grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, está asociada a un riesgo anormal de



aparición o evolución de un proceso patológico, o de afección especialmente desfavorable de tal proceso”, (Batalla, et al. 1986). La mortalidad neonatal disminuye si la primera visita prenatal se realiza tempranamente, si los controles médicos durante la gestación son suficientes y si la mujer es atendida durante el parto en un servicio hospitalario adecuado.

Se da por establecido que en todas las sociedades las madres y los niños forman parte de los grupos más vulnerables a la enfermedad, la incapacidad y la muerte; esto como consecuencia de las características particulares del embarazo o de la edad infantil.

En atención primaria, es el médico quien debe confirmar la gestación, por lo que habrá de estar entrenado para determinar los riesgos personales previos al embarazo que se pudieran dar en la mujer. Si el caso lo amerita, se hará necesario el control de la gestación por el especialista en tocoginecología. En caso contrario, en la mayoría de los embarazos, la mujer estará exenta de factores de riesgo y habrá de ser controlada por el médico de familia y el personal de enfermería.

La OMS recomienda que al llegar la semana 28 de la gestación, el ginecólogo someta a la mujer y al feto a un balance completo y a un examen cuidadoso. Si hubiese factores de riesgo secundarios, cabe la posibilidad de derivar a la mujer para su control en el nivel secundario o terciario de asistencia médica. Enseguida mencionaremos los puntos que habrán de valorarse en dicho control.

### **3.2. PROTOCOLO DEL EMBARAZO NORMAL.**

A propósito de los factores de riesgo previos a la concepción, se expone a

continuación el contenido del protocolo para el seguimiento y control del embarazo normal, de Batalla (et al. 1986).

- \* Edad menor de 16 años y mayor de 35 años.
- \* Estatura de 1,45 o menos.
- \* Obesidad mayor al 20% del peso teórico.
- \* Peso menor de 45 Kilogramos.
- \* Anomalia pélvica.
- \* Multiparidad de mas de 4 embarazos.
- \* Mujer soltera que no desea embarazo.
- \* Nivel socioeconómico deficiente.
- \* Analfabetismo.
- \* Período intergenésico menor de 12 meses.
- \* Cardiopatía.
- \* Esterilidad previa superior a un año.
- \* Incompatibilidad RH.
- \* Anemia grave.
- \* Lúes.
- \* Antecedente de embarazo ectópico.
- \* *Antecedentes obstétricos desfavorables (una o más muertes fetales o neonatales, prematuros, malformados, otras cesáreas, etc.).*
- \* Antecedente de “bajo peso al nacer”.
- \* Antecedente de feto macrosómico. (más de 4 Kilogramos.)

- \* **Antecedente de 2 o más abortos espontáneos.**
- \* **Patología materna asociada grave (diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, epilepsia, cardiopatía, entre otras.)**

**Protocolo de factores de riesgo en el curso del embarazo:**

- \* **Fumadora de 10 o más cigarrillos/día.**
- \* **Toxoplasmosis.**
- \* **Rubéola.**
- \* **Lúes.**
- \* **Pielonefritis.**
- \* **Control de gestación insuficiente (3 o menos visitas).**
- \* **Embarazo múltiple.**
- \* **Hemorragia vaginal.**
- \* **Diabetes gestacional.**
- \* **Estados hipertensivos del embarazo.**
- \* **Anemia grave.**
- \* **Patología asociada grave.**
- \* **Placenta previa.**
- \* **Hidramnios y oligoamnios.**
- \* **Retraso del crecimiento uterino o fetal.**
- \* **Amenaza de parto prematuro.**

- \* Rotura temprana de membranas.
- \* Malformación fetal.
- \* Presentación fetal viciosa.
- \* Embarazo de 40 o más semanas.
- \* Trabajo industrial con tóxicos.

En general, el control del embarazo normal debe iniciarse lo más precozmente posible y con una periodicidad mensual, a excepción de casos de riesgo. El objetivo es comprobar la normalidad de la gestación y la detección de alteraciones que deriven a un servicio más especializado.

Durante la primer visita se deberá practicar la anamnesis y la exploración física. La primera incluye la determinación de que el embarazo sea o no deseado, la ingesta de anovulatorios inmediatamente antes o al comienzo de la gestación, el uso del dispositivo intrauterino (DIU), para indicar su extracción; infecciones vulvovaginales y etiología, fecha de la última regla (FUR) y fecha del primer gravindex positivo. La exploración física implica la revisión y análisis de una amplia gama de procedimientos clínicos. Desde esa primer visita se debe iniciar la educación sanitaria.

Las visitas sucesivas se continuarán mensualmente hasta la semana 36 y bisemanalmente hasta la 40. En cada una de ellas se valorará el estado físico y psíquico de la gestante y continuar con la educación sanitaria. A partir del tercer mes debe remitirse a la mujer a un grupo de preparación psicoprofiláctica al parto.

En una gestante con embarazo normal, sin factor de riesgo específico y con una evolución correcta de su embarazo, es adecuado practicar dos ecografías (ultrasonido); la

primera a las 12 semanas, para determinar la situación de la placenta y la detección de posibles malformaciones congénitas; y la segunda, entre la semana 32 y la 36, para valorar la normalidad del crecimiento fetal.

Batalla (et al, 1986), consideran recomendable para el control del puerperio, que a los 10 o 12 días del parto, el profesional de enfermería realice una visita a la mujer, en su domicilio, para valorar las condiciones físicas, psíquicas y sociales de la madre y su hijo. En nuestro país en cambio, tal seguimiento no existe, por lo que indicación generalizada es que la madre acuda al servicio médico para su revisión.

En cada una de las consultas a las que acuda la mujer habrá de tenerse presente el perfil psicológico en las diferentes etapas de la gestación. Es un deber médico, la valoración permanente en el transcurso del embarazo de factores determinantes de la conducta de la paciente, que se verán reflejados en la disposición de participar activamente en el proceso y por lo tanto en sus resultados.

En el primer trimestre es necesario valorar el grado de aceptación que tiene la mujer de su embarazo, la vivencia de los anteriores, y las motivaciones patológicas si existieran para el presente. Sus reacciones serán reflejo de si el embarazo es o no deseado. Es común que se den en este período sentimientos encontrados de aceptación y rechazo hacia el producto, por lo que habrá de propiciarse que se externen temores, dudas, etc. También se observa una ansiedad de tipo confusional, al no saber que ocurre con y en su cuerpo. Por lo que se hace necesario explicar a la gestante una serie de datos que le clarifiquen el curso de ese proceso: fecundación, cambios corporales, actividades a realizar, actividad sexual en el embarazo, entre otros aspectos. Si en la consulta se detectaran

problemas familiares, socioeconómicos o personales graves, que pudieran provocar inestabilidad psíquica en la gestante y el riesgo en su embarazo, se abre la posibilidad de que sea valorada por el psicólogo o trabajador social a la mayor brevedad.

En el segundo trimestre podemos encontrar las siguientes características: mayor tranquilidad, reducción de molestias físicas, desaparición del temor al aborto y sentimientos gratificantes ante la confirmación de “vida” en el vientre. En el tercer trimestre pudiera existir una ansiedad paranoide, que comprende fantasías de dolor y muerte relacionadas con el parto; así como también temores relacionados con la lactancia o el cuidado del recién nacido, que se traduce de un temor inconsciente de no ser “buena madre”. En el periodo del puerperio, donde a menudo se observa una ansiedad depresiva, es conveniente el manejo de información respecto a la búsqueda del contacto con el centro hospitalario, así como el aspecto preventivo sobre el reinicio de la actividad sexual. También la prevención estará dirigida a no prolongar aquel estado depresivo más allá de 3 o 4 semanas; en caso contrario, se deberá solicitar apoyo psicoterapéutico, a fin de evitar la psicosis puerperal. De la misma manera, habrán de anticiparse los trastornos de la lactancia, vía información. La herramienta básica para todo ello, es precisamente la información correcta para detectar y prevenir los problemas que pudieran surgir en el curso del embarazo. Para ello, revisaremos lo que dicta la Norma Oficial Mexicana, acerca de los servicios de salud materno - infantil.

### **3.3. NORMA OFICIAL MEXICANA.**

Proyecto de Norma Oficial Mexicana (NOM) para la atención de la mujer

durante el **embarazo, parto y puerperio** y del recién nacido, 1994. Secretaría de Salud.

La **normatividad** de procedimientos aplicados en la atención médica, permite prevenir y reducir los **daños obstétricos** y los **riesgos** para la salud de la madre y del niño, así como a **favorecer el desarrollo normal** de cada etapa del proceso gestacional, mejorar la sobrevivencia **materno-infantil** y la calidad de vida, además de proporcionar mayor calidad en la atención.

**Todo ello será reforzado** al recibir la madre la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los **signos de alarma** para una posible atención médica urgente, donde ella se **corresponsabiliza** con el médico en el cuidado de su propia salud.

**Objetivo.-** Establecer los criterios para vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y **puerperio** y la atención del recién nacido.

**Campo de aplicación.-** Es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las **unidades de los sectores público, social y privado** a nivel nacional, que brindan atención a **mujeres embarazadas, parturientas, puérperas** y recién nacidos.

**Referencias.-** Para la correcta aplicación de esta norma, es conveniente consultar la **norma técnica** de la información epidemiológica, (Diario Oficial de la Federación del **7 de Julio de 1986**).

Así como la **Norma Oficial Mexicana NOM- 003 -SSA2 – 1993**, para la donación de **sangre humana** y sus componentes con fines terapéuticos (Diario Oficial de la Federación del **8 de diciembre de 1993**).

**Especificaciones.-** En este rubro encontramos las siguientes disposiciones

generales:

1. Atención prioritaria de la mujer con emergencia obstétrica.

- Vigilancia de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables para el feto.

- Proporcionar atención a la mujer y al recién nacido con calidad y calidez.

- Atención a las mujeres y niños referidos por parteras tradicionales o *agentes de salud*.

- Disposición del instrumento adecuado para detección de riesgo obstétrico bajo y alto, para la referencia y la contrareferencia.

- Efectuar las actividades necesarias para el control prenatal.

- Establecer criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

- La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal como documento de referencia y contrareferencia interinstitucional.

- Toda unidad médica del segundo nivel con atención obstétrica debe intentar operar un comité de estudios de mortalidad materna y un grupo de estudios de mortalidad perinatal.

- Los dictámenes, del comité deben incluir acciones de prevención hacia las causas de la mortalidad materno-infantil.

En el mismo rubro de las especificaciones también se requiere:

2.- La atención del embarazo.

Se hace hincapié en que la embarazada de bajo riesgo, debe recibir como



mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de la gestación y apegándose al siguiente calendario:

1ª consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas.

2ª consulta: entre las 22-24 semanas.

3ª consulta: entre la 27 -29 semanas.

4ª consulta: entre la 33 -35 semanas.

5ª consulta: entre la 38 - 40 semanas.

- Observar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

3.- Prevención del bajo peso al nacimiento.

4.- Atención del parto.

5.- Atención del puerperio.

6.- Atención del recién nacido.

7.- Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva.

8.- Manejo del niño con bajo peso al nacimiento.

9.- Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito.

10.- Promoción de la salud materno infantil.

11.- Registro e información de las embarazadas, parturientas, púerperas y recién nacidos.

Se ha revisado ya, lo que corresponde a la definición de la calidad de un servicio de atención primaria durante la gestación y el parto, y algunos lineamientos médicos. Revisaremos ahora algunas consideraciones de diversos autores, acerca del embarazo y sus implicaciones sociales y psicológicas.

#### 4. FACTORES SOCIALES Y PSICOLOGICOS DEL EMBARAZO.

En nuestra sociedad como en otras tantas, la mujer ha sido la que asume la responsabilidad del cuidado y crianza de los hijos, independientemente de que este incorporada al campo laboral o no.

Este ejercicio maternal se ha dado debido a la vinculación existente entre la capacidad de criar y lactar y la necesidad del ser humano de ser cuidado y protegido en los primeros años de vida. Dice De Beauvoir (1989) "con la maternidad la mujer realiza integralmente su destino fisiológico, esa es su vocación natural..." (p.253).

Existen argumentos que avalan la explicación de la maternidad en el plano biológico, Chodorow (1984) menciona algunas concepciones sobre el ejercicio maternal en las mujeres, en cuanto rasgo estructural de la sociedad que no puede separarse del hecho biológico de que las mujeres llevan en sí a los hijos y luego les dan de mamar, aquí la división de los sexos se valora como un producto natural y no como un constructo social y cultural.

Sin embargo, algunos autores hablan de que la maternidad no es sólo un producto instintivamente natural sino, que esta conducta y la asunción de la misma está mediatizada culturalmente.

En un estudio antropológico, Mead (en Langer, 1992) concluyó que muchos de los rasgos de personalidad que llamamos femeninos y masculinos, están débilmente vinculados al sexo biológicamente determinado a cada ser humano. Mead (op. cit.) dice con relación a esto "estamos obligados a deducir que la naturaleza humana es maleable de una

manera casi increíble, y responde con exactitud y en forma igualmente constante a condiciones culturalmente distintas y opuestas”(p.23). Ciertamente es, que no podemos negar la existencia de diferencias sexuales biológicas, lo que no implica que sean causa de la asignación por las sociedades del rol que los niños desde su nacimiento, deben desarrollar como machos o hembras y que son base de la organización social.

Para Chodorow (1984), el ejercicio maternal de las mujeres es el punto central de la división sexual del trabajo. El rol maternal tiene efectos profundos en la vida y la ideología de las mujeres, en la reproducción de la masculinidad y femineidad, en la desigualdad sexual y en la generación de formas precisas de poder laboral.

El ejercicio maternal en las mujeres, como otros aspectos de la actividad sexualmente diferenciada es producto del entrenamiento de un papel femenino y de la identificación en un rol determinado, ejemplo de esto es que a las niñas se les entrena para el cuidado infantil al jugar con muñecas o a la mamá, se les envuelve en ropa color rosa y se identifican con sus propias madres a medida que crecen, convirtiéndolas en madres eventuales.

Según Chodorow (1984) la práctica maternal no existe en el vacío, es un rasgo constitutivo fundamental de la división del trabajo, que está estructural y causalmente relacionado con otras adecuaciones institucionales contribuyendo además a la reproducción de la desigualdad sexual mediante sus efectos en la personalidad masculina y femenina. Por tanto, el papel de las mujeres tal y como se manifiesta en la actualidad es un productor histórico con base eminentemente psicológica.

Un elemento básico de la reproducción de las relaciones sociales y de la

estructura social es la socialización. En la sociedad capitalista la socialización es asunto que posee gran carga psicológica, “debe llevar a la asimilación y organización interna de capacidades generalizadas para la participación en un mundo social jerarquizado y diferenciado” (Chodorow, 1984 , p.54).

La práctica maternal y la división sexual del trabajo están ligadas estructuralmente, en cualquier período de la historia, a otras instituciones y a otros aspectos de la organización social.

En el caso del ejercicio de la maternidad, el sistema económico depende para su reproducción, de que las mujeres reproduzcan formas precisas de poder laboral dentro de la familia. Las mismas ideologías legitimadoras, y las instituciones como escuelas y medios de comunicación y las familias que perpetúan las ideologías contribuyendo gradualmente a la reproducción social. La continuidad de una sociedad requiere que alguien se ocupe de criar a los niños, por tanto hay una necesidad tanto social como generacional.

Para Parsons (en Chodorow,1984), en la sociedad capitalista industrial la reproducción generacional ocurre mediante la creación en la familia de hombres trabajadores con personalidades precisas y orientadas a la autoridad. Es decir, la sociedad impone a la familia la obligación de crear hombres y mujeres con una función cultural, social y económicamente predeterminada.

#### **4.1. LA MUJER EN LA SOCIEDAD MEXICANA.**

De esta forma la sociedad mexicana, con una organización social y económica

con tendencias capitalistas, asigna un papel de poder al hombre y objeto sexual utilitario a la mujer, sobre todo para reproducción humana.

Por lo que es menester, analizar como se ha concebido a la mujer a través de la historia en la cultura mexicana.

Según Aramoni (1984), la mujer mexicana posee características y modelos de conducta, dinamismos de actitud, que la hacen distinta de cualquiera de las otras mujeres del mundo, sea occidental u oriental. En virtud de que la mujer mexicana nace dentro de un hogar y de una familia educada en una forma particular, dentro de una cultura de matices propios y con una tradición peculiar, que la hace comportarse y adoptar una forma de vivir diferente a la mujer de otros países.

Evidentemente, la situación que prevalecía hace algunas décadas difiere en muchas características de la actual, los cambios que se han operado en aspectos económicos, sociales y culturales han propiciado modificaciones en la actitud de la mujer y el hombre, las cuales se han tornado, más tolerantes y menos enemigas. Una tendencia igualitaria prevalece en el trato, liberalidad en cuanto al sexo y a lo que se tiene acceso en términos de género (profesión, viajes, entre otros), lo que anteriormente se calificaba como masculino en un sentido de división convencional. Aunque éste hecho no debe considerarse como absoluto, en realidad la actitud externa y la forma de enfrentar la relación parece modificada, “pero que en realidad no hay un cambio de raíz, sino solo es un cambio utilitario, aceptivo que hace sentir bien a los hombres, que se sienten modernos y diferentes, solidarios y no machistas, pero siguen siendo exigentes en cuanto a lo que constituirá su compañera, la que va a ser su esposa y la madre de sus hijos, lo mismo para la

mujer, el cambio es aparente y superficial, pero todavía sigue siendo una forma de sierva y medrosa, a la vez que dependiente de la situación de ser elegible por el hombre, porque continúa dependiendo psicológica, cultural y económicamente del hombre” (Aramoni, 1984, p.148).

