



103
11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FACTORES ATRIBUIBLES A LA ASISTENCIA
TARDÍA AL CONTROL PRENATAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE :
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:
DRA. ZAMORA DIAZ MARIA DEL CARMEN

ASESOR:
DR. ROBERTO SÁNCHEZ AHEDO.



IMSS

MÉXICO, D.F.

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

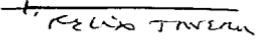
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

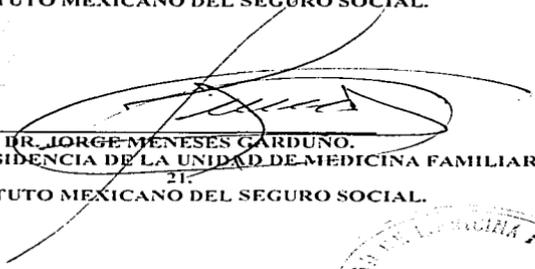
AUTORIZACION:



DRA. MARTHA ROMSEURBEAC
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.



DR. FELIX ROBERTO TAVERA GONZALEZ
JEFE DE EDUCACION MEDICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
21.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.



DR. JORGE MENESES GARDUNO.
TITULAR DE LA RESIDENCIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
21.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.





ASESOR DE LA TESIS:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Roberto Sánchez Ahedo', written over a horizontal line.

DR. ROBERTO SANCHEZ AHEDO.
MÉDICO FAMILIAR

TESISTA:

**MARÍA DEL CARMEN ZAMORA DÍAZ.
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS:

A DIOS.

POR PERMITIRME LA VIDA Y LOGRAR UNO DE MIS SUEÑOS.

A MIS PADRES:

POR EL APOYO, AMOR Y COMPRENSIÓN QUE ME HAN BRINDADO DURANTE ESTOS AÑOS DE ESTUDIO. POR TENER EN USTEDES A MIS MEJORES AMIGOS. POR TODO ESTO MI ETERNO Y SINCERO AGRADECIMIENTO.

A GERARDO:

POR TODAS SUS PALABRAS DE ALIENTO, Y HACER EN MI UNA PERSONA NUEVAMENTE FELIZ.

A MI ASESOR:

QUE DESINTERESADAMENTE ME ASESORÓ Y DE QUIEN TANTO HE APRENDIDO.

A LOS PACIENTES:

MOTIVO PRIMORDIAL DE LA PROFESIÓN Y FUENTE CONSTANTE DE EXPERIENCIA.

INDICE.

INTRODUCCIÓN:.....	1
HIPÓTESIS:	9
OBJETIVOS:	10
MATERIAL Y METODOS:	11
VARIABLES:	12
CRITERIOS DE SELECCIÓN:	16
DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:	17
CONSIDERACIONES ETICAS:	20
DISEÑO ESTADÍSTICO:	21
RESULTADOS:	22
CONCLUSIONES:	46
SUGERENCIAS:	49
ANEXOS:	51
BIBLIOGRAFÍA:	53

INTRODUCCIÓN.

En la salud de la mujer es importante destacar el reconocimiento de las Naciones Unidas 1976 como década de la mujer y la iniciativa para una Maternidad sin riesgos lanzada en 1987. Iniciándose los esfuerzos por regular el crecimiento demográfico a través de la planificación familiar y reconociéndose la necesidad ética y práctica de ofrecer los medios para mejorar la salud. De allí surgieron los términos, conceptos y programas de salud materno infantil, incluyendo el embarazo, parto, puerperio y las condiciones de la salud del recién nacido, con el objetivo de reducir la morbimortalidad materno-infantil, siendo la prestación de servicios de salud a la embarazada una prioridad nacional e internacional. 1,2

Hoy en el mundo 44 millones de mujeres no reciben atención prenatal. La tasa de atención materna tiende a ser baja y la de mortalidad por maternidad alta en los países, en donde se dispone de menores oportunidades económicas, educacionales y escaso acceso a los servicios sociales. La insuficiente atención materna durante el embarazo y parto es la causa de casi 600 000 defunciones perinatales, durante el parto o en la primera semana de vida. 3,4,6