De los logros más importantes que el hombre obtuvo es el de su toma de poder, al integrarse a la circunstancia de que pertenece a este mundo y gozar de todo lo que tiene, sin que precise ninguna dificultad ni justificación, lo que le ha otorgado una supuesta seguridad.

La mujer por su parte, tendría que obtener esa seguridad y liberarse de esa esclavitud aparente, y se menciona así porque la mujer mexicana ha “controlado las situaciones” durante mucho tiempo, pero nunca en forma franca sino oculta, deformada y racionalizada con el pretexto de la debilidad y la maternidad, se acostumbró siempre a usar métodos ocultos, sutiles, simulados y distorsionados. Por lo que sus actitudes determinadas culturalmente, necesarias como elemento de fuerza y para emplear por caminos difíciles, han sido la belleza, el atractivo sexual, la debilidad aparente, la fragilidad, el uso del llanto, la maniobra diplomática, el disimulo, entre otros.

Dice Aramoni (1984), que con el advenimiento de la lucha entre hombres y mujeres, relativamente reciente, esto ha cambiado. En el sitio de la lucha, las reglas son otras, el autor establece la idea de que no tienen que demostrar nada, lo cual no puede dejar de reconocerse como un avance fundamental.

En concreto , se trata de reconocer que al nacer no existe más diferencia que la genital y la posibilidad de concebir dentro del cuerpo un organismo vivo, pero ninguna otra

diferencia, ni de inferioridad ni de superioridad artificial y maliciosa.

Sin embargo, la conducta tradicional de la mujer mexicana no ha desaparecido, se ha transformado (aunque no necesariamente generalizable) en una imitación de la actitud y de la conducta de la mujer estadounidense y de la europea; imitación servil e indiscriminada de la forma de vida de otras culturas, principalmente de la americana, por su cercanía y como conquistadores profundos a través de su idioma, cine, televisión, moda, tecnología y dinero.

A pesar de los cambios “el hombre que actúa de modo moderno, anticonvencional y con gran tolerancia en un momento de prueba, muestra al machista, al autoritario, al arrogante y superior, compenetrado de matices patriarcales dentro de un universo masculino. La mujer, cuando debe afrontar la manera anticuada de plantear al hombre la cosmovisión actual, se pliega a los mandatos convencionales, se siente desamparada, insegura y marginada por una forma de vivir que realiza, pero no arraiga en la profundidad de su carácter de modo firme” (Aramoni, 1984,p. 151).

Se comprende que no es fácil realizar la modificación de estos patrones de conducta, provocando que haya un choque de lo habitual y lo convencional, en la lucha entre hombre y mujeres. Ya que durante mucho tiempo se han aceptado los papeles tradicionales que les ha tocado jugar como hombres y mujeres, el hombre como el que conduce el poder, y en apariencia la mujer mostrando la debilidad, que no es tal, asumiendo las funciones que la sociedad y la naturaleza misma le han asignado, como la posibilidad de ser madre y de procrear vida en forma de hijos. Este atributo le confiere características psicológicas de trascendencia para la relación hombre - mujer y para la lucha de los sexos.

Todos los hombres descienden de mujer, todos son hijos de madre, todos tuvieron que depender de la matriz de la madre. No obstante, pareciera que en diferentes situaciones, esto se olvidará.

En un mundo hecho a la imagen de los hombres, la mujer es solo un reflejo de la voluntad y querer masculinos; pasiva, se convierte en diosa amada, respetada y venerada, cuya principal función, es ser medio o canal, por lo que actúa como tal, reproduciendo la especie humana como una tarea primordial y de trascendencia.

Dice Paz (1992), la mujer representa la estabilidad y continuidad de la raza, además de desempeñar una función que consiste en hacer imperar la ley y el orden, la piedad y la dulzura; no es posible aceptar que a la mujer (señora madre) se le falte al respeto que solo se le concede ante el público, y que podría significar en el fondo una hipócrita manera de sujetarlas e impedirles que se expresen. Además de ser por naturaleza misma un ser "rajado", abierto, frágil, vulnerable y sufrido.

Esta concepción reafirma la trascendencia del papel asignado a la mujer por la sociedad, de reproductora biológica y la adopción de éste por la misma mujer, encarnando en ella con todas las obligaciones que confiere entre las que podemos enunciar; la concepción del ser, la crianza, cuidado y la educación del mismo, garantizando entregar un producto bien terminado, de lo contrario será un ser castigado y juzgado, primero por el hombre que encomienda la tarea y segundo, por la sociedad que controla a ambos seres.

#### **4.2. CONCEPTO DE EMBARAZO.**



A lo largo de la historia la mujer se ha concebido como un ser diferente del hombre, dentro de una concepción y desde un punto de vista masculino, como un ser de segunda, con actitud sumisa y dependiente, adoptando estas formas la mujer ha vivido así, existiendo grandes diferencias entre ambos, por lo que el mundo no se ha compartido igual con los hombres y con las mujeres, en el plano sexual, moral, social, laboral, intelectual, etc. Suscribiendo en estos dos mundos, las diferencias biológicas, que permiten a la mujer la procreación, y que le atribuyen obligaciones de crianza y cuidado, lo cual es una designación netamente cultural y social.

Bajo este panorama se inscribe la concepción de un nuevo ser, lo que cada mujer va asimilar de forma distinta y ante la cual no necesariamente debe tener una actitud de resistencia, sino que más ha de haber una actitud consciente y responsable, que comúnmente no ocurre.

Un embarazo puede ser vivido de forma diversa por una mujer. Hay embarazos deseados y en condiciones familiares óptimas para recibir al hijo, que pueden llenar de gozo y alegría. En situaciones adversas, cuando una mujer no lo desea, ni tampoco su pareja y las circunstancias que la rodean no son propicias, puede ocasionar disgusto y resistencia por parte de la mujer embarazada. Por ello es conveniente que cada pareja o cada mujer analice a fondo su voluntad de tener hijos y la conveniencia de quedar encinta.

Es cierto también que ante un primer embarazo deseado, muchas mujeres puedan sentir cierta inquietud. Saben que en su cuerpo se ha puesto en marcha un mecanismo que va a provocarles cambios y reacciones desconocidas para ellas. Algunas han escuchado hablar de dolores y sufrimientos que conlleva el parto, y esto les puede

ocasionar cierta angustia. También hay mujeres que consciente o inconscientemente, sienten el temor de tener que abandonar determinados modos de vida, ser menos libres, perder su figura, entre otros.

Estas inquietudes son desplazadas paulatinamente, por la satisfacción que en la mujer produce su deseo cumplido de ser madre, o la de añadir un sentido más a su vida, o la de sentirse valiosa para su compañero que, a través de ella, pueda llegar a ser padre. *Quarti (1985) en Masters y Johnson, (1987) dice que lo cierto es que la buena o mala aceptación del embarazo y el estado de ánimo influyen sobre el feto a través de unas hormonas (catecolaminas). Estas pueden llegar por vía transplacentaria al feto y provocarle un verdadero estado de angustia que, si es constante y prolongada, puede causar interferencias en su desarrollo físico y psíquico y puede influir negativamente en la formación de la personalidad.*

Por lo común, el hecho de quedar embarazada llena de gozo a la mujer y satisface sus más íntimos anhelos, pero también puede constituir una noticia perturbadora y ser fuente de angustia y desazón. Por tanto, es innegable que la actitud y las motivaciones de una pareja repercuten en su reacción al tener conocimiento del embarazo.

El embarazo es un periodo de espera en el que se producen una serie de cambios de diversa índole, que inciden en todas las instancias de la vida de la mujer.

En el momento de enterarse de su estado, la mujer manifiesta una pluralidad de reacciones, dicha, orgullo, temor, ambivalencia, irritación, depresión, entre otras, que son consecuencia de una diversidad de factores, tales como la edad, el estado civil, los recursos económicos, los objetivos profesionales, las expectativas de maternidad y la educación.

Para Masters y Johnson (1987), el impacto psicológico del embarazo y las consecuencias prácticas que supone traer un hijo al mundo son enormes y se precisa algún tiempo para reflexionar y aceptar la realidad.

Como regla general, el médico en atención primaria deberá ser quien confirme el estado de preñez de la mujer, por tanto debe contemplar la respuesta psicológica que provoca la noticia de embarazo en la mujer, en la atención que puede brindarle. De acuerdo con Batalla (et al. 1986), en Zurro y Cano (1986) "el profesional debe explicar a la mujer como es el proceso de la implantación del embrión, los cambios externos de su cuerpo" (p.290), con la finalidad de disminuir la ansiedad que pudiera provocar esa noticia en la gestante.

*Los primeros meses del embarazo producen reacciones diversas en las futuras madres. "Hay mujeres que parecen revitalizadas, radiantes y llenas de salud, incluso cuando aún no saben que se hallen en estado de gravidez. Otras en cambio, presentan señales de fatiga, pérdida de apetito y sensación de apatía y pesadez. Lo común, sin embargo, es que el estado físico y mental de la gestante fluctúe a diario sin ajustarse a un cuadro previsible".* (Masters y Johnson, 1987, p.129).

En general, los embarazos siguen un curso normal tanto para el bebé como para la madre, no obstante, esto no impide que haya en el transcurso del desarrollo algunas complicaciones, por lo que se hace necesario el servicio de atención primaria, que no sólo previene y detecta anomalías, sino que favorece que la gestante se mantenga en buen estado de salud, así como el niño.

Es conveniente, por tanto, contemplar como un aspecto importante dentro de

este proceso las actitudes que adoptan por un lado, la mujer ante su embarazo y por otro, las actitudes de atención del médico como elemento de relevancia en la evaluación de la calidad de la atención.

Según Carbella (1994), las mujeres con actitud positiva ante su embarazo no muestran alteraciones psíquicas, mientras que las que muestran una actitud negativa no manifiestan un buen ajuste psicológico y experimentan trastornos psicósomáticos.

Por lo que resulta de vital importancia la asistencia prenatal, que no sólo favorece las posibilidades de que la gestante se mantenga en buen estado de salud, sino que propicia también, el bienestar de la criatura. Esta asistencia constituye una empresa conjunta en la que toman parte tanto la gestante como el ginecólogo. Sin embargo, las responsabilidades de la mujer son mayores que las del médico, pues ella es la que vive día con día las incidencias de la gestación. “La asistencia durante la gestación es primero un medio, que permite prevenir complicaciones y segundo, un método para detectar lo más pronto posible las anomalías, con el objeto de reducir el mínimo las consecuencias” (Masters y Johnson, 1987, p. 134).

Por esta razón, Batalla (et al,1986), en Zurro y Cano (1986), recomiendan que el médico en la etapa de atención prenatal realice una exploración de aspectos psicológicos, como pueden ser motivaciones hacia el embarazo, aspectos emocionales familiares, entre otros que ayuden a ofrecer un servicio de mayor calidad. Es también, de importancia vital explorar aspectos físicos, algunos de los aspectos básicos son: peso, talla, tensión arterial, auscultación cardíaca y respiratoria, palpación abdominal, inspección y palpación de mamas, inspección de genitales externos y tacto vaginal, inspección y palpación de

extremidades inferiores en busca de varices o endemas, calcular la fecha probable de nacimiento, realizar estudios clínicos y revisar el estado de nutrición de una mujer antes de parir.

En lo referente a aspectos psicológicos, Batalla (et al, 1986) recomiendan que hay que dar importancia a aspectos de esta índole en las diferentes consultas a las que acuda la paciente. Los cambios psicológicos que presenta la gestante en esa etapa están determinados por su biografía, sus relaciones familiares, de pareja, sus condiciones socioeconómicas, entre otros, por lo que en la medida en que se conozcan estos aspectos se podrá incidir en una adecuada psicohigiene del embarazo, parto y puerperio.

Los valores sociales referidos a la maternidad determinarán, en parte los sentimientos de la mujer hacia su hijo. El profesional debe valorar el grado de aceptación de su embarazo en la paciente y cual es su capacidad para ver a su hijo dentro de ella. Detectar cuales son sus motivaciones actuales hacia su embarazo, si es un embarazo deseado o no.

Debe propiciar que la mujer hable de sus temores, sus dudas y todo lo que la pueda hacer sentir más tranquila. También debe explicar a la mujer cuál es el proceso de la implantación del embrión, los cambios externos de su cuerpo, aún cuando el nivel cultural de la gestante lo hiciera aparecer como obvio. Se debe preparar a la mujer para la separación de su "amado hijo interno", asimismo es conveniente hablar a la gestante del puerperio y lo que en éste ocurre. Igualmente, debe informarse a la mujer y a su pareja sobre el tipo de contracepción adecuada al reiniciar las relaciones sexuales. De esta manera y por lo que implica este servicio, se constituye una empresa conjunta en la que interviene

## 5. EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN EL AREA DE LA SALUD.

Uno más de los campos de incursión de la psicología es el de la salud, puesto que es, no sólo la **condición básica para el desarrollo** de la vida sino porque, además, funciona como **estructura mediadora** de la cotidianeidad y socialización del sujeto. La salud permite al sujeto **producir y reproducirse**, no sólo como fuerza de trabajo adaptada al proceso productivo y a sus necesidades, y con determinadas consecuencias para el desempeño de sus actividades cotidianas, sino para el pleno desarrollo de sus facultades y capacidades. La relación **salud - enfermedad** es considerada como un proceso social, porque está ligado a lo que el **sujeto hace**, a la **clase social** a la que pertenece y al ambiente en el que vive, entre otros.

El estado de **salud** está **determinado por las características biológicas**, por las condiciones de **vida y de trabajo**, así como por el grupo social al que se pertenece, pero también por la **actitud de inercia** o **participación activa** hacia la búsqueda del bienestar individual y colectivo.

A menudo **las causas** de los problemas de salud se analizan como si se presentaran en forma **aislada**, cuando realmente son consecuencia directa de una organización social, **donde las diferencias de clase** determinan tanto las malas condiciones de vida de los sectores **mayoritarios** de la sociedad, como las características biológicas específicas que provocan **una menor resistencia** a las enfermedades (Eibenschutz, 1982).

En este sentido y **abarcando precisamente** la función social de la mujer y su indivisible relación con su **capacidad reproductiva**, es necesaria la reflexión e investigación

que permita elevar su nivel de educación, su toma de conciencia y su inserción al trabajo productivo.

Es un hecho que la mujer constituye un eje central en el proceso de producción y reproducción del sistema capitalista. Es la que se encarga de reproducir a la humanidad, al aportar a la sociedad su motor esencial que es la fuerza de trabajo. El desgaste productivo de la mujer que realiza las “labores domésticas”, garantiza la reproducción de toda la familia y de sí misma.

Por ejemplo, la mujer “ama de casa” proletaria, —a diferencia de una de clase media o campesina —, es cautiva de la acción de los medios de comunicación de masas, los que la moldean como consumidora, estando supeditada entre otras cosas, a la capacidad adquisitiva que le permita el salario de su compañero. La mujer obrera en su caso, además de gastar energías en el trabajo, de enfrentarse a la doble jornada (el trabajo en el hogar no remunerado), debe ser reproductora de la especie. En estas condiciones, el concepto y distribución de salud-enfermedad, será distinto para cada mujer y grupo.

En la sociedad industrial, hay infinidad de mujeres sometidas a la doble carga de la actividad laboral y de las tareas domésticas: esta situación con sus respectivas implicaciones (trabajo invisible y sin paga), provoca diversos tipos de problemas de equilibrio psicológico, vinculado sin duda, al ámbito de la salud mental y de la salud en general.

Siendo el individuo un ser indivisible (unidad bio-psico-social), es lógico que las tensiones a las que se ve sometido, le provoquen trastornos psicológicos que se ven reflejados en el organismo y en alteraciones físicas que le afectan su mecanismo mental.

Una vez más no queda excluido el medio social, cuyo papel decisivo induce a situaciones de tensión como las llamadas neurosis (producto de conflictos inconscientes).

“Nuestra función es responder no tanto al propio sujeto, sino al pensamiento y mandato de otros, de los padres, quienes nos configuraron y no nos permitieron pensar por nosotros mismos, pero también de padres que fueron pensados por la sociedad. Y así, es más fácil que se enferme aquella mujer que no tiene proyecto propio, que se vuelca totalmente hacia la maternidad y niega el sexo; que no logra satisfacción profesional o laboral, sino a través del marido o de los hijos; reducida sólo a la vida privada y el trabajo “invisible” del hogar”, Langer, (en Bermann, 1982).

El caso de la universidad es otro campo de acción, no sólo del psicólogo, sino de todas las especialidades a la salud. La universidad debe enseñar a través de conceptos y experiencias de naturaleza contraria, incluso conflictiva; debe permitir emitir juicios y confrontar las opiniones de los docentes; deben enseñar a dudar más, para investigar más: la enseñanza ha de tener aplicaciones a la realidad del país en que se viva; pero sobre todo en el área de salud, el aprendizaje debe enseñarse en el “servicio” o campo, llámese laboratorio, hospital o comunidad.

“Negme afirma que la educación médica en Iberoamérica está en crisis y que requiere un intenso movimiento de renovación científica y espiritual. Se observa entre otros problemas, un deterioro en la calidad de la enseñanza, exceso de tecnología, deshumanización y comercialización del ejercicio profesional; mala orientación a los estudiantes, bibliotecas insuficientes y escasos recursos para la investigación biológica y social” (Horwitz, 1985).