En México, en 1983 se intensificaron acciones con la finalidad de tener mejores condiciones de salud y reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto. El Instituto Mexicano del Seguro Social concede prioridad al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de ese sector de la población derechohabiente. Durante 1997 de 68,784,211 consultas otorgadas en el sistema médico familiar, 4,415,778 (6.4%) correspondieron a atención prenatal, lo que colocó a la vigilancia del embarazo en los seis primeros motivos de demanda de consulta en primer nivel de atención médica.4

A pesar de la existencia de la norma oficial, no se ha logrado un nivel óptimo de utilización de servicio ya que la embarazada recibe en promedio de 5.2% de consultas y sólo

el 33.4% de ellas inician la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo. siendo la mortalidad materna de 53/10.000 recién nacidos vivos en 1940 y 5.1 en 1990.^{2,3}

La atención prenatal adecuada se relaciona con una mejor calidad de vida para los niños y las mujeres, durante y después del embarazo, ya que en el proceso de atención se puede prevenir, detectar y tratar de forma oportuna las complicaciones que generan secuelas o la muerte de cualquiera de los integrantes del binomio madre-hijo. El objetivo de la atención prenatal, incluye el derecho básico de todas las parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, a disponer de la información para alcanzar el nivel más elevado posible de salud sexual y reproductiva. ^{1,16}

En el ámbito internacional aún no existe consenso acerca de la definición de atención prenatal adecuada. Una de las formas más comunes para calificar la atención prenatal considera dos indicadores: el inicio de la atención y el número de consultas acumuladas; considerando que el número de consultas prenatales debe ser ajustado de acuerdo con la edad gestacional. El tiempo ideal para aconsejar sobre el embarazo es antes de que éste ocurra, pero cuando una paciente acude a verlos, es a menudo porque ya está embarazada. En éstos momentos, el desarrollo embrionario ya inició, el cual está influenciado por cierta carga genética, medio ambiente y costumbres familiares. Gran parte del consejo prenatal no tiene el mismo efecto benéfico, cuando se inicia tardíamente. La valoración del riesgo obstétrico planea las características de frecuencia e intencionalidad que debe de tener la vigilancia prenatal en cada caso particular para la identificación y control de los factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones.^{1,2,5,6,16}

En la actualidad la mayor parte de las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite la identificación y control de los principales factores de riesgo obstétrico: con

detección oportuna de las complicaciones del embarazo para su tratamiento adecuado o referencia oportuna a niveles superiores de atención.5,10,12

La vigilancia del embarazo de bajo riesgo inicia tan pronto como se diagnostique el embarazo. La frecuencia de la consulta prenatal será mensual durante los primeros 6 meses, cada 15 día durante el séptimo y octavo mes y cada 7 días durante el noveno. Las acciones educativas que realizan el médico y el equipo de salud tienen el propósito de alentar la continuidad en la vigilancia prenatal, el desarrollo de hábitos y conductas favorables para la salud materna y perinatal, el conocimiento sobre los cambios fisiológicos durante las diferentes etapas del embarazo, puerperio y la identificación de síntomas y signos de alarma de las principales complicaciones que pueden aparecer sobre el embarazo.4,7,11

La vigilancia del embarazo de alto riesgo, se inicia tan pronto como se confirme el diagnóstico de embarazo y el alto riesgo obstétrico. La frecuencia de la consulta será como mínimo la señalada para la vigilancia del embarazo normal, modificándose de acuerdo con la aparición de complicaciones y factores de riesgo presentes en cada caso clínico en particular. En el Instituto Mexicano del Seguro Social el registro debe consignarse en el informe de atención en el rubro control prenatal (MF-7), registrándose con claridad la fecha de próxima cita.4

Los factores que pueden modificar la utilización adecuada de la atención prenatal notificados en la literatura se pueden clasificar en dos: las características propias de la mujer embarazada y las de los servicios de salud. Entre las primeras se ha considerado el nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico, la edad, la ocupación, la paridad, la raza, el estado civil, el deseo de estar embarazada, el estrés, la red de apoyo social, la falta de conocimiento sobre el embarazo, el intervalo intergenésico, la motivación para demandar la atención, la disponibilidad de transporte, el idioma, la preexistencia de mitos y creencias populares y algunos factores culturales.2,6,7,10,11,12,15

El procesamiento e interpretación de la información recibida depende de la educación, cultura, situación social, experiencia, intereses y personalidad de cada individuo. La paciente embarazada puede tener una percepción inequívoca como, cuando envía a un médico suplente, de que el médico da poca importancia a los puntos de vista del paciente o de su familia, de que el médico no informa adecuadamente, de falta de comprensión hacia la situación del paciente.^{1,10,11,12,15}

La falta de educación conlleva a la mujer a un bajo estatus social, a la ignorancia de derechos, a una oportunidad restringida de acceso al mercado laboral, y a una baja autoestima. La baja escolaridad de una mujer determina los problemas de salud de ella y de sus hijos. A las pesadas tareas domésticas, se suma la actividad en otras labores remuneradas fuera del hogar; cuando esta sobrecarga física se asocia con una nutrición deficiente y un acceso tardío a los servicios de salud, las consecuencias sobre las condiciones de salud de las mujeres son inevitables.^{1,3,10,11,13}

La escasa valoración de la salud de la mujer es común; el embarazo y parto son vistos como procesos naturales que forman parte de la vida cotidiana y al formar parte de su cotidianidad, requieren de una intervención familiar o social más que médica. Muchas mujeres recurren a la medicina sólo cuando se sienten mal. La no asistencia de los centros médicos, son también por falta de confianza o vergüenza hacia los médicos, siendo importante el papel protagónico del varón como la contraparte de cada embarazo, facilitador o no de que la mujer acceda a algún tipo de control prenatal, como agente del bienestar familiar y/o como disruptor del mismo.^{10,11,16}

En la literatura se menciona que la edad gestacional al comienzo del control prenatal es muy variable, pero en promedio el 55% comienza después del 5to mes e incluso más tarde: hay un porcentaje importante de mujeres que hacen sólo un control prenatal

debido a que sólo buscan verificar si el producto se encuentra en buenas condiciones y son pocos los casos de embarazos con más de 4 consultas durante todo el embarazo (30%).

11,13,15

Hay una tendencia entre las mujeres a preferir la atención obstétrica proporcionada por personal de salud del mismo género, ya que muchas no tienen confianza a ser atendidas por un médico hombre. Algunas mujeres consideran la gratuidad de los servicios como un sinónimo de mala calidad y prefieren pagar por los servicios por considerarlos más seguros y de mejor calidad, esto refleja la confianza que las mujeres tienen en la eficacia de los servicios públicos para resolver sus problemas.13,16

La edad de una embarazada repercute en la atención prenatal; podemos ver que el embarazo no planeado de una adolescente provoca serios trastornos biológicos, repercute sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a la actividad laboral generalmente mal remunerada, la censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados faltos de compromiso, que conllevan a corto plazo a ruptura del mismo y una larga lista de repercusiones personales, sociales, económicas y sobre la salud de los hijos. 10,11

La adolescente acude a control médico prenatal por la presencia de complicaciones médicas que requieren vigilancia, se asocian condiciones desfavorables como (nivel socioeconómico bajo, baja escolaridad, familias desintegradas, padre ausente) así como a modelos reproductivos que tienden a repetirse; es decir, madres que también lo fueron a edades tempranas.6,7,10,11,12

No hay que dejar a un lado, las deficiencias en las que transcurre la vida de muchas mujeres, sobresalen condiciones de subempleo y desempleo, la precariedad de las viviendas, la inaccesibilidad a los servicios de atención en ciertos grupos de la población, la violencia en general y de género en particular, entorpeciendo los programas de mejoramiento

a la salud pública. "si queremos una maternidad sin riesgos" tenemos que unificar criterios para implementar programas de nutrición, vivienda, escolaridad, educación para la salud, acceso a empleos remunerados, la vigilancia de los ecosistemas familiares y laborales a los servicios de salud, todos y cada uno de ellos, son factores que exponen a las mujeres a riesgos durante el embarazo y el parto.9,10,14

Es importante reconocer que puede ser por embarazos no deseados a los que las mujeres están constantemente expuestas por razones como falta de información, violencia sexual, falta de colaboración de la pareja entre otras.15,16

Las características de los servicios de salud que se han estudiado son la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad de la atención otorgada, la actitud del personal que recibe a los pacientes en los establecimientos médicos, la satisfacción del personal no médico que labora en las instituciones, y el esquema de financiamiento. Todos los componentes que tradicionalmente se consideran como parte de la accesibilidad a los servicios son importantes. La población urbana tiene un acceso relativamente fácil a los servicios de salud, así como al medio de transporte para acceder a los mismos. El tiempo que precisan las mujeres para concurrir a los servicios de salud es un factor determinante para la extensión de coberturas, ya que la mayoría de las mujeres tiene poco tiempo para consultar debido a la sobrecarga de trabajo remunerado y doméstico. El tiempo de espera es variable, equivale entre una a tres horas, en la mayoría de los lugares el orden de atención es por orden de llegada.2,7,13,14,15

Atención. Este componente del sistema incluye el estudio del proceso en el que se da la interacción entre el médico y el paciente.