Horwitz (1985), propone así tres principios de acción efectiva de las universidades en atención primaria: 1.-La misión institucional debe considerar las necesidades de la sociedad. 2.-El compromiso debe ser de largo plazo y situarse en el eje central de la política y la acción de la universidad. 3.-Incentivos iguales para la actividad de la Facultad, dentro o fuera de la universidad, como el caso de la comunidad. La universidad debe estimular su función docente y de investigación; y situarse en la "interfase" entre ciencia y gobierno, para darle el fundamento científico que requieran.

Para comprender la problemática de salud es menester el análisis de la conceptualización e interpretación de las mismas, desde los diferentes puntos de vista a partir de los cuales se aborda, sean de orden biológico, social, económico o culturales.

Para analizar las causas de los problemas de salud y su dinámica, así como de los métodos y procedimientos para evitarlos o reducir sus consecuencias, se requiere de los aportes de la epidemiología, de las ciencias sociales, de las ciencias de la conducta, de la comunicación, de la administración y de las ciencias biológicas: todas contribuyen a la investigación en los servicios de salud, que resulta fundamental para ofrecer atención primaria efectiva y de calidad.

Por lo tanto, consideramos que el psicólogo es uno de los personajes primordiales en el estudio de las problemáticas de la salud, ya que es también un trabajador de la salud. Su formación curricular en el área de las ciencias de la salud, propicia la orientación de su práctica, con un perfil más que de reparar, de prevenir, de tratar de entender la realidad socio-económica que genera esta situación respecto a la salud; emprender su análisis, que lo lleve a diseñar programas más realistas, de carácter

preventivo; que sea una actividad que se vincule al objetivo primordial de atender sobre todo a la elevación del nivel y al mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos.

“El psicólogo forma parte de una realidad social, debe conocer y comprender también el nexo existente entre la psicología y esa realidad objetiva que enmarca el quehacer psicológico” (Ardila, 1981, p.148).

En el contexto psico-social, la familia es vista también, como una vía estratégica de introducción a los problemas de salud del individuo, por parte del médico y del personal de atención primaria. Dado que en ella se transmiten creencias y hábitos que condicionan actitudes y conductas, respecto a la salud-enfermedad; y la utilización de los servicios de atención médica y sus tratamientos.

*Con lo anteriormente expuesto, explicamos dónde, cómo y con quién es viable la labor del psicólogo, en el ámbito de la salud integral del individuo y específicamente en el caso que nos ocupa.*

## 6. ACTITUDES

De acuerdo al planteamiento original de éste trabajo, la actitud de la gestante es considerada como un aspecto de importancia dentro del proceso en el que se enmarca el *servicio de atención primaria*; por lo que es pertinente aclarar, lo que la Psicología conceptualiza como una actitud.

En primer término se debe considerar que las actitudes no son susceptibles de observación directa, su existencia debe inferirse de lo que puede ser observado. Tradicionalmente, las creencias, sentimientos y/o intenciones con respecto a determinado objeto y de las que el sujeto informa, han sido empleadas como herramientas de inferencia.

Summers (1986) dice; “para entender la conducta humana es necesario clasificar la multitud de cosas que las personas hacen y dicen; ordenarlas en grupos que sean significativos conductual y teóricamente. Al tratar de explicar porque las personas manifiestan o no estas conductas, a menudo se introducen construcciones teóricas intermediarias. Por tanto para probar estas proposiciones se requiere la medición de las conductas y de las variables interventoras. Hablaríamos, por consiguiente, de la actitud como variable interventora” (p.35).

Por esta razón, el psicólogo se da a la tarea de buscar instrumentos que le permitan medir con mayor precisión estos factores interventores que son las actitudes, pero antes de continuar con los instrumentos de medición de actitudes, tendríamos que definir específicamente qué es una actitud.

Cook y Selltiz (Summers,1986) consideran a la actitud como una disposición

fundamental que interviene junto con otras influencias en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objeto, las cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación - evitación con respecto a él.

Por su parte Campell (en Summers, 1986), concibe la actitud como una multitud de términos aparentemente no relacionados como pulsión adquirida, creencia, reflejo condicionado, fijación, juicio, estereotipia, entre otros sinónimos funcionales del concepto de actitud.

Con un enfoque más preciso para definir la actitud, Thurstone (1928), en Summers (1986), considera que la actitud es “la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones y sentimientos, ideas, temores y convicciones acerca de un estado determinado” (p.14).

Aún con la existencia de diversas interpretaciones del significado de actitud, hay áreas en las que se manifiestan ciertos acuerdos comunes: una actitud es una predisposición a responder a un objeto y no la conducta efectiva hacia él; otro acuerdo es que la actitud es persistente, lo que no significa que sea inmutable, ésta mas bien, contribuye notablemente a la consistencia de la conducta; uno más, es precisamente que la actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales. Así, la actitud como variable latente da origen a la consistencia entre sus diferentes manifestaciones, que pueden tomar ya la forma de verbalizaciones o expresiones de sentimientos hacia el objeto. El último acuerdo esencial, es que, la actitud tiene una cualidad direccional, esta cualidad supone una característica motivacional.

El concepto más reciente de actitud, es el que contempla tres componentes: cognoscitivo, emocional y tendencial.

Munné (1986), especifica los tres componentes presentes en la actitud: uno, el componente cognoscitivo, que consiste en las creencias, valores, estereotipos acerca de un objeto o persona. Dos, el componente afectivo, se refiere a los sentimientos y emociones que acompañan en menor o mayor grado a toda actitud. Y por último, el componente tendencial, abarca la tendencia a actuar o reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto o persona.

En el componente **cognoscitivo** se incluyen las creencias que se tienen acerca de un objeto. De acuerdo con Krench y colaboradores (en Summers,1986), todas las creencias que tenga una persona acerca de un objeto se incluyen en el componente cognoscitivo, las creencias evaluativas son las más importantes para la actitud como concepto de disposición, éstas últimas abarcan las creencias acerca de las cualidades deseables o indeseables, aceptables o inaceptables, buenas o malas.

El **emocional**, es conocido como el *sentimental* y se refiere a las emociones ligadas con el objeto de la actitud. Los adjetivos bipolares usados frecuentemente al estudiar los elementos de este componente son amor-odio, gusto-disgusto, admiración-desprecio y otros que denotan sentimientos de tipo favorable o desfavorable. Es importante señalar que cuando un individuo verbaliza estos sentimientos o emociones, resultan ser cogniciones también. Las cogniciones de sentimientos no se refieren al objeto sino al individuo que responde al mismo.

El componente **tendencial**, incorpora la disposición conductual del individuo a

responder al objeto, habiendo generalmente un lazo de compatibilidad entre los componentes cognoscitivos, las creencias y la disposición de respuesta.

Sheriff y Sherif (1985), por su parte mencionan que las actitudes de los individuos afectan su toma de decisión, de conciencia, su percepción, su juicio y *comportamiento en situaciones determinadas. Las actitudes se infieren a partir de formas características, estables y selectivas del comportamiento, dirigidas hacia o en contra de objetos, personas y eventos relevantes.*

Se han creado, según este autor varios criterios para identificar una actitud:

- Las actitudes son aprendidas, se adquieren a través del desarrollo del individuo y de su relación con otros en situaciones interpersonales y de grupo e intergrupales.

- *Las actitudes son estados que se establecen con mayor o menor fuerza una vez que se han configurado.*

- Las actitudes estabilizan una relación entre la persona y los objetos. Esto quiere decir que las actitudes se configuran o aprenden en relación con varios objetos identificables, como las personas, los grupos, los valores, las instituciones, los productos sociales o las ideologías.

- La formación de actitudes incluye la formación de categorías y conceptos *para diferenciar entre los objetos de un mismo grupo y su relación positiva o negativa de una persona y sus diferentes subgrupos.*

Típicamente, la interacción con las personas significativas es la base para la formación de actitudes. Por tanto, puede inferirse una actitud a partir del campo externo de

estímulos objetivamente disponibles y la forma en que el sujeto evalúa estos estímulos. El tener una actitud es cuestión de grado más o menos y no un asunto de todo o nada. En la medida en que una persona selecciona consistentemente los rasgos relevantes a la actitud y los sitúa en categorías de aceptación o rechazo, se ha estabilizado su actitud.

Resumiendo, *Sheriff (1985)*, define operacionalmente la actitud como el conjunto de categorías que un individuo emplea para evaluar un dominio de estímulos sociales (objetos, personas, valores, grupos, ideas, entre otros) que él ha establecido y aprendido a partir de ese dominio (en interacción con otras personas, como regla general) y que lo relaciona con los subconjuntos del dominio en diversos grados de afecto (motivación, emoción) positivo o negativo. La teoría de las actitudes debe ser comportamental, puesto que los únicos datos a partir de los cuales podemos inferir a éstas, son comportamientos observables ya sean verbales o no, aunque la mera actitud no sea un aspecto específicamente conductual.

A fin de fundamentar el procedimiento en esta investigación, revisaremos enseguida algunas consideraciones acerca del manejo de las actitudes.

### **6.1. MEDICION DE ACTITUDES.**

Bajo esta perspectiva, una actitud no puede medirse directamente, sino inferirse siempre de la conducta, ya sea por la forma verbal en que el individuo informe de sus sentimientos hacia el objeto de actitud, por la ejecución de una tarea que incluya material

relacionado con el objeto o por acciones hacia un representante de la clase de objetos. A continuación se mencionan algunas de las principales formas de medir actitudes; Summers (1986), enumera por lo menos cinco formas:

1.- Medidas en las que el material a partir del cual se hacen inferencias, consiste en informes sobre sí mismo, de creencias, sentimientos, conducta, etc., hacia un objeto o clase de objetos. Este es el método empleado con mayor frecuencia para obtener material a partir del cual se hacen inferencias acerca de una actitud, y que consiste en pedir al individuo que revele ya sea a través de sus propias palabras o por la aceptación o rechazo de reactivos estandarizados, sus creencias, sus sentimientos, la forma en que se comporta o comportaría, su opinión sobre como debería tratar todo esto, de un determinado objeto. En esta forma de medir la actitud, la base de la inferencia es clara: la actitud de un individuo hacia un objeto esta indicada por sus creencias, sentimientos y orientaciones de acción hacia él. También la naturaleza de la inferencia es clara, se supone que la relación entre actitud y expresión es directa y que la actitud concuerda con las implicaciones manifiestas de sentido común de las creencias o sentimientos declarados.

Expresar la creencia de que un objeto tiene característica generalmente consideradas indeseables, se toma como reflejo de una disposición desfavorable hacia ella y cuando ocurre lo contrario se considera una disposición favorable.

2.- Medidas en que las inferencias se hacen a partir de la conducta abierta hacia el objeto. Varios investigadores han resaltado la conveniencia del uso de este tipo de medidas en las que, la conducta manifiesta hacia miembros de una clase de objetos, sirva como base de inferencias sobre la actitud hacia dicha clase de objetos. Como sucede con las



medidas hechas por medio de informes de sí mismo, la base de la inferencia es clara y todas las definiciones de actitud especifican que conducta puede tomarse como indicador de una actitud. En las medidas de autoinforme, la suposición común es que hay una correspondencia simple entre el carácter de la conducta y el carácter de la actitud subyacente. Sin embargo, se ha desarrollado muy poco trabajo con relación a esta forma de medir actitudes; las orientaciones desarrolladas son tres: una consiste en enfrentar a los sujetos a situaciones estandarizadas, cuyos arreglos se ocultan a dichos sujetos, con el fin de que crean que sus conductas tendrán consecuencias. Otro procedimiento consiste en presentar al sujeto una situación preparada de antemano y se le pide desempeñar un papel, quizá que se comporte como lo haría en una situación semejante de la vida real. Y el tercer procedimiento, de enfoque conductual, consiste en pedir que se hagan selecciones sociométricas entre individuos donde figuran algunos miembros del grupo objeto, de la actitud preferentemente en circunstancias que hagan creer a los participantes que tales selecciones tendrán consecuencias en la forma de asignar subsecuentemente determinada situación.

3.- Medidas en las que las inferencias se hacen a partir de las reacciones o interpretaciones que el individuo muestra, a material estructurado parcialmente y que atañe al objeto. La característica principal de este procedimiento, es que aún no se procure disimular la referencia al objeto actitudinal, no se le pide al sujeto que exprese sus reacciones directamente, sino que esté describiendo una escena, un personaje o la conducta de una tercera persona.

La base de la inferencia sobre las actitudes, es la común a todos los test

proyektivos, la suposición de que la percepción de estímulos no está estructurada claramente, resulta influida por las propias necesidades y disposiciones del que percibe, y que da una explicación o interpretación acerca del mismo, donde ese estímulo presentado no ofrece una señal clara de lo que el sujeto debe extraer de su experiencia y de sus definiciones; así, es apropiado que al pedirle que atribuya formas de conducta a los demás, y sobre todo en condiciones de respuesta rápida, la fuente más sencilla es la propia disposición de respuesta del individuo.

4.- Medidas en las que las inferencias se obtienen a través de ejecuciones en tareas objetivas, donde la actividad puede ser influida por la disposición hacia el objeto. Básicamente consiste en presentar al sujeto tareas concretas a realizar. La suposición común, es que la ejecución puede ser influida por la actitud y que una desviación sistemática en la forma de realizar la tarea refleja la influencia de la actitud.

5.- Medidas en las que las inferencias se extraen de reacciones fisiológicas del objeto. Este tipo de procedimientos, representa el extremo opuesto de las medidas que confían en el informe verbal del sujeto sobre sus creencias y sentimientos; estos son los que confían en el informe verbal del sujeto sobre sus creencias, sentimientos; estos son los que confían en respuestas fisiológicas no sujetas a control consciente. Sin embargo, estas respuestas pueden ser muy sensibles a influencias diferentes de las que interesan al investigador.

Haciendo una reflexión acerca de la calidad de la atención primaria y de la amplia gama de factores que intervienen en este rubro, se plantea el siguiente cuestionamiento:

¿Cómo la satisfacción, la responsabilidad, los hábitos y las creencias de la mujer embarazada, funcionan como factores que modifican, según su naturaleza, la evaluación de la calidad en atención primaria durante la gestación?

Este planteamiento surge de la idea de que la atención no sólo técnica sino interpersonal, recibida desde la primera consulta, es la pauta para iniciar, mantener y promover individualmente (la paciente) y conjuntamente (con el médico), un nivel satisfactorio de calidad en la atención de su embarazo. Considerando por tanto, la actividad que realiza cada uno de los sujetos que intervienen en éste proceso; en el caso de la parte médica lo más apegado a lo dictado por la Norma Oficial Mexicana (NOM) y por lo que se refiere a las pacientes, los cambios en sus hábitos, costumbres o acciones específicas relacionadas con el desarrollo idóneo de su gestación.

Por consiguiente, en razón de que las actitudes de las mujeres embarazadas es uno de los factores interventores en la evaluación de la calidad del servicio médico, planteamos el objetivo del presente trabajo:

Examinar la relación entre la responsabilidad, satisfacción, hábitos y creencias de la mujer embarazada, con la evaluación de la calidad en atención primaria durante la gestación.

Proponiendo los siguientes planteamientos hipotéticos:

A mayor responsabilidad de la mujer embarazada, mayor será la valoración de la calidad en atención primaria durante la gestación.

A mayor satisfacción de la mujer embarazada, mayor será la valoración de la calidad en atención primaria durante la gestación.

A mayor presencia de hábitos de la mujer embarazada, mayor será la valoración de la calidad en atención primaria durante la gestación.

A menor arraigo de creencias de la mujer embarazada, mayor será la valoración de la calidad en atención primaria durante la gestación.

## **7. MÉTODO**

### **7.1. SUJETOS**

120 mujeres post-parto, primigestas o multiparas indistintamente, seleccionadas con base en un muestreo de cuota, en la sala de hospitalización del área Gineco-obstétrica del Hospital General de Naucalpan “Maximiliano Ruiz Castañeda” perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

Las características demográficas de los sujetos fueron:

La edad osciló entre 14 y 41 años (figura 1) con una edad promedio de 23 años, el estado civil predominante fue unión libre (figura 2), el nivel de estudios promedio: primaria terminada (figura 3); la actividad principal de la mayoría de los sujetos: el hogar, incluyendo algunas mujeres solteras. La mayor parte de las mujeres residen en el municipio de Naucalpan, sitio en el que se encuentra ubicado el Hospital. El ingreso mensual promedio fue de seiscientos pesos.

46.7% eran mujeres primigestas, el resto iba de 2 a 8 gestas en porcentaje variado (para mayor precisión ver figura 4). Un 11.7% de la muestra ha experimentado de uno a dos abortos. A un 30% le han practicado por lo menos 1 cesárea. El número de hijos que predominó en los sujetos fue 1 y 2. El número de consultas realizadas durante el embarazo fue de 5 a 9 un, 50.9% (figura 5), situándose dentro del número de revisiones

médicas mínimas que establece la NOM. 16.7% manifestó haber tenido embarazo de alto riesgo. 58.3% asiste a su primera consulta entre el segundo y cuarto mes de embarazo (figura 6). El tiempo promedio transcurrido entre el embarazo anterior y éste es de un año diez meses y corresponde al establecido por la NOM.

20.8% manifestó haber tenido un embarazo no deseado (figura 7). No hay reporte de ingestión de medicamento sin prescripción médica. Un 27.5% asistió a consulta en el hospital, las que no, lo hicieron en centro de Salud 52.2%, D.I.F. 17.5%, Médico particular 10.8% y en otros lugares 5.8% (figura 8 y 9).