Durante la etapa previa a la atención pueden presentarse factores que aumentan las posibilidades de conflicto o que determinan mayor probabilidad de resultados indeseables como retraso en la solicitud de atención y la existencia de condiciones físicas inadecuadas de

la paciente, al igual que la sobrecarga de trabajo, fatiga, desconcentración o información inadecuada por parte del médico; saturación de los servicios de admisión, falta de mantenimiento preventivo de los equipos y sistemas intra hospitalarios secundarios a crisis económicas generales o institucionales.3,9,13,14

En las restantes etapas de la atención, los determinantes de resultantes inadecuados están dados por el componente técnico, en estas etapas operan además:

- a) los factores de conflicto mencionados en la etapa previa.
- b) la calidad y claridad de la información que el médico proporciona a la paciente como a sus familiares.
- c) la posibilidad de los pacientes para comprender en su real dimensión las implicaciones que puede tener para los resultados finales el estado clínico y las características de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a emplear, haciendo que los resultados de los procedimientos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos, sean de naturaleza probabilística.9,13

La libertad de elección se encuentra limitada por muchos factores, por tal motivo es necesario mejorar las relaciones interpersonales, así como la calidad de atención, fortaleciendo el respeto y el diálogo. En relación a las condiciones materiales básicas de los servicios, estas son adecuadas, ya que los instrumentos esenciales, estetoscopio fetal, baumanómetro, balanza y cinta obstétrica están disponibles en la mayoría de los casos.3,13

La calidad de atención es uno de los componentes básicos para lograr la buena implementación de las políticas y estrategias de salud, logrando así la satisfacción de los usuarios. Para analizar la calidad de atención existen las relaciones interpersonales, privacidad, consejería, información, referencia, libertad de elección y proyección a la comunidad. Es importante hacer notar que esta poca claridad en relación al concepto de

calidad también obedece a que en algunos servicios hay preocupación mayor por aumentar las coberturas, que por la forma en que se atiende a las personas.3,9,11,12,17

Las relaciones interpersonales, es un componente fundamental en la calidad de atención, incluye el respeto, un trato humanizado, igualdad de condiciones, una preocupación por la forma de atender a los pacientes y como ellos se sienten. Uno de los factores que para las usuarias es fundamental en las relaciones es la confianza que ellas depositan en los proveedores, en los servicios y en el sistema que les va ayudar a resolver sus necesidades y dificultades con relación a la salud.3,13,17,18

Consejería e información, son factores de calidad muy relacionados entre sí, el objetivo de la interacción médico-paciente, es que el médico debe proveer al paciente de toda la información relevante, para que el paciente seleccione las intervenciones médicas, y para que el médico ejecute las intervenciones seleccionadas, y con ello ayudar al paciente a elucidar y articular sus valores y a determinar que intervenciones médicas son mejores.

El médico tiene la obligación de proveer información veraz para mantener la competencia en su área de pericia y consultar a otros cuando su conocimiento o habilidades son insuficientes. Es por lo anterior que el Instituto Mexicano del Seguro Social se ha preocupado por establecer programas en los cuales se promueva la educación de los diferentes grupos de riesgo a fin de limitar la presencia de complicaciones y brindar al individuo una atención integral pero informada, con prioridad en las medidas de prevención primaria. 17,18,19

Por lo anterior se llevó a cabo el presente estudio para determinar la proporción de mujeres embarazadas que utilizan de manera tardía el servicio de salud y determinar cuales son los factores maternos o individuales, familiares y de servicios médicos que contribuyen a ello.

HIPÓTESIS.

Existen factores maternos, familiares y de servicios médicos los cuales contribuyen en la mujer embarazada a solicitar asistencia tardía para su control prenatal.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Identificar cuales son los factores maternos, familiares o de servicios médicos que influyen para que la mujer embarazada acuda de manera tardía a control prenatal.

MATERIAL Y METODOS.

Se estudió una muestra representativa, de mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a solicitar atención médica, se realizó un estudio transversal, observacional, y prospectivo para saber si existe diferencias entre la variable dependiente y las variables independientes (ver adelante) en mujeres que acudieron durante o después del primer trimestre a su control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar número 21, Delegación 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social de México Distrito federal en el periodo de septiembre a diciembre del 2002.

Se acudió a la sala de espera de los diferentes consultorios de ambos turno en la Unidad de Medicina Familia número 21, a fin de detectar a las embarazadas que asistieron por primera vez a solicitar atención prenatal. La muestra se complementó en los grupos de apoyo de embarazadas que integra el servicio de trabajo social y en el consultorio de la enfermera materno infantil, la recolección de la información se llevó a cabo mediante la aplicación de encuestas a las embarazadas que reunían los criterios de inclusión, que dieron su consentimiento informado y que aceptaron participar en el estudio, hasta completar la muestra, con la finalidad de conocer los factores que intervienen en la asistencia tardía del control prenatal.

VARIABLES.

INDEPENDIENTE: FACTORES MATERNOS, FAMILIARES Y DE SERVICIOS MÉDICOS.

DEPENDIENTE: ASISTENCIA TARDÍA A CONTROL PRENATAL

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
FACTORES MATERNOS	Situación materna que contribuye a causar un efecto	Se cuestionará a las mujeres embarazadas que señale su edad, estado civil, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico, enfermedad existente.	Independiente	Cualitativa Nominal	Si Presenta No presenta
FACTORES FAMILIARES	Condición familiar que contribuye a causar un efecto	Señalará la embarazada la etapa del ciclo vital en que se encuentra y su tipología familiar.	Independiente	Cualitativa Nominal	Si Presenta No presenta
FACTORES DE ASISTENCIA MÉDICA	Condición de los servicios de salud que proporcionan a causar un efecto.	Mencionará la embarazada duración de sus consultas, tiempo de espera que antecede para recibir su consulta, satisfacción de la relación médico paciente y de la información otorgada por su médico.	Independiente	Cualitativa Nominal	Si Presenta No presenta
ASISTENCIA TARDÍA CONTROL PRENATAL.	Asistencia a control prenatal después de la semana 12 de gestación por FUM	Primera consulta prenatal después de la semana 12 de gestación por FUM.	Dependiente	Cualitativas Nominal	Si No

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
EDAD	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento.	Se le solicitará a la mujer entrevistada que mencione su edad en años cumplidos y se validará con la fecha de nacimiento.	Cuantitativa Continua	16-20 años 21-25 años 26-30 años 31-35 años 36-40 años 41-45 años
ESTADO CIVIL	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Se solicitará a la mujer entrevistada que señale el estado civil actual.	Cualitativa Nominal.	Soltera Casada Viuda Divorciada Separada Unión libre
ESCOLARIDAD	Número de años cursados en el sistema educacional.	Se pedirá a la mujer entrevistada que señale el grado de escolaridad cursados.	Cualitativa Ordinal	Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Técnico
OCUPACIÓN	Trabajo que realiza el individuo por el cual puede recibir una percepción económica.	Se pedirá a la mujer entrevistada que señale ocupación actual.	Cualitativa Nominal	Hogar Comercio Obrero Profesional

ESTRATO SOCIO ECONOMICO	Clase o nivel económico de una persona en la que se ve inmersa en la sociedad.	Se pedirá a la mujer entrevistada que mencione en nivel socioeconómico	Cualitativa Nominal	Estrato alto Medio alto Obrero Marginal
ENFERMEDAD MATERNA	Alteración de la salud de la mujer embarazada.	Se pedirá a la mujer entrevistada que mencione patologías que presente actualmente.	Cualitativa Nominal	Si presenta No presenta
DURACIÓN DE CONSULTA	Percepción del tiempo transcurrido iniciada la atención médica.	Se pedirá a la mujer entrevistada mencione como considera el tiempo de duración de su consulta.	Cuantitativa Ordinal	Buena Regular Escasa
TIEMPO DE ESPERA	Percepción del tiempo entre la llegada a su unidad médica y la entrevista con su médico.	Se pedirá a la mujer embarazada el tiempo que antecede para su consulta.	Cuantitativa Ordinal	Mucho Regular Poco
INFORMACIÓN	Satisfacción de enterarse de condiciones propias.	Se pedirá a la mujer embarazada si está satisfecha con la información otorgada por su médico.	Cualitativa Ordinal	Siempre Algunas veces Nunca
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	Satisfacción del nexo esencial de reciprocidad y entendimiento entre el médico y el enfermo.	Se pedirá a la mujer entrevistada si está satisfecha sobre tipo de relación médico paciente	Cualitativa Ordinal	Siempre Algunas veces Nunca
ETAPA DEL CICLO VITAL	Etapas de evolución de la cual, la familia tiene su inicio, desarrollo y ocaso.	Etapas de la familia en la cual se encuentra la entrevistada de acuerdo a la clasificación de Geyman.	Cualitativa Nominal	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro y muerte