## 7.2. APARATOS

Para realizar éste estudio se empleó un cuestionario (Anexo 1), que tuvo una confiabilidad de acuerdo a la escala alpha de Cronbach de 0.8114 y alpha estandarizado 0.7609, análisis que se obtuvo de un programa SPSS. Conformado por una sección de 15 preguntas de información general y 33 preguntas de tipo cerrado con opción múltiple. De este bloque las 5 primeras cuestiones se refieren a la valoración de la atención médica, cuyas opciones de respuesta fueron: muy mal, mal, regular, bien y excelente. Las opciones de respuesta para el grupo restante, referente básicamente a las actitudes, las opciones de respuesta fueron: nunca, algunas veces, regularmente, casi siempre y siempre. Cuyos valores de medición fueron 1, 2, 3, 4 y 5, establecidos en función de menor a mayor aceptación, en ambos bloques de preguntas.

Los 33 reactivos del instrumento se clasificaron en cinco categorías para su análisis, de la siguiente manera:

<b>CATEGORÍA</b>	<b>No. DE REACTIVO DEL CUESTIONARIO</b>
RESPONSABILIDAD	7, 8, 11, 15, 16, 20, 21, 26
SATISFACCIÓN EN GESTACIÓN	1, 2, 3, 4, 5
SATISFACCIÓN HOSPITALARIA	17, 18, 19, 22, 24, 28, 29, 30
HÁBITOS	12, 13, 31, 33
CREENCIAS	6, 9, 10, 14, 23, 25, 27, 32

Considerando estas categorías como las variables independientes y cuya definición operacional es la siguiente:

**Responsabilidad:** Conducta de responder ante determinadas situaciones con atención, iniciativa, interés y cuidado.

**Satisfacción:** Grado de aceptación del consumidor, de la realización de lo que se pedía y se esperaba del servicio de atención primaria.

**Hábito:** Ejecución de conductas y/o actividades, de frecuencia relativa a cada individuo y que implica un modo de ser y modo de comportarse que tiene que ver con la

historia personal del sujeto.

**Creencia:** Opinión simple inferida de lo que una persona dice o hace, y que le permite al individuo valorar un objeto, una situación, un hecho, como verdadero o falso, bueno o malo, deseable o indeseable.

**Variable dependiente:**

**Nivel de calidad percibida:** Puntaje máximo obtenido de acuerdo a los valores establecidos en el cuestionario.

### **7.3. PROCEDIMIENTO**

El estudio se efectuó bajo las características de un diseño pre-experimental, tipo ex-post-facto.

Los pasos que se siguieron para realizar el estudio de campo fueron:

- 1- Trámite de acceso al hospital antes citado.
- 2- Aplicación del cuestionario piloto ( Anexo 2), a un grupo de 15 sujetos.

Como resultado de este piloteo se realizaron los siguientes cambios:

En la opción que refiere al hábito de fumar, no hubo una sola respuesta positiva, por lo que la pregunta se suprimió. Este hábito no es práctica común en las mujeres con



nivel socioeconómico predominante bajo.

En la pregunta de si recibió consulta en el Hospital “Maximiliano Ruiz Castañeda” se anexó un recuadro para recabar el número exacto de veces.

Se introdujo la opción de dónde llevó la mujer el control de su embarazo; ya que por razones diversas acudían a otras unidades de salud: Centros comunitarios, médico particular y Cruz Roja, entre otros.

La pregunta 7 se desglosó en dos, dado que son dos aspectos diferentes los que se estaban manejando (cuidado e higiene), pregunta 21 (en formato actual). Esta misma situación se presentó en la 9, lo que derivó a diferenciar problemas de Salud y problemas familiares (No. 10).

Puesto que es una práctica común de acuerdo a algunas características registradas, se incorpora la pregunta 13, sobre la costumbre de seguir consejos de personas que no sea el médico, con relación al embarazo.

La pregunta No. 24 del cuestionario inicial fue omitida, al considerar que la información que nos ofrecía, es recabada por otras (la 8 y la 22).

En cuanto a la cuestión No. 14, observamos la necesidad de incluir otra opción que implique la importancia que le confiere al médico (pregunta 26), en relación a la que se asignan a sí mismas.

La pregunta 28 se reestructuró de tal manera, que nos permitió detectar su satisfacción y responsabilidad en relación a su parto y los cuidados post-parto.

Consideramos pertinente integrar otra opción (pregunta 31) por las implicaciones propias de la pregunta: desinformación; prejuicios, estado de salud, etc.

Finalmente la pregunta 30 se modificó en cuanto a la temporalidad de la lactancia, a fin de que los resultados arrojados sean más específicos y no obvios.

3- Una vez realizadas todas las modificaciones a la cédula de preguntas, se procedió a efectuar la aplicación definitiva.

4- Para ésta aplicación se ubicó el número de cama y paciente que aceptara contestar el cuestionario.

5- Se realizó la encuesta, previa salida de las mujeres del hospital.

6- Instrucciones de llenado; dadas las condiciones físicas en las que se encontraban las informantes (dolor, lactancia u otro), el formato fue llenado por el encuestador, lo que implicó que se diera lectura al cuestionario.

## 8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con base en los componentes que detalla Donadebian (1984) en el apéndice “C” de la calidad de la atención primaria del servicio de Salud Materna, y de la forma generalizada de investigar las actitudes que a través del análisis de las opiniones recabadas en una encuesta, se estructuró un cuestionario (Carbajal y Pérez, 1996, Anexo 1 y 2) con la finalidad de medir las actitudes: responsabilidad, satisfacción, hábitos y creencias y como éstas se manifiestan en la mujer gestante.

### RESPONSABILIDAD

Obteniéndose los siguientes resultados sobre la Responsabilidad que la embarazada asume según su opinión, ante su embarazo y el servicio de atención otorgado.

“Los cuidados en el embarazo son en beneficio del bebé”. Un 56.6% dice que “siempre”. Llama la atención que un 4.1% elige la opción “nunca”.

“Durante el embarazo me informé sobre la maternidad”. Un alto porcentaje 46.4% “nunca” lo hizo y un 20.83%, sólo algunas veces. El 31.6% dice haberse informado desde “regularmente” hasta “siempre” en su embarazo.

“En el embarazo me informé sobre cuidados post-parto”, 53.3% dice no haberse informado “nunca”, solo 9.1% contestó “siempre” se informó sobre el embarazo

“Información sobre planificación familiar durante el embarazo”. El porcentaje más sobresaliente 43.33%, es el de las mujeres que “nunca” se informaron al respecto.

“El éxito del embarazo y parto dependen de mi responsabilidad”. Un 60% afirma que “siempre” es responsabilidad suya. Sólo el 1.60% dice que “nunca” lo es.

“Llevé a cabo las recomendaciones médicas en el embarazo”. Un 37.5% afirma que “siempre”, un 9.16% responde que “nunca”.

“Mi higiene en el embarazo fue en beneficio del bebé”. 75% asegura que “siempre” lo fue, sólo 4.16% dice que “nunca”.

“El éxito del embarazo y parto dependen de la responsabilidad del Médico”. Un 9.16% responde “nunca”. 14.66% dice que regularmente y 33.33% afirma que “siempre”. (tabla 1).

La escolaridad de las mujeres que “nunca” se informaron sobre su embarazo (46.66%), es diversa, desde la primaria hasta estudios posteriores al bachillerato. Sin embargo el porcentaje encontrado más sobresaliente, es de aquellas (12.49%) con estudios de secundaria completa y un 11.66% con primaria inconclusa. De las que se informaron en alguna medida 52.49%, sólo un 19.16% tiene como mínimo la secundaria completa.

Del 52.33% que dice no haberse informado “nunca” sobre los cuidados post-parto, el nivel de estudios promedio es la primaria. Del 46.64% que responde haberse informado en alguna medida, el 20% tiene al menos la secundaria terminada; un 2.5% son analfabetas.

Del 56.66% que respondió si haberse informado durante su embarazo sobre planificación familiar, sólo un 22.5% reportan como mínimo la secundaria terminada.

Del 39.38% que responden que el éxito de su embarazo y parto, no es su responsabilidad, un 11.66% tiene estudios mínimos de secundaria terminada.

Del 9.16% que “nunca” llevaron a cabo las recomendaciones médicas durante su embarazo, el 7.49% tiene en promedio la educación primaria.

De las mujeres que contestan que “nunca su higiene en el embarazo fue en beneficio de su bebé” (4.16%), el nivel de estudio promedio es la primaria inconclusa.

Del 42.49% de mujeres que responden que “casi siempre” y “siempre”, es *responsabilidad del médico el éxito del embarazo y parto*, sólo un 12.49% cubren estudios de secundaria.

En esta categoría se enfatizan los aspectos: cuidado e higiene del embarazo en beneficio del bebé; información sobre la maternidad; la atención post-parto y planificación familiar; así como el concepto de su responsabilidad en el embarazo y la del médico, y la ejecución de recomendaciones médicas (integradas todas en los reactivos: 7, 8, 11, 15, 16, 20, 21 y 26 del cuestionario).

Encontrándose que los porcentajes más altos obtenidos, se refieren a los cuidados e higiene durante el embarazo, así como a la suposición de que es responsabilidad de las mujeres el éxito de su embarazo y parto, lo que se contradice a los puntajes bajos encontrados sobre su iniciativa a informarse acerca del proceso del embarazo, el post-parto y la planificación familiar (figura 10). Se observa un aumento moderado en cuanto a la ejecución de las recomendaciones del médico. El puntaje obtenido acerca de la responsabilidad que le atribuyen al médico sobre el éxito del embarazo, tiende a ser alto (tabla 1).

No hay correspondencia directa en cuanto al 60% de mujeres que responde que es su responsabilidad el éxito del embarazo y parto, con el 31.66% que dice haberse

informado de manera regular durante ese proceso. La supuesta responsabilidad materna al proceso del embarazo no es llevada a la práctica por las personas de la muestra estudiada.

Los resultados nos llevan a afirmar que no hay una responsabilidad asumida, puesto que no hay manifestación de actitudes de participación y “responsabilidad” para informarse y porque se delega la responsabilidad del éxito del embarazo en el médico.

La baja participación de las mujeres para involucrarse en su proceso de gestación y parto, en los aspectos tales como la maternidad en general, los cuidados post-parto, la planificación familiar y la ejecución de recomendaciones médicas, nos permiten suponer que los factores culturales y socioeconómicos que predominan en la población estudiada son determinantes en dicha participación.

En cuanto a los resultados obtenidos del análisis correlacional se observó que hay una baja relación entre su escolaridad y su responsabilidad, existe una asociación media baja, según análisis de Spearman ( $r=0.3141$ ,  $P<0.0001$ ).

En la relación edad-responsabilidad se observa una leve tendencia de a mayor edad, mayor responsabilidad ( $r=0.1530$ ,  $P>0.05$ ).

## SATISFACCIÓN EN LA GESTACIÓN

“De la información solicitada acerca de sus antecedentes familiares”, el 61.6% opinó que es buena, un 8.3% que es “excelente”, 20% que es “regular”, 5% “muy malo”, no obstante existe el 10% de la muestra que no emite respuesta en esta sección, ya que no

asistieron a efectuar un seguimiento de su embarazo.

“En la solicitud y confirmación de prueba de embarazo”, la opinión de las encuestadas se manifiesta similar a la cuestión anterior, un 69.1% manifestó que es buena, 8.3% que es “excelente”, 4.1% “regular”, 5% “malo” y 3.3% “muy malo”.

“En la identificación de riesgos del embarazo” el 58.3% calificaron como buena la atención médica, 10.8% “excelente”, 10% “regular”, 3.3% “mala” y 7.5% “muy mala”.

“Sobre el consejo de actividades diarias durante el embarazo”, la atención fue la siguiente: 56.6% “bueno”, 10% “excelente”, 13.3% “regular”, 4.1% “malo” y 5.8% “muy malo”.

La muestra opinó con relación a si el médico que las atendió durante su embarazo “explicó de posibles complicaciones después del parto”, lo siguiente: 8.3% “excelente”, 31.6% “buena”, 25.8% “regular”, 10% “mala”, 14.1% “muy mala” (tabla 2).

La valoración que realizan las pacientes del servicio otorgado durante la gestación es regular, lo que permite interpretar que la calidad del servicio no es del todo satisfactorio.

Los valores que se obtuvieron de la valoración que las mujeres realizaron del servicio de atención durante la gestación, manifiestan un patrón similar en los cuatro primeros ítems, varía más el referente número 5, donde “el médico informó sobre algunas complicaciones que pudieran presentarse después del parto”. No obstante la valoración que hacen en general del servicio, corresponde a un valor de “regular”, lo que sugiere que no hay una satisfacción plena del mismo, ya que como Donabedian (1984) plantea: son los usuarios los definidores de la calidad del servicio, a partir de dos aspectos: uno que es

determinar el valor que debe darse a los beneficios y riesgos esperados para la salud, otro es en función de sus valores y expectativas acerca del manejo del proceso interpersonal (médico-paciente) en el servicio de salud.

Por tanto, estos resultados demuestran precisamente que los usuarios evalúan a partir de sus expectativas, valores y de los beneficios que reciben, adjudicando grados de satisfacción del servicio.

Un factor más que influyó en este resultado general, en cuanto a la satisfacción en la gestación, es el hecho que las mujeres asistieron a sus consultas en diversos sitios (Centro de Salud, D.I.F., Médico particular), lo que significa que están evaluando la atención recibida en estos lugares. El lugar con mayor demanda fue el Centro de Salud según versiones de las mismas mujeres, por cercanía y por costos bajos. Sin embargo, del 52.2% que asistieron a éste lugar valoran la atención médica como “regular”.

De la asistencia a consulta en el hospital, un 27.5% lo hizo, calificando como bueno el servicio recibido, sin embargo, también aquí se repite la valoración “regular” acerca de la omisión de la orientación sobre problemas posteriores al parto (figura 11).

Por otra parte, es importante detectar que en el análisis de correlación se encontró una leve tendencia de a mayor grado de escolaridad, mayor grado de satisfacción ( $r=0.3272$   $p<0.0001$ ); lo que indica que el grado de estudios sí influye en las actitudes de las mujeres objeto de estudio, sobre su apreciación de los servicios otorgados en la atención durante el periodo de gestación.

Existe una correlación media ( $r=0.5247$   $p<0.0001$ ) según Spearman, entre la responsabilidad y la satisfacción, lo que significa que en la medida en que las mujeres



tienen una mayor responsabilidad también hay una mayor satisfacción.

## **SATISFACCIÓN HOSPITALARIA**

Estoy satisfecha con la atención del personal del hospital. Un 66.60% afirma haber estado “siempre” satisfecha. Un 3.33% responde que “nunca” estuvo satisfecha con la atención.

“Me agrada el ambiente físico del hospital”. Un 46.66% elige que “siempre” fue de su agrado dicho ambiente; significativamente un 10% responde que “nunca” lo fue.

“Estoy satisfecha con la participación de mi pareja en el embarazo”. 58.33% afirma que “siempre” estuvo satisfecha; sin embargo un 18.33% “nunca” lo estuvo. Obsérvese que este dato presenta una mínima diferencia con el de las madres solteras, 16.7%.

“Estoy satisfecha con lo obtenido en las consultas del embarazo”. 56.66% responde que “siempre” se sintió satisfecha, el 6.66% afirma que “nunca” sintió satisfacción por la información obtenida.

“El personal médico que me atendió en el parto me dio confianza”. Un 70.83% respondió que “siempre”, sólo un 2.5% afirmó que “nunca” sintió confianza en el personal que lo atendió.

“En otro embarazo volvería a atenderme en este hospital”. 9.16% asegura que “nunca” y un 58.33% afirma que “siempre”.

“En el hospital me orientaron sobre cuidados de bebé”. 10% dice “nunca” haber recibido esta orientación. Un 26.66% contesta que “siempre” lo hicieron.

“Recibí orientación sobre planificación familiar en el hospital”. 54.16% responde que “nunca”; solo un 10% contesta “siempre”.

Del 6.66% que dijo “nunca” sentirse satisfecha con lo obtenido en las consultas del embarazo, el nivel de estudios promedio es la primaria.

Respecto a la atención brindada en el hospital durante el parto, se obtiene una evaluación que corresponde a una valoración “casi siempre” (tabla 3), lo que significa que en la mayoría de las situaciones en las que recibió atención, ésta cubrió las expectativas y demandas, incluyendo atención del personal médico y hospitalario, participación de la pareja, información y orientación sobre cuidados del bebé y planificación familiar. Lo que nos lleva a suponer que su opinión no es reflexiva, sino en función de los resultados obtenidos, es decir, el resultado del parto.

Cabe mencionar que la valoración específica que hacen de la información y orientación sobre cuidados del bebé y planificación familiar es baja (figura 12), porque las mujeres opinan que no hay información y orientación sobre estos aspectos, lo que está relacionado a que las mujeres permanecen en el hospital, el tiempo mínimo requerido para parir, recuperarse y ser dadas de alta, por lo que no hay tiempo disponible para que la institución pueda cubrir las demandas de información. No obstante, sería conveniente que el hospital cubriera esta demanda aún bajo estas circunstancias (disposición de poco tiempo de estancia en el hospital), proporcionando información sobre estos puntos que constituyen una prevención, educación y concientización con relación a la salud.

En cuanto al análisis de correlación entre satisfacción hospitalaria y escolaridad, se encontró que no hay una relación significativa, a diferencia de la escolaridad con satisfacción en la gestación. Sin embargo, en la correlación de escolaridad con satisfacción general, hay una ligera tendencia de a mayor escolaridad mayor satisfacción ( $r=0.3272$   $p<0.0001$ ). Lo que nos llevó a cuestionar, si a menor grado de estudios, los juicios que emiten los sujetos sobre la atención otorgada, son más severos o se hacen en función de lo que por sentido común debe ser y no con base en criterios y aspectos establecidos de acuerdo a un parámetro.

## HÁBITOS

“Mis actividades de la vida diaria cambiaron por el embarazo”. Un 44.99% afirma que “nunca”, por otra parte un 54.99% dicen haber cambiado su rutina en alguna medida.

“Acostumbro seguir consejos de otras personas acerca del embarazo”. El porcentaje más alto encontrado 44.16% es el de mujeres que responden “nunca”. Globalmente un 55.82% reporta que acostumbra seguirlos en diferente medida.

“Tuve relaciones sexuales durante mi embarazo”. Un 18.33% afirma que “nunca”, 54.16% “algunas veces”, 19.16% “regularmente”, 3.33% “casi siempre” y sólo un 5% “siempre”.

“Creo que las madres deben amamantar al bebé hasta el año de edad”. 3.33%

dice que “nunca”, 8.33% supone que “regularmente y 51.66% afirma que “siempre”. (tabla 4).

De aquellas mujeres que responden que “nunca” tuvieron relaciones sexuales durante su embarazo (18.33%), el 5.83% tiene como mínimo estudios de secundaria; un 12.49% estudios básicos de primaria. 2.49% son analfabetas. De las que responden haber tenido relaciones sexuales durante el embarazo con diversa frecuencia, el nivel promedio de escolaridad es primaria.

Del 55.82% de mujeres que dicen si seguir consejos de terceras personas en algún momento respecto de su embarazo, sólo un 20.83% reportan como mínimo la secundaria terminada.

De la categoría considerada como hábitos, en los reactivos (12, 13, 31, y 33) sobre los cambios observados en la vida diaria por el embarazo y en la costumbre de seguir consejos de otras personas, se observan puntajes relativamente altos (44.99% y 44.16%, respectivamente), ya que no deben cambiar sus actividades diarias, ni tampoco seguir consejos de personas que no sean médicos.

En el aspecto de mantener relaciones sexuales durante el embarazo se registra un puntaje relativamente bajo (figura 13), las razones registradas de este hecho fueron el miedo, la ignorancia y la costumbre.

Con respecto a la lactancia durante un año, el puntaje obtenido es moderadamente alto (75.1%). También en este punto, hubo diversas razones para no estar de acuerdo con la temporalidad de la lactancia de un año: el trabajo, alguna enfermedad o bien, que es sabido que en promedio el mínimo establecido son seis meses.

En general, respecto a las preguntas que refieren la categoría de hábitos, nos indican un nivel relativo de desconocimiento, sobre todo en lo que se refiere a la costumbre de seguir consejos de otras personas, a la pertinencia de mantener relaciones sexuales en el embarazo y la posibilidad de amamantar al bebé durante un año. Todo lo cual nos habla de una actitud poco participativa para informarse y corresponsabilizarse de su embarazo y parto.

Del análisis correlacional se observa que la escolaridad no influye en la manifestación de hábitos en el embarazo. En cambio, la edad parece estar más relacionada, es decir, hay una mayor tendencia de a mayor edad más arraigo de hábitos ( $r=0.2361$   $p<0.009$ ).

## CREENCIAS

“Tuve pensamientos de un hijo con defectos congénitos”. 59.16% “nunca” haber tenido pensamientos de un hijo con esas características. 32.5% los tuvo “algunas veces” y solo un 3.33% contesta que durante su embarazo “siempre” los tuvo.

“Mis problemas de salud afectan el embarazo”. Un 53.33% dice que nunca”, mientras que un 21.66% asegura que “siempre”.

“Mis problemas familiares afectan el embarazo”. Un 49.16% contesta que “nunca”, un 20.83% dice que “algunas veces” y el 20% afirma que “siempre”.

“El buen logro del embarazo depende de la suerte”. El 54.16% señala que “nunca” depende de la suerte. El porcentaje restante 44.15% recae significativamente en

las otras opciones, evidenciando que el éxito del embarazo no es resultado de un buen autocuidado o de la atención, sino de un factor “Mágico”.

“Me atemorizaban las posibles complicaciones del embarazo”. Sólo un 14.66% responde “nunca” haber sentido temor acerca de su embarazo. En cambio un 19.16% dice que “siempre” lo tuvo.

“Por lo general la maternidad es un estado placentero”. 37.5% contesta que “siempre” lo es. El 6.66% dice que “nunca” lo es.

“Por lo regular me sentí tranquila durante el embarazo”. Un 6.66% dice que “nunca”, 25% “regularmente” y 21.66% “siempre”.

“En el hospital es importante la lactancia materna”. 80% responde que “siempre”, en la opción de “nunca” hubo 0 respuestas (tabla 5).

Del 40.80% de mujeres que responden si haber tenido pensamientos de un hijo con defectos congénitos, sólo el 17.48% presentan estudios mínimos de secundaria terminada.

De aquellas mujeres que afirman que “nunca” (14.66%) les atemorizaron las posibles complicaciones del embarazo, sólo un 4.31% tienen estudios mínimos de secundaria. De las que reconocen sí haber tenido temores (85.81%), sólo el 30.83% tienen estudios superiores a la secundaria.

Del 6.66% que afirma que “nunca” por lo general la maternidad es un estado placentero, solo un 2.49% tiene la secundaria cubierta.

En esta misma categoría de creencias, en los aspectos: “tuve pensamientos de un hijo con defectos congénitos” y “me atemorizan las posibles complicaciones del

embarazo”, las encuestadas respondieron 43.6% y 42.5%, respectivamente (tabla 5). En general consideran que la maternidad es un estado placentero (valoración 71.7), de forma similar manifiestan haberse sentido tranquilas durante su embarazo (valoración 65). Existe una alta valoración 79.1% (figura 14), en creer que “el buen logro del embarazo depende de la suerte”, por lo que cabe destacar que si las creencias son definitorias de la actitud adoptada, estaremos comprobando tal hecho, ya que en los resultados de responsabilidad las mujeres opinan que sí es su responsabilidad el embarazo y todo lo que conlleva; sin embargo, sus opiniones mismas indican lo contrario, puesto que no asumen esta responsabilidad, al no informarse y delegar la responsabilidad al médico, así como “limitarse” a la creencia de que éxito del embarazo depende de la suerte.

Por otra parte, se observa en el análisis correlacional una tendencia de mayor arraigo a sus creencias hacia el embarazo, sin que para ello influya determinadamente el nivel de estudios, lo que nos llevaría a relacionar lo que Sheriff (1990) plantea de cómo se adquieren las actitudes, que son algo aprendido a través del desarrollo del individuo y consecuencia de su relación con otro en situaciones interpersonales; típicamente, la interacción con las personas significativas es la base para la formación de actitudes, como es el caso de la familia, principal transmisor de estas creencias.

En el estudio correlacional escolaridad - creencias, se observa que no hay una relación significativa,  $r=0.1204$   $p>0.190$ .

Se observa también una baja relación entre responsabilidad - creencias ( $r=.2739$   $p<0.002$ ), lo que sugiere que efectivamente las creencias influyen en el actuar.

Existen creencias y hábitos que dada la historia personal y las circunstancias

culturales en las que se desarrollaron las mujeres objeto de estudio, están presentes e influyen en la apreciación que tienen del servicio médico que se les otorga, así como de su propio papel dentro de este proceso.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, las actitudes que más se observaron son la satisfacción y la responsabilidad, teóricamente aceptadas por parte de las mujeres gestantes, según su propia opinión, pero no asumida en los hechos.

*La satisfacción de la gestante es el elemento más sobresaliente que permite en forma significativa emitir un juicio acerca de la calidad recibida en el servicio de atención. No obstante, detectamos que la responsabilidad entendida como el involucramiento o la participación activa de la mujer en su proceso de embarazo y parto, le permite ejercer una opinión más “crítica” y “consciente” de su actuación y la del o los médico(s) que le atendieron.*

Por tanto, si existe una relación directa entre las actitudes de las encuestadas y su evaluación de la calidad en la atención primaria durante la gestación, en el sentido de que modifican el criterio de un estándar de calidad, en tanto disponen de diversos elementos de juicio que incrementan la valoración de la calidad de un servicio, y en consecuencia la emisión de una evaluación más objetiva. Las mujeres de este estudio reportaron un actuar limitado, en el que esta dada su valoración de un servicio al que no se acercan y por ende desconocen.

## **EMBARAZO NO DESEADO**

Dentro del proceso y análisis de la investigación resultó sobresaliente el dato



del embarazo no deseado (20.83%) por lo que se hizo un breve análisis de esta variable, también porque dentro de los planteamientos de los factores que influyen en el embarazo se encuentra el no desear el embarazo según la OMS (Organización Mundial de la Salud), entre otros, como nivel socioeconómico.

Lo primero que resalta es que un 20.83% de la población manifiesta haber tenido un embarazo no deseado, éste dato se consideró como el 100% de la submuestra, es decir, de la población total 120 sujetos, 25 que no deseaban su embarazo corresponde a un 20.83% de esa muestra, considerándose ésta al 100% y es en función de ésta que se hace el análisis.

El porcentaje más alto de mujeres que no deseaban su embarazo son jóvenes menores de 25 años, en cuanto al estado civil, el mayor porcentaje es unión libre, aunque no es muy alto ya que igual hay solteras, casadas y separadas en diferente proporción.

En cuanto a la escolaridad sólo un 32% de las mujeres cuenta con una preparación por arriba de la secundaria. La ocupación de estas mujeres también es diversa, aunque el mayor porcentaje (72%) es el hogar.

Referente a gestas anteriores a este embarazo, el 48% de las mujeres no ha tenido ninguna.

Con relación a la variable, ingirió medicamentos sin prescripción médica, los resultados son: sólo el 8%, lo hizo; cabe aclarar que son los únicos casos en toda la población de éste estudio.

Sobre la evaluación de la atención médica durante el embarazo, los resultados de esta pequeña muestra son similares a la muestra general, los porcentajes más altos se

ubican en la calificación “bien”. No obstante, existen casos que califican de “mal” y “muy mal” el servicio, además, un 16% de esta muestra no acudieron nunca al servicio médico durante el desarrollo de su embarazo.

Los resultados obtenidos de los reactivos sobre la medición de sus actitudes son los siguientes:

Un 68 % de los sujetos “tuvieron pensamientos de un hijo con defectos congénitos” desde “algunas veces” hasta “siempre”.

En “experimentar temor por las posibles complicaciones durante el embarazo”, 20% nunca tuvo temores, el 80% restante si los tuvo, desde “algunas veces” hasta “casi siempre”.

En los reactivos sobre obtención de información acerca de la maternidad (68%), los cuidados post-parto (64%), y planificación familiar (48%), “nunca” lo realizaron.

Referente a si la salud física afecta el embarazo o no, 36% opinó que “nunca” y 28% que “siempre”. En cuanto a “los problemas familiares afectan el embarazo”, un 44% dice que “nunca” y 32% “siempre”.

“El éxito del embarazo depende de mi responsabilidad”, 64% dice “siempre”

“El éxito del embarazo depende del médico”, 32% opina que “siempre”.

“En la satisfacción de la atención médica del hospital”, 8% dijo “nunca” fue satisfactoria y 52% “siempre”.

En cuanto a si “tuvo relaciones sexuales durante su embarazo” un 68% manifestó “nunca” haberlas tenido

En suma, el patrón de respuestas en esta variable se observa semejante al del análisis general de las categorías: mujeres jóvenes, baja participación, mínima satisfacción, y cierto apego a algunas creencias no convenientes para las implicaciones de un embarazo, son las características sobresalientes de esta submuestra.

## 9. CONCLUSIONES.

Acercarse al contexto de la salud, cualquiera que esta sea, nos obliga a revisar indicadores demográficos, daños a la salud, análisis de los recursos y servicios existentes; condiciones biológicas y sociales de la población, asignación de presupuestos, condiciones de trabajo, en fin, una diversidad de aspectos que se enmarcan dentro de las áreas económico, político, educativo, social y psicológico del individuo y de la sociedad.

Debido a la naturaleza diversa de los factores que intervienen en el área de la salud es que existe la necesidad del trabajo interdisciplinario, que en los diferentes niveles de decisión: institucional, de docencia y de investigación, aporta información que fundamenta programas cada vez más viables y permanentes, cuyo seguimiento debe ser evaluado constantemente y donde la administración y presupuestos se espera, sean autónomos.

Es dentro de este marco, que la presente investigación pretende aportar algunos datos que sean de utilidad en el campo de la salud; analizando algunos factores intervinientes y precipitantes del comportamiento alrededor del embarazo específicamente, como un componente de la relación médico - paciente. La mujer como usuaria del servicio y como evaluador del mismo, considerando aspectos tales como su condición socioeconómica, edad, nivel de escolaridad, estado civil, entre otros; y en el

plano psicosocial, sus motivaciones, su sentido de responsabilidad, sus expectativas hacia la maternidad, su satisfacción, sus hábitos y sus creencias.

La valoración que estas mujeres emiten acerca del servicio recibido está influenciado por sus actitudes, esto lo prueba el manifestar una satisfacción del servicio durante la gestación y parto, en función a referentes que están basados en sus “creencias” básicamente, y en las expectativas personales, al no existir o disponer de información y educación previa, sobre lo que el servicio de salud en la gestación debe proporcionarse y así tener un parámetro más preciso para evaluar, aquí la relación satisfacción-escolaridad es directamente proporcional, a mayor escolaridad, mayor satisfacción.

También se ve reflejado este hecho al observar que la opinión o juicio que ejercen sobre su propia actuación se limita a este aspecto del “deber hacer” y no a la trascendencia a la acción. Específicamente se habla de su responsabilidad materna, que es teóricamente aceptada, pero que en la práctica no es ejecutada del todo, en este proceso de gestación y parto. Esto es, la mujer refiere una responsabilidad que no es asumida.

En este sentido, es de suma importancia abordar a las usuarias del servicio de salud materno-infantil, para ahondar en lo que concierne a la emisión de la calidad de la atención primaria; debido a la certeza de que en la medida en que un profesional de la salud encuentra en su campo de acción la participación activa y la retroalimentación del que recibe sus servicios, tendrá seguramente un mayor interés en mejorar y cambiar sus

condiciones (entiéndase capacitación, calidez en el trato, ambiente físico, entre otros), que se verán reflejados en un nivel óptimo de la calidad de esa atención. Sin desvirtuar, por supuesto que dicho “estándar” de calidad está dado mayormente por las propias motivaciones, intereses y objetivos del profesional de la salud y de la institución.

Sin embargo, se observa que es hasta el momento en que estas mujeres son cuestionadas de una manera más directa - lo cual las coloca en el papel de ser evaluadas en su función-acerca de lo que fue el curso de su embarazo y parto y cómo se involucraron en el proceso, cuando caen en la cuenta, en razón de su entorno económico, de instrucción y de vida, de la importancia de su labor, de una mínima actuación efectiva, limitada por una serie de condiciones como el prejuicio y el desconocimiento; lo que las conduce a la espera de un desenlace de índole “mágica”.

Bajos porcentajes de participación y de búsqueda de información son los aspectos predominantes encontrados en las mujeres entrevistadas, lo cual no impidió que hayan ejercido una valoración sobre la atención médica recibida. Los puntos que en suma, refieren como valiosos por parte de los médicos, son la interacción para con ellas, la asistencia de un mismo médico y la recomendación de instrucciones precisas sobre su embarazo.

Es importante mencionar que al “depositar” algunas mujeres todo el peso de la responsabilidad de su embarazo y parto en el personal y profesional médico, se provoca la aplicación, si no de un doble esfuerzo, si de una sobre-atención en problemas

que podrían ser evitados o anticipados con la prevención; además de la posibilidad de desviar la atención necesaria para otras pacientes.

Asimismo, se hace la observación que de manera colateral arrojan los resultados de este estudio, acerca de la escasa participación del padre en este hecho; donde la mujer afronta no sólo el proceso del embarazo y parto, sino también lo que corresponde a la planificación familiar. Es necesario por tanto involucrar al padre, fomentando de inicio quizá, su sentir hacia lo que significa ser padre, concediéndole mayor atención en este rol y promoviendo su participación en el cuidado del niño.

Finalmente, ¿A través de qué criterios de referencia podrán estas mujeres ejercer un juicio de la calidad de la atención que recibieron? Habrá que darle validez relativa, sin dejar de considerar que lo relevante son precisamente los “criterios”, variables y condiciones para emitir su juicio. También debemos estimar las condiciones económicas en las que se encuentran, que apenas les permiten sobrevivir y el nivel de instrucción básica que les imposibilita el acceso para interesarse y enterarse siquiera de las potencialidades del sistema de salud institucional, y de las suyas propias.

La incursión en el análisis del aspecto psicológico, como una “porción” del ser integral del individuo, dentro del ámbito de la salud, nos permite afirmar la necesidad de contemplar todos y cada uno de los factores que están interviniendo en un proceso, ya sea impidiendo o bien posibilitando la emisión de la calidad de un servicio. En este caso que nos ocupó, se observó con mayor claridad cómo y por qué algunas características

generales de estas mujeres (nivel mínimo de instrucción, adolescencia, desempleo, inaccesibilidad geográfica y deficiente calidad de vida, entre otros) intervienen más bien como obstaculizadores para que el nivel de calidad ofrecido por una Institución de salud, pueda ser aprovechado al máximo.

### **9.1. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.**

Encontramos algunos casos, sobre todo el de las mujeres analfabetas, que presentaban dificultad para entender y por consiguiente contestar ciertos cuestionamientos y/o conceptos específicos como los siguientes: “gestas”, “congénito”, “prescripción”, “antecedentes familiares”, “estado placentero”, entre otros.