<p>TIPOLOGIA FAMILIAR</p>	<p>Clasificación de la familia que toma en cuenta el parentesco de cada individuo</p>	<p>Clasificación de la familia de acuerdo a su integración, conformación y desarrollo.</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Integración:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Integrada ❖ Semi integrada ❖ Desintegrada <p>Conformación</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nuclear ❖ Semi-nuclear ❖ Extensa ❖ Compuesta múltiple ❖ Extensa modificada <p>Desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Moderna ❖ Tradicional
---------------------------	---	--	--------------------------------	---

Fuente: Huerta José Luis. La Familia en el Proceso Salud Enfermedad. Edit. Tangamanga. SA de CV. San Luis Potosí. 1998.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

A. INCLUSIÓN:

- ❖ Mujeres embarazadas que acudan a solicitar por primera vez consulta de atención prenatal después de la semana 12.
- ❖ Ser derechohabiente de la Unidad de medicina Familiar Número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- ❖ Turno matutino y vespertino.
- ❖ Haber autorizado el consentimiento de la entrevista.

B. EXCLUSIÓN:

- ❖ Mujeres que contesten las encuestas de manera incompleta.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra se calculó en función a nuestro universo de trabajo, es decir un total de 2196 mujeres embarazadas en el año 2001, adscritas a Consulta de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social. El tamaño de la muestra se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra mínimo necesaria desde el punto de vista estadístico.

N = Universo de trabajo, es decir 2196 embarazadas, registradas en la consulta de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 21 del IMSS.

Z = Nivel de significancia, es decir 0.05 = 1.96 en ambas colas de la distribución normal de la curva.

p = Proporción máxima que se encuentra la variable de 0.5

q = Probabilidad complementaria 0.5%

d = Nivel de precisión, es decir el grado de error dispuesto a aceptar 0.05

SUSTITUYENDO:

$$n = \frac{2196 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (13752 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{2196 (3.84) (0.25)}{(.0025) (2195) + (3.84) (0.25)}$$

$$n = \frac{1054.08}{3.7}$$

n = 280 . TAMAÑO DE LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Es decir 280 mujeres que acudieron por primera vez a control prenatal después del primer trimestre del embarazo.

RECURSOS HUMANOS.

Apoyo por el personal de ARIMAC, Trabajo Social, Asistentes Médicas, e Investigador principal.

RECURSOS MATERIALES.

Material de papelería.

Material de computo.

Instrumento de medición.

Material bibliográfico.

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO.

El proyecto de investigación será autofinanciado por el investigador.

LIMITE DE TIEMPO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación se realizó del mes de abril a diciembre del 2002.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

En este estudio se consideró pertinente solicitar a cada mujer, otorgar el consentimiento informado.

De acuerdo con el reglamento de la Ley general de Salud, en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el trabajo tiene conforme el título segundo, capítulo I, artículo 17, Categoría 1, que dice: "Investigación sin riesgo" debido a que los individuos que participaron en el estudio, únicamente aportaron datos a través de una entrevista, lo cuál no provoca daños físicos ni mentales.

Esta investigación no viola las recomendaciones para guiar los médicos en la investigación biomédica en donde participan los seres humanos de acorde a lo señalado a la convención de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y su posterior ratificación en Tokio, enmendada en la 52ª asamblea médica mundial en Edimburgo Escocia en octubre del 2000.

Se llevó a cabo una sesión informativa con cada una de las personas participantes en el proyecto y se les explicó la importancia del estudio. Se hizo énfasis en la confidencialidad de la información, sin establecer ningún compromiso con ellas, exclusivamente al que corresponderá a su atención médica.