No se incluyó el factor “religión” para investigar su posible relación con algunos aspectos del presente estudio como la planificación familiar, el aborto, la responsabilidad, las creencias, entre otros.

De este estudio se extraen algunos puntos que se destacan unos por omisión, otros por deficiencia, lo más por su relevancia. Los cuales pudieron ser de interés para posteriores investigaciones. Se enlistan a continuación:

- La problemática del embarazo en mujeres adolescentes.
- El índice significativo de madres solteras.



- El embarazo no deseado.
- La escasa preparación sobre paternidad responsable.
- La mínima instrucción e información sobre los cuidados post-parto.*
- La planificación familiar en zonas semirurales.
- El reconocimiento de la responsabilidad inherente al médico,  
(especificidad de su actuación y de las instituciones).
- Explorar las motivaciones que pueden conducir a la mujer a la búsqueda de  
información, para obtener mayores beneficios del servicio.
- Detectar criterios específicos a partir de los cuales las mujeres evalúan el  
Servicio de salud.
- E investigar cómo el nivel de información con relación al embarazo y parto  
funge como criterio de evaluación.

## 10. BIBLIOGRAFIA

Almada, B.(1991) Coord. Salud y crisis en México. Más textos para el debate. Urbe salud y crisis, la experiencia de los sismos. Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Humanidades. Cuadernos del CIH. UNAM.

Almaraz, M. , Serna R., López R., Pérez Ch. y Samaniego M. (1983) Antología de Psicología Social Teórica II. ENEP Iztacala UNAM.

Ardila, R. (1981) La Profesión del Psicólogo. Cap. 15 La formación de psicólogo y la política nacional. Cap. 16 Educación en investigación interdisciplinaria, el investigador y su labor. Editorial Trillas México.

Aramoni, A. (1984) El mexicano un ser aparte. Editorial Testimonio México.

Baena, G. (1986) Instrumentos de investigación. Editores Mexicanos Unidos 13a edición, México.

Badia , J. (1989) Monografías Clínicas en Atención Primaria 3. Actividades Preventivas. Editorial Doyma.

Cardaci, D. (1982) compiladora. Mujeres y medicina 2. Quién es esta nueva

mujer que soy ... .Reflexiones sobre Mujer y Salud. División de Ciencias Biológicas y de la Salud./Departamento de Atención a la Salud/. Area educación y salud UAM-X-CONACYT.

Carbella, R. (1994). Descubrir la Psicología No. 5 Psicología del embarazo y del parto. Edición Folio S.A. España .

Castañón, R., Rodríguez J., García M., Vargas D. (1979). Comité Editorial . Investigación En Servicios de Salud. Memoria del seminario llevado a cabo los días 13, 14 y 15 de julio de 1978.Mansión Galindo Qro. Tema 3 Desarrollo de instrumentos de Medición para la Evaluación de Servicios Médicos. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología Secretaría de Salubridad, México.

Chodorow, N.(1984) El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos. Ed. Gedisa. Traducción Oscar L. Molina. Primera Edición. Barcelona.

Crosby, P.(1987) La calidad no cuesta: El arte de cerciorarse de la Calidad. Compañía Editorial Continental, México.

De Beauvoir, S. (1989). El segundo sexo. La experiencia vivida. Tomo 2. Cap. 1 y 2. Alianza Editorial Siglo veinte.

Diccionario de las ciencias de la Educación.(1984) Editorial Diagonal Santillana . .

Diccionario de la lengua española. (1995). Laurosse, México.

Diccionario enciclopédico. (1995). Santillana , España.

Diaz, G. (1990). Psicología del Mexicano. Cap. 15. La mujer y las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana. Editorial Trillas. Quinta Edición, México.

Donabedian, A.(1984). La calidad de la atención médica. La Prensa Médico Mexicana.

Horwits, A. (1985). Salud para todos en el año 2000 y la Universidad. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. 98(5).

Horwits, C., Florenzano, U. y Ringeling, P. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. 98(2).

Hulka, B., Zyzansky, S., Casell, J. y Thompson, S. (1990). Scale for the measurement of attitudes toward physicians and Primary. Medical care septiembre-octubre. Vol. VIII No. 429-435.

Ischikawa, K. ¿Qué es el control total de la calidad.(1986). La modalidad Japonesa. Cap. III, V,VII y VIII. Editorial Norma, Colombia.

Juan, L., Berumen, A. , Trejo, R. y Egremy, J. (1984). La mujer en las acciones de atención a la salud en México. Salud Pública de México. Vol.26.

Langer, M. (1992). Maternidad y Sexo. Cap. 1. La mujer y su conflicto actual. Cap. 2. Revisión de la literatura psicoanalítica sobre la femineidad. Editorial Paidós, México.

Lerer, M. (1982). Sexualidad Femenina. Mitos, realidad y el sentido de ser mujer. Editorial Sudamericana Planeta. Undécima Edición Buenos Aires, Argentina.

Masters, W. y Johnson, V. (1987). La sexualidad humana. Tomo I. Cap. 5. La reproducción humana. Editorial Grijalbo. México.

Méndez, R., Namihira, G., Moreno, A. y Sosa, M. (1994). El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. Editorial Trillas, 3ª. Reimpresión, México.

Munné, F.(1986). Psicología Social. Ediciones CEAC. Barcelona, España.

Nadelsticher, M. (1995). Seminario de Investigación y Tesis II. Psicología Social. Prontuario para investigadores.

Nicholson, J. (1987). Las angustias de la maternidad. Editorial Plaza & Janes.

Paz, O.(1992). El laberinto de la soledad. Editorial Fondo de cultura económica. Vigésimaprimer reimpresión, México .

Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. (1994). Secretaría de Salud.

Punamakí, R. y Aschan, H.(1994). "Self-care and mastery among primary health care Patients. Soc. Sei. Med. Vol. 39. No. 5.

Ramírez, S.(1985). El mexicano. Psicología de sus motivaciones. Editorial. Enlace Grijalbo. Novena Edición, México.

Reseñas.(1985). Atención Primaria de Salud en zonas urbanas. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana.

Rosander, A. (1992). La búsqueda de la Calidad en los Servicios. Cap. 3. La Naturaleza única de los servicios. Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Rojas, S.(1982). Guía para realizar investigaciones sociales. Editorial Textos Universitarios. Séptima edición, México.

Schmelkes, C. (1988). Manual para la presentación de anteproyectos e informes de Investigación (tesis). Editorial Harta, México.

Summers, G. (1986). Medición de actitudes. Editorial Trillas, 4a. Reimpresión, México.

Sheriff y Sheriff, (1990). Psicología Social. Las actitudes. Editorial Harla.

Zurro, A., y Cano, P. (1986). Manual de Atención Primaria. Cap.20. Control del Embarazo Normal. Editorial Doyma, Barcelona.

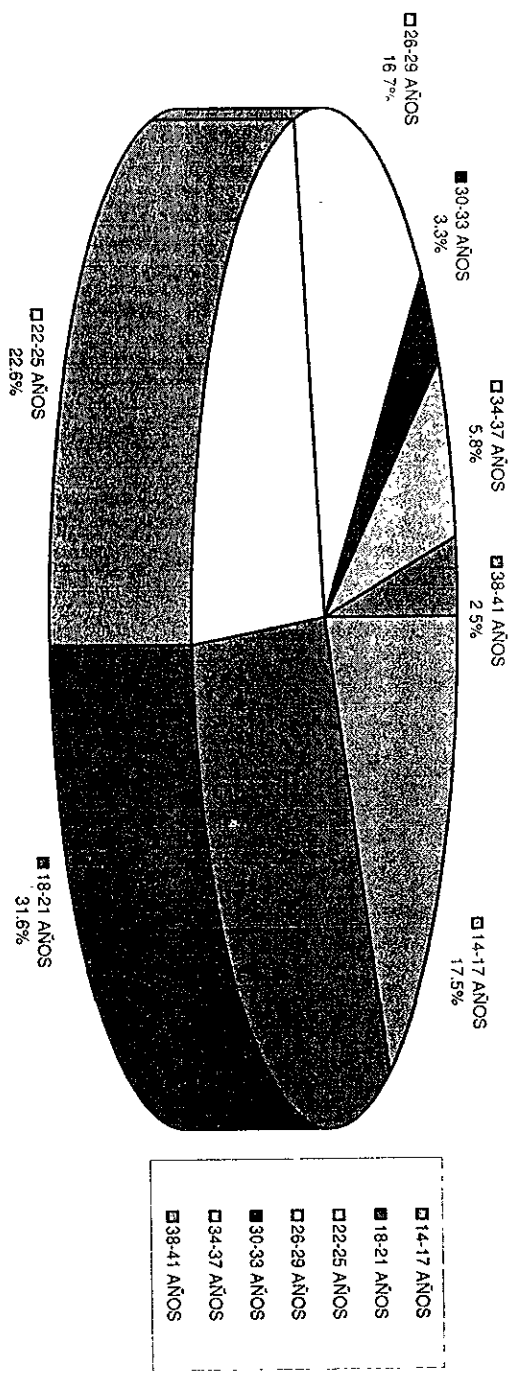
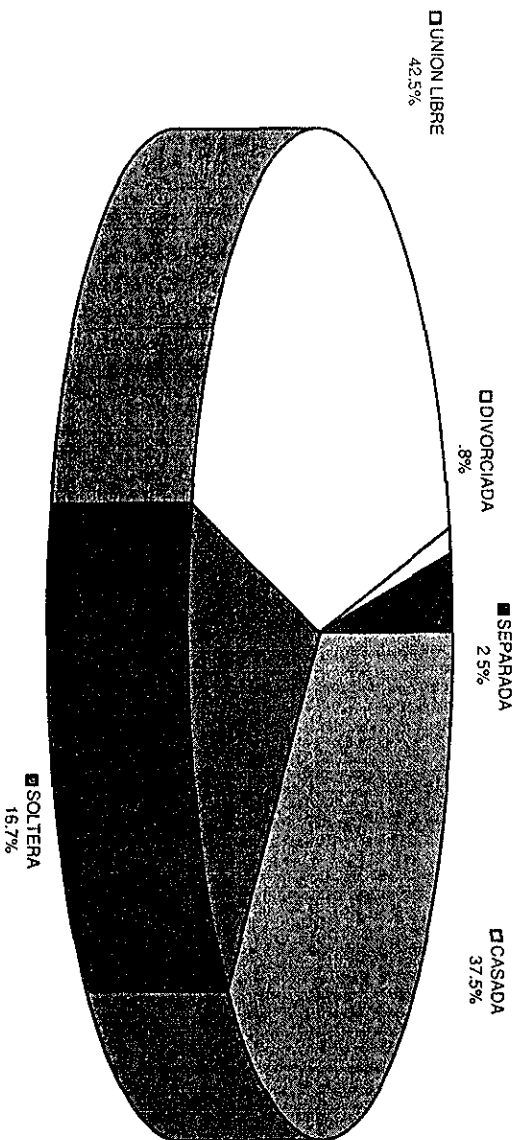


FIGURA 1. Edad de las mujeres encuestadas, observándose porcentajes mayores de 18 a 25 años





- CASADA
- SOLTERA
- UNION LIBRE
- DIVORCIADA
- SEPARADA

FIGURA 2. Estado civil de las mujeres objeto de éste estudio.

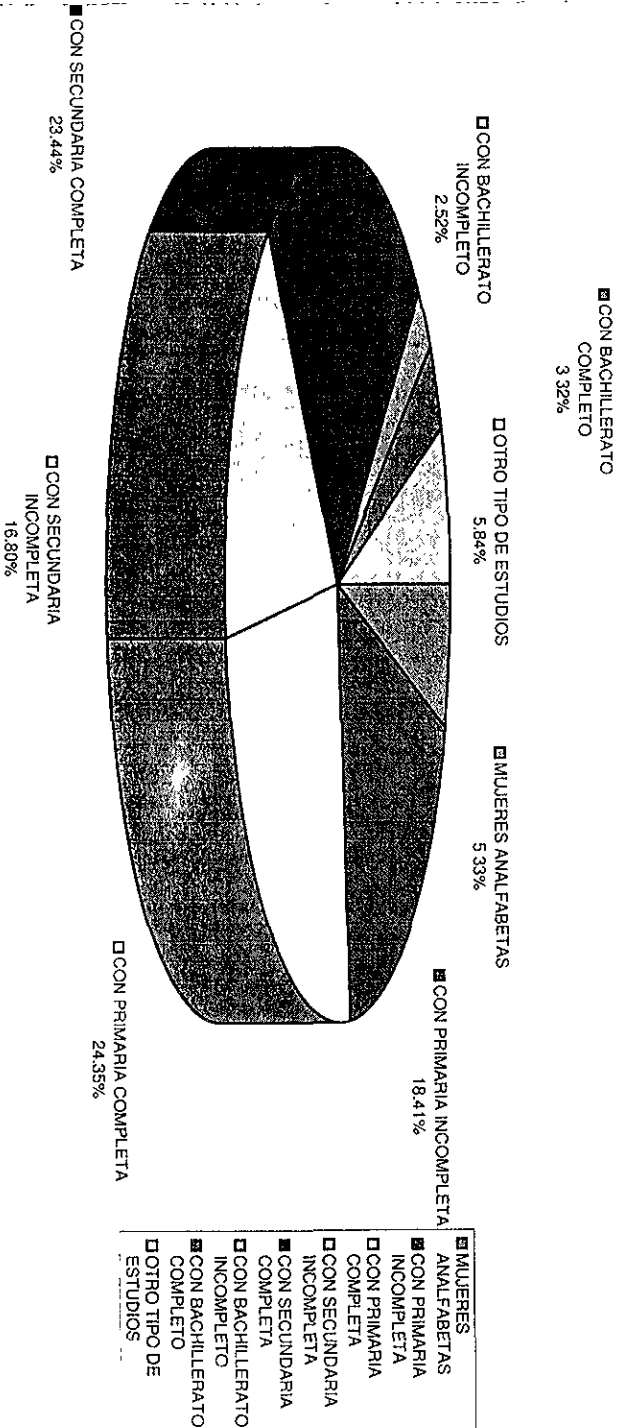


FIGURA 3. Grados de escolaridad de las mujeres en este estudio.

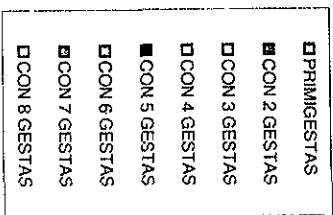
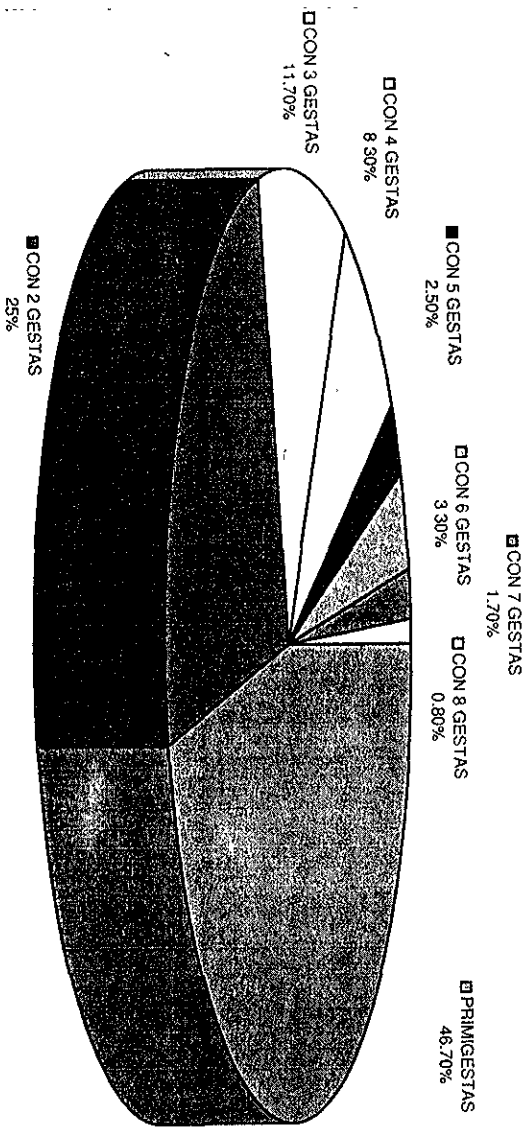


FIGURA 4. Gestas que manifiestan haber tenido las mujeres en este estudio.

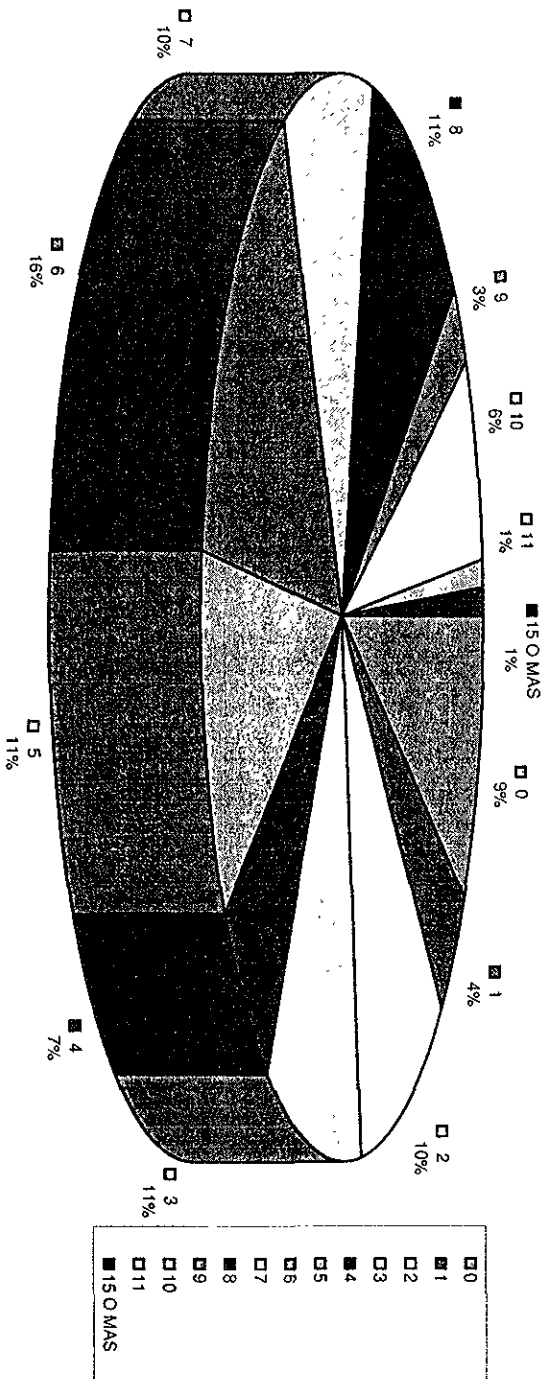


FIGURA 5. Número de consultas realizadas durante su embarazo.

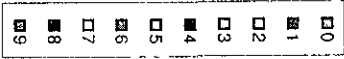
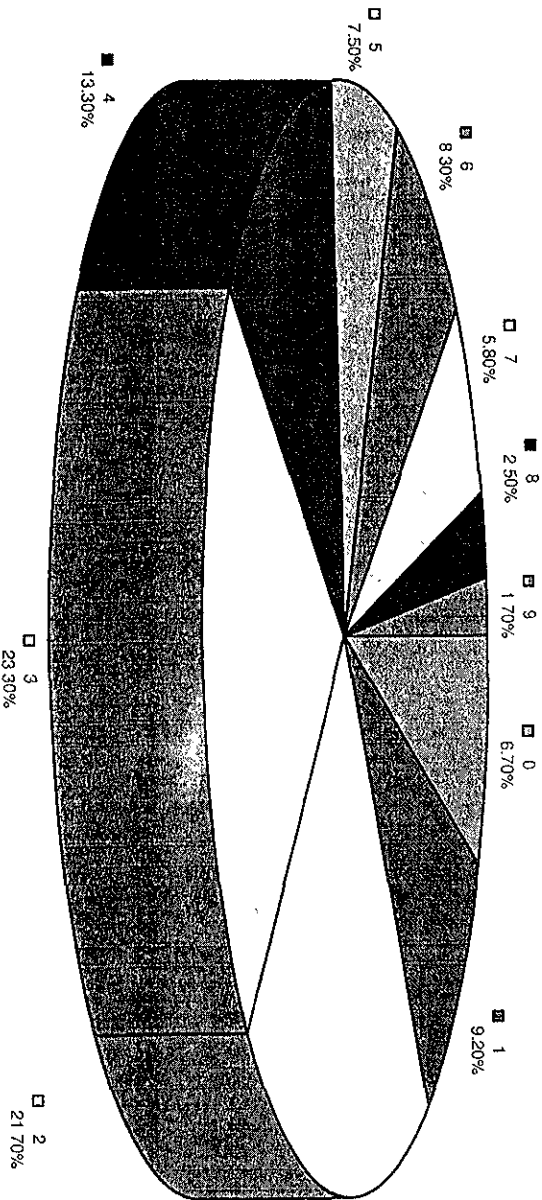


FIGURA 6 Mes de embarazo en que se inicia la consulta médica por las mujeres.

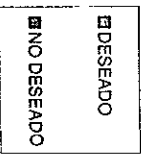
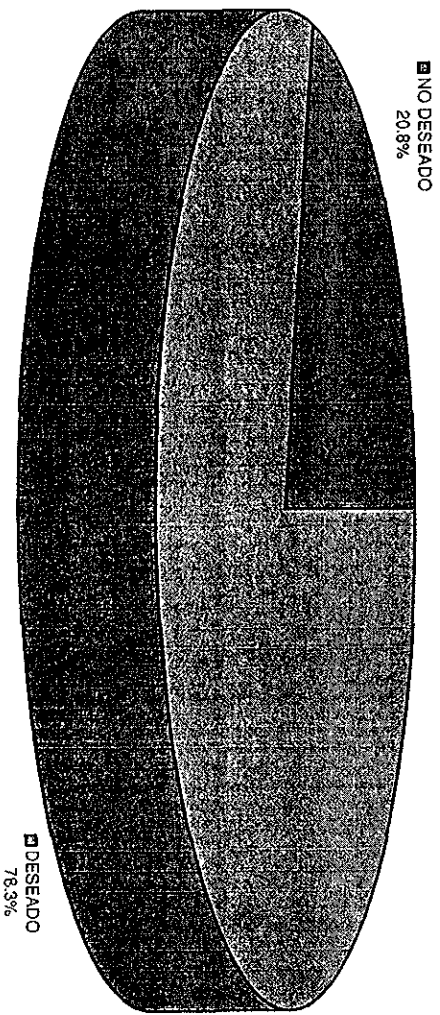


FIGURA 7. Muestra los porcentajes del embarazo deseado.

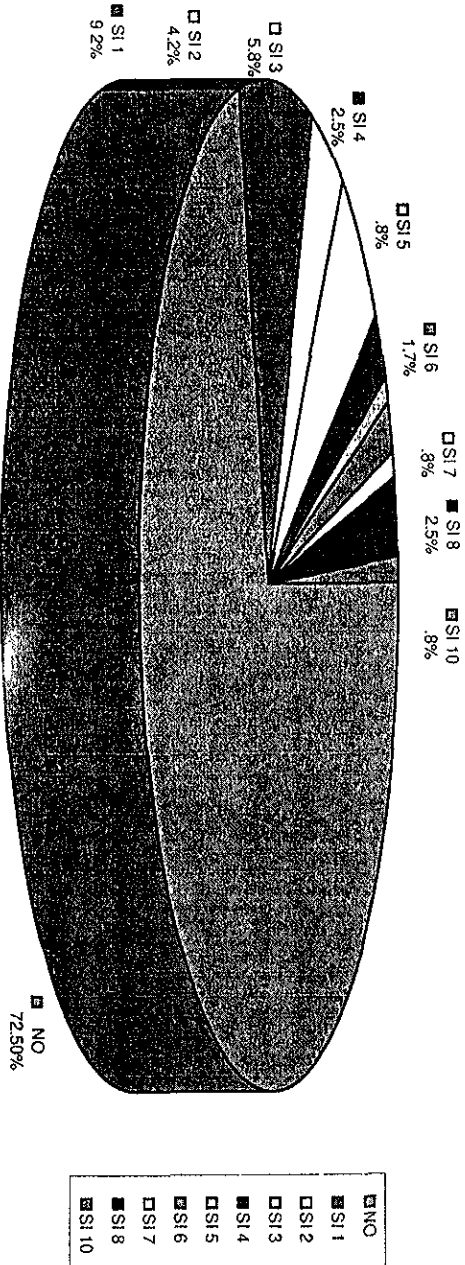


FIGURA 8. Porcentaje de mujeres que realizaron seguimiento de su embarazo y de cuántas consultas.

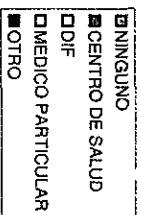
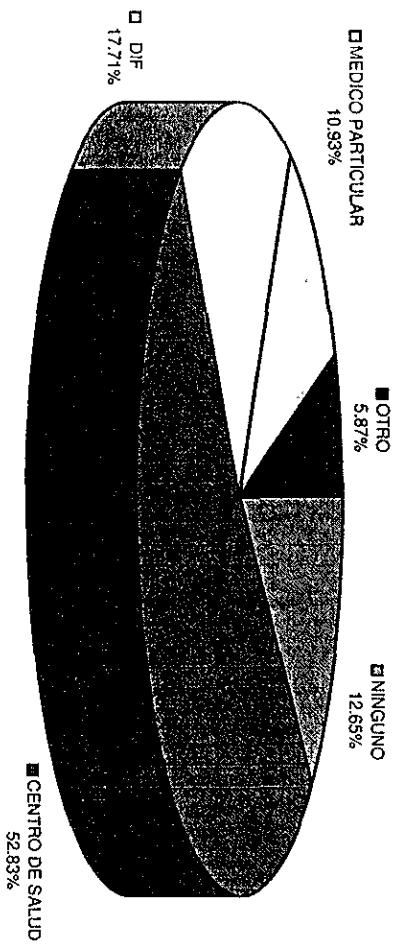


FIGURA 9. Porcentaje de lugares distintos al hospital en el que realizaron el seguimiento y cuidado de su embarazo.



# RESPONSABILIDAD

No.	REACTIVO	SIN RESPUESTA		NUNCA		ALGUNAS VECES		REGULAR MENTE		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
		FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
7	Cuidados en el embarazo en beneficio del bebe	0	0	5	4.16	9	7.5	12	10	26	21.66	68	56.66
8	Información durante el embarazo sobre Maternidad	1	0.83	56	46.66	25	20.83	12	10	10	8.33	16	13.33
11	Información sobre cuidados post-parto	0	0	64	53.33	26	21.66	11	9.16	8	6.67	11	9.16
15	Información durante el embarazo sobre planificación familiar	0	0	52	43.33	35	29.16	15	12.5	3	2.5	15	12.5
16	El éxito del embarazo y parto dependen de mi reponsabilidad	0	0	2	1.66	13	10.83	16	13.33	17	14.16	72	60
20	Ejecución de recomendaciones médicas en el embarazo	3	2.5	11	9.16	19	15.83	26	21.66	16	13.33	45	37.5
21	Higiene durante el embarazo en beneficio del bebe	0	0	5	4.16	0	0	12	10.13	13	10.83	90	75
26	El éxito del embarazo y parto dependen de la responsabilidad del médico	1	0.83	11	9.16	40	33.33	17	14.66	11	9.16	40	33.33

TABLA No. 1 \*

NOTA \* FRECUENCIAS Y PORCENTAJES TOTALES DE LAS OPCIONES DE RESPUESTA, CLASIFICANDO LOS REACTIVOS EN CATEGORIAS.

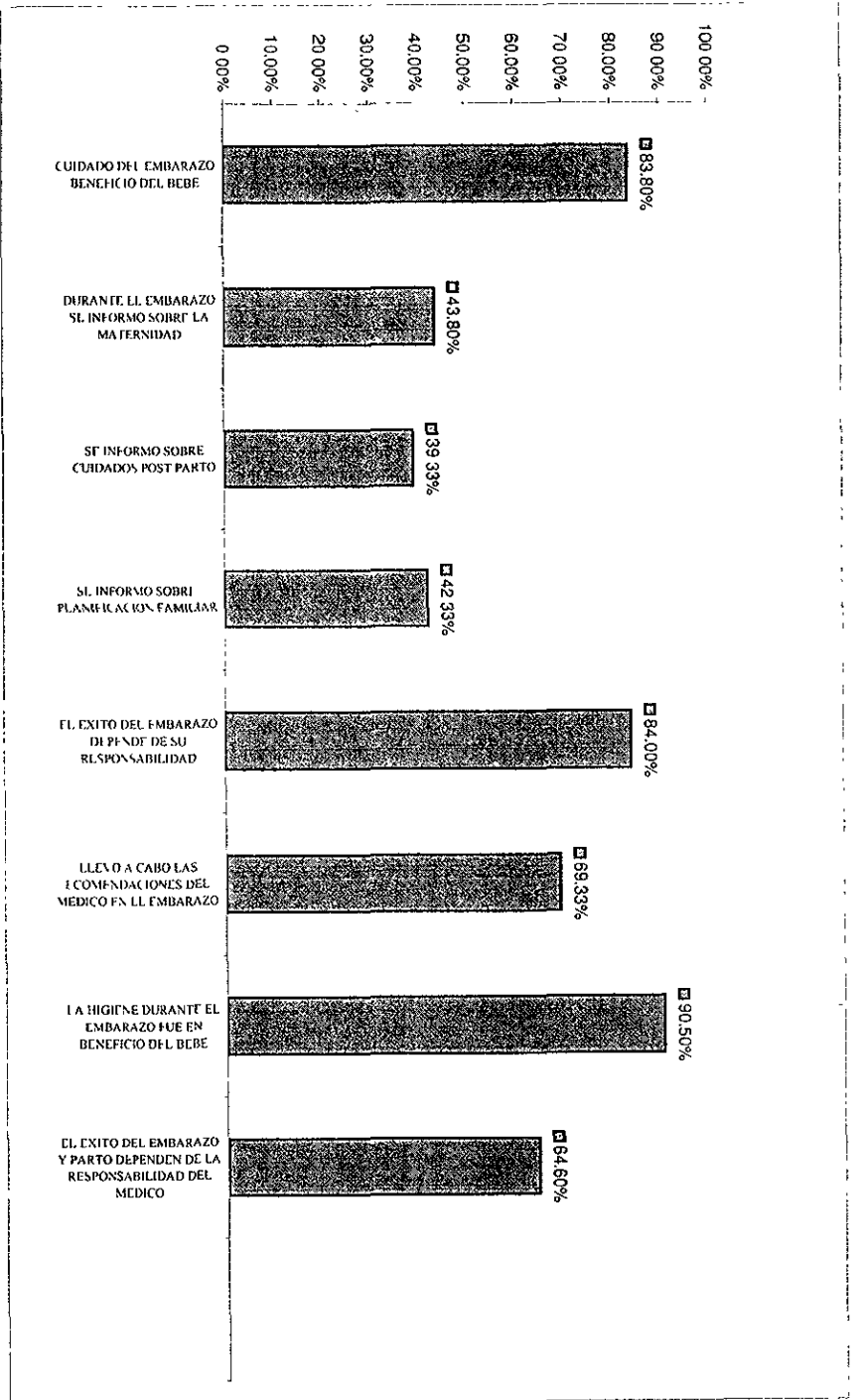


FIGURA 10. Muestra los porcentajes generales obtenidos en cada reactivo que integra la categoría responsabilidad.

Número	REACTIVO	No asistieron		Muy Mal		Mal		Regular		Bueno		Excelente	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1	De la información solicitada acerca de sus antecedentes familiares.	12	10	6	5	6	5	12	10	75	62.5	9	7.5
2	En la solicitud y confirmación de prueba de embarazo.	13	10.8	4	3.3	6	5	6	5	81	67.5	10	8.3
3	Para la identificación de riesgos del embarazo.	13	10.8	8	6.6	5	4.16	12	10	70	58.3	12	10
4	El consejo de actividades diarias durante el embarazo.	12	10	7	5.8	4	3.3	16	13.3	69	57.5	12	10
5	La explicación de posibles problemas posteriores al parto.	11	9.16	17	14.16	12	10	31	25.8	39	32.5	10	8.3

TABLA 2. Frecuencia y porcentaje de las opciones de respuesta en cada reactivo que conforma la categoría satisfacción en la gestación.

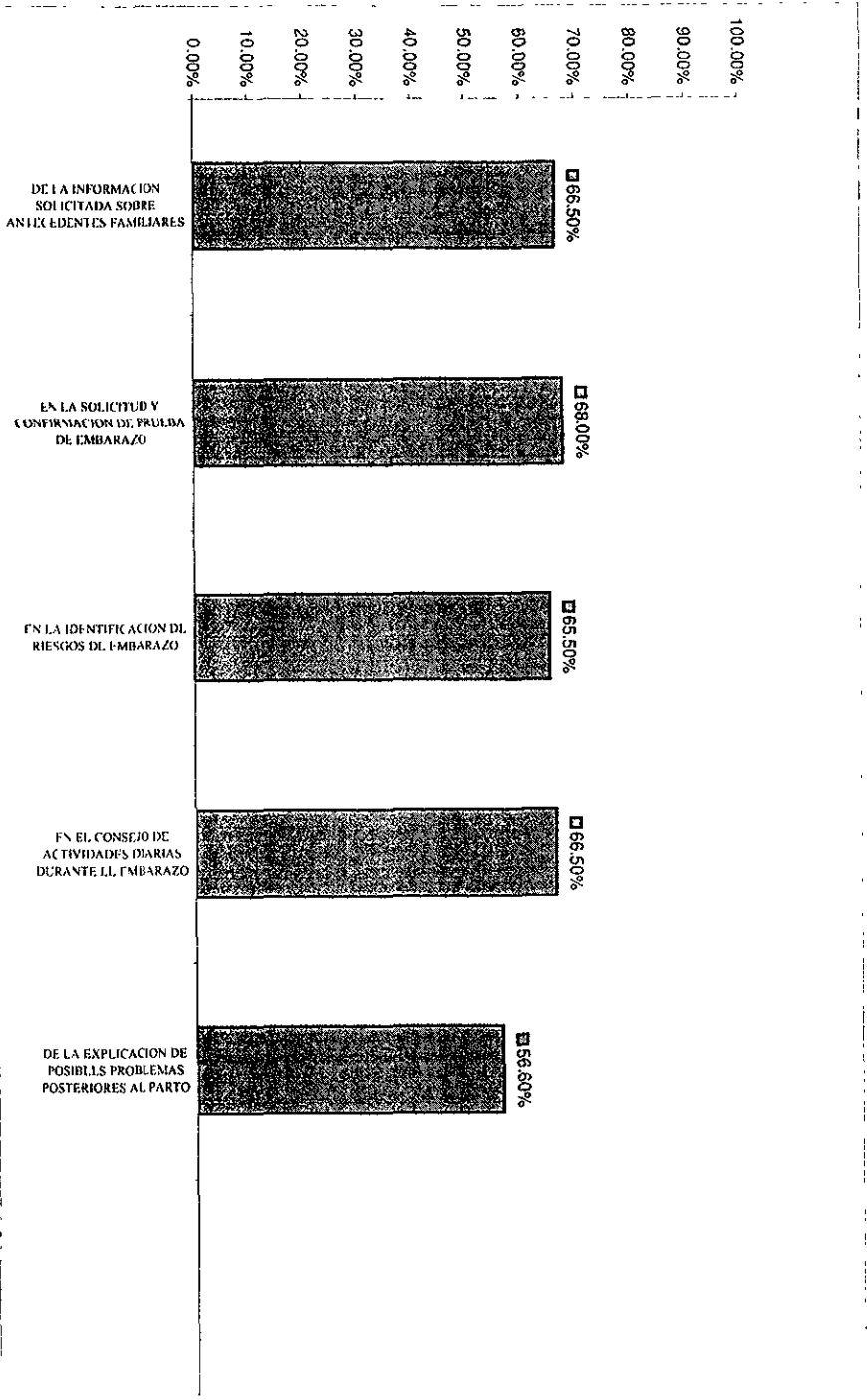


FIGURA 11. Se observan porcentajes generales obtenidos en cada reactiva que integra la categoría satisfacción en gestación.

Número	REACTIVO	No contestó		Nunca		Algunas veces		Regular mente		Casi siempre		Siempre	
		FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
17	Estoy satisfecha con la atención del personal del hospital.	0	0	4	3.33	11	9.16	16	13.33	9	7.5	80	66.66
18	Me agrada el ambiente físico del hospital.	0	0	12	10	4	3.33	37	30.83	11	9.16	56	46.66
19	Estoy satisfecha con la participación de mi pareja en el embarazo.	0	0	22	18.33	12	10	7	5.83	9	7.5	70	58.33
22	Estoy satisfecha con lo obtenido en las consultas del embarazo.	4	3.33	8	6.66	16	13.33	13	10.83	11	9.16	68	56.66
24	El personal médico que me atendió en el parto me dió confianza.	1	0.83	3	2.5	10	8.33	12	10	9	7.5	85	70.83
28	En otro embarazo volvería a atenderme en este hospital.	1	0.83	11	9.16	12	10	15	12.5	11	9.16	70	58.33
29	En el hospital me orientaron sobre cuidados del bebé.	0	0	12	10	58	48.33	11	9.16	7	5.83	32	26.66
30	Recibí orientación sobre planificación familiar en el hospital.	0	0	65	54.16	37	30.83	3	2.5	3	2.5	12	10

TABLA 3. Frecuencia y porcentaje de las opciones de respuesta en cada reactivo que integra la categoría de satisfacción hospitalaria.

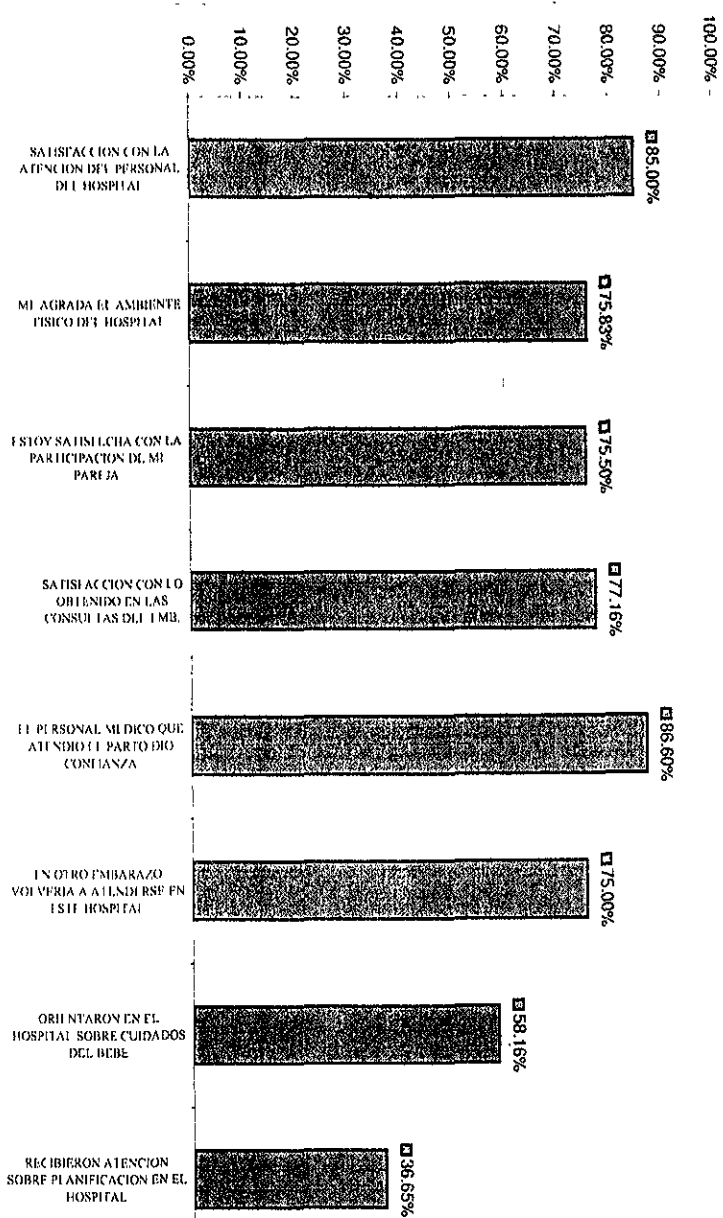


FIGURA 12. Porcentajes generales de cada reactivo que conforma la categoría satisfacción hospitalaria.

Número	REACTIVO	Sin Respuesta		Nunca		Algunas veces		Regular mente		Casi siempre		Siempre	
		FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
12	Mis actividades de la vida diaria cambiaron por el embarazo.	0	0	54	44.99	34	28.33	15	12.5	9	7.5	8	6.66
13	Acostumbro seguir consejos de otras personas acerca del embarazo.	0	0	53	44.16	46	38.33	9	7.5	7	5.83	5	4.16
31	Tuve relaciones sexuales durante mi embarazo.	0	0	22	18.33	65	54.16	23	19.16	4	3.33	6	5
33	Creo que las madres deben amamantar al bebé hasta el año de edad.	3	2.5	4	3.33	27	22.5	10	8.33	14	11.66	62	51.66

TABLA 4. Frecuencia y porcentaje de las opciones de respuesta de cada reactivo que conforma la categoría hábitos.

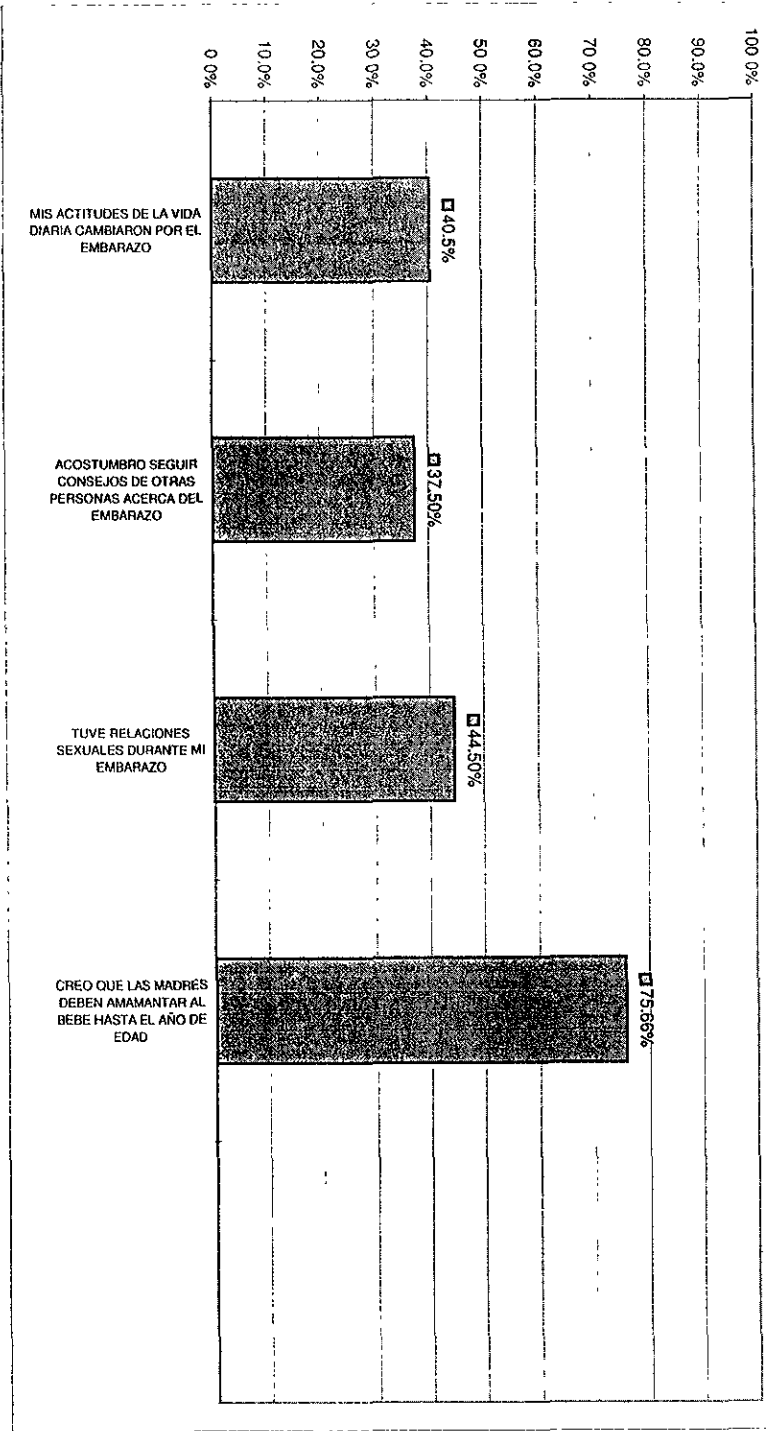


FIGURA 13. Porcentajes generales de cada reactivo incluido en la categoría hábitos.



Número	REACTIVO	Sin Respuesta		Nunca		Algunas veces		Regularmente		Casi siempre		Siempre	
		FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
6	Pensamientos de un hijo con defectos congénitos.	0	0	71	59.16	39	32.5	5	4.16	1	0.83	4	3.33
9	Los problemas de salud afectan el embarazo.	1	0.83	64	53.33	21	17.5	6	5	2	1.66	26	21.66
10	Los problemas familiares afectan el embarazo.	0	0	59	46.16	25	20.83	7	5.83	5	4.16	24	20
14	El buen logro del embarazo depende de la suerte.	3	2.5	65	54.16	26	21.66	7	5.83	3	2.5	16	13.33
23	Temor hacia las posibles complicaciones del embarazo.	0	0	17	14.66	46	38.33	20	16.66	14	11.66	23	19.16
25	Por lo general la Maternidad es un estado placentero.	1	0.83	8	6.66	21	17.5	28	23.33	17	14.66	45	37.5
27	Por lo general hubo tranquilidad durante el embarazo.	2	1.66	8	6.66	31	25.83	30	25	23	19.16	26	21.66
32	En el hospital es importante la Lactancia Materna.	2	1.66	0	0	2	1.66	8	6.66	12	10	96	80

TABLA 5. Frecuencia y porcentaje de las opciones de respuesta en cada reactivo que conforma la categoría.

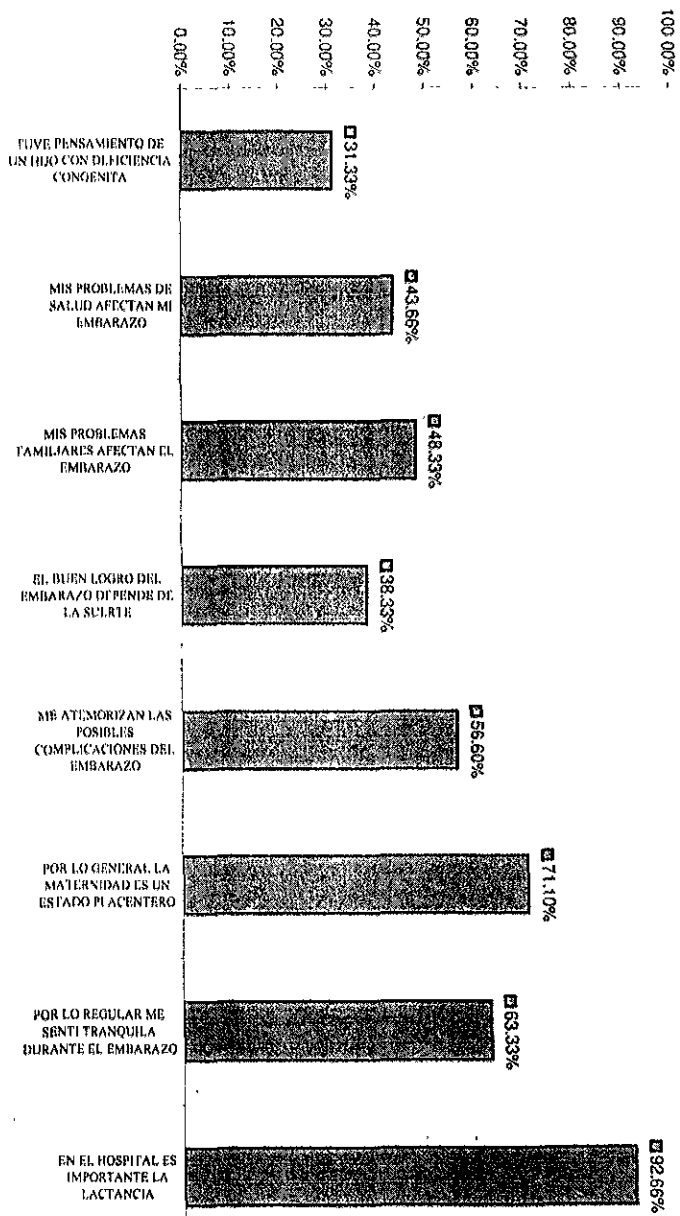


FIGURA 14. Porcentajes generales obtenidos en cada reactivo que integra la categoría creencias.



El presente instrumento pretende identificar algunos aspectos de pacientes que asisten al servicio de gineco-obstetricia del H. G. de Naucaplan Hospital General de Naucaplan "Maximiliano Ruiz Castañeda".

Los datos son de carácter confidencial, por lo que solicitamos su veracidad al seleccionar la respuesta que mas se acerque a lo que Ud. piensa.

del ISEM con la finalidad de contar con un indicador que permita evaluar la calidad proporcionada en el control y vigilancia de la atención en el hospital.

**Datos generales**

edad

Estado civil

Cupación

lugar de residencia

gestas

partos

aborto

consultas en embarazo

meses de embarazo que inicia atención médica

en el embarazo fumó?  si  no

el embarazo fue deseado?  si  no

ingresos mensuales

cesárea

embarazo de riesgo

tiempo del embarazo anterior?  si  no

ingirió medicamentos sin prescripción  si  no

recibió consulta en este hospital  si  no

(no leyenda)

valore sobre la atención médica durante su embarazo en los siguientes aspectos:

1- de la información solicitada acerca de sus antec. familiares

2- en la solicitud y confirmación de prueba de embarazo

3- para la identificación de riesgos del embarazo

4- el consejo de actividades diarias durante el embarazo

5- la explicación de posibles problemas posteriores al parto

seleccione la opción que mas se ajusta a su opinión con respecto de las siguientes afirmaciones

muy mal

mal

regular

bien

excelente

1- 2- 3- 4- 5-

6- tuve pensamientos de un hijo con defectos congénitos

7- el cuidado e higiene en el embarazo son en beneficio del bebe

8- durante el embarazo me informe sobre la maternidad

9- mis problemas de salud y familiares afectan el embarazo

10- en el embarazo me informe sobre los cuidados del parto

11- mis actividades de la vida diaria cambiaron por el embarazo

12- el buen logro del embarazo depende de la suerte

13- en el embarazo me informe sobre planificación familiar

14- el éxito del embarazo y parto dependen de mi responsabilidad

15- estoy satisfecha con la atención del personal del hospital

16- en el embarazo me orientaron sobre el amamantamiento

17- me agrada el ambiente físico del hospital

18- estoy satisfecha con la participación de mi pareja en embarazo

19- lleve a cabo las recomendaciones médicas en el embarazo

20- estoy satisfecha con lo obtenido en las consultas del embarazo

21- me atemorizaban las posibles complicaciones del embarazo

22- el personal médico que me atendió en el parto me dio confianza

23- por lo general la maternidad es un estado placentero

24- estoy satisfecha con la información obtenida en el embarazo

25- por lo regular me sentí tranquila durante el embarazo

26- debo continuar mi atención en este hospital

27- en el hospital me orientaron sobre cuidados del bebe

28- recibí orientación sobre planificación familiar en el hospital

29- en el hospital es importante la lactancia materna

30- creo que las madres deben amamantar al bebe hasta los 6 meses

6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15- 16- 17- 18- 19- 20- 21- 22- 23- 24- 25- 26- 27- 28- 29- 30-

siempre

casi siempre

regularmente

mentalmente

algunas veces

nunca

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Ev. APS en Gestión ANEXO 2 Proy. Ev. en Sist. y Serv. de Salud