DISEÑO ESTADÍSTICO.

- ❖ Una vez capturó la información obtenida, se procedió a cuantificarla.
- ❖ El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 9.
- ❖ Se realizó un análisis descriptivo de las variables medidas (frecuencia, porcentaje, media, mediana, moda, máximo y mínimo de las variables).
- ❖ Se elaboró la presentación y descripción de los resultados en las tablas y gráficas correspondientes.

RESULTADOS.

TABLA I.

EDAD DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ CONSULTA DE ATENCIÓN
PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12.UMF 21.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
16 - 20 AÑOS	148	53
21 - 25 AÑOS	65	23
26 - 30 AÑOS	29	10
31 - 35 AÑOS	25	9
36 - 40 AÑOS	13	5
41 - 45 AÑOS	0	0
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

- De los 280 cuestionarios revisados, se encontró que la edad de las pacientes fue de 16 a 40 años, siendo el mayor porcentaje en el grupo de 16 a 20 años (53%).
- Moda: La edad que se encontró más frecuente en los grupos de embarazadas fue de 18 años.
- Rango: La diferencia de edad entre la embarazada más añosa y la más joven fue de 20 años de edad.
- Mediana: La mitad de las embarazadas tuvieron una edad igual o menor de 24 años.

TABLA 2.

ESTADO CIVIL DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12.UMF 21. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SOLTERA	25	9
CASADA	189	68
VIUDA	0	0
DIVORCIADA	0	0
SEPARADA	6	2
UNION LIBRE	60	21
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

- De los 280 cuestionarios revisados, se encontró que el 68 % de las embarazadas son casadas, mientras que el 21% viven en unión libre, 9 % son solteras y el 2 % son separadas.

TABLA 3.

ESCOLARIDAD DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL. DESPUÉS DE LA SEMANA 12. UMF 21. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
NINGUNA	0	0
SABE LEER Y ESCRIBIR	12	4
PRIMARIA	68	25
SECUNDARIA	98	35
BACHILLERATO	40	14
LICENCIATURA	50	18
TECNICO	12	4
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

- Los datos obtenidos en cuanto a la escolaridad, se encontró que el porcentaje mayor el del 35 % que corresponde a secundaria, mientras que el 18 % cursan con licenciatura, el 14% bachillerato, 4 % técnico, 4% sabe leer y escribir. Afortunadamente no se registran pacientes analfabetas.

TABLA 4.

OCUPACIÓN DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12. UMF 21. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
HOGAR	196	70
COMERCIO	13	5
OBRERO	13	5
TECNICO	26	9
PROFESIONAL	32	11
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

- De los datos registrados encontramos que la ocupación más frecuente que desempeñan las embarazadas entrevistadas es al Hogar con un porcentaje del 70%, y porcentaje mínimo del 13% en mujeres que se dedican al comercio y obreras.

TABLA 5.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ
CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12. UMF 21.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
ESTRATO ALTO	0	0
MEDIO ALTO	44	16
MEDIO BAJO	80	29
OBRERO	144	51
MARGINAL	12	4
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

- En lo que se refiere al estrato socioeconómico según la escala de Graffar, se encontró que el porcentaje mayor corresponde al estrato obrero con un valor del 51%, no hay registro con respecto al grupo de estrato socioeconómico alto.

TABLA 6

PRESENCIA DE ENFERMEDAD MATERNA EN EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12. UMF 21. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002.

ENFERMEDAD MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SI PRESENTA	18	6
NO PRESENTA	262	94
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

TABLA 7

ADECUADA SATISFACCIÓN EN LA RELACIÓN MEDICO PACIENTE DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12. UMF 21. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002.

RELACIÓN MEDICO PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SIEMPRE	132	47
ALGUNAS VECES	128	46
NUNCA	20	7
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

- En lo que se refiere a la presencia de enfermedad materna, afortunadamente solo el 6% menciona que si la presenta, y el 94% refiere que no.
- De acuerdo a la satisfacción en la relación médico paciente de las entrevistadas corresponde el máximo valor a adecuada, con un porcentaje del 47%, el mínimo porcentaje es del 7% que corresponde a inadecuada.

TABLA 8.

PERCEPCIÓN DE LA DURACIÓN DE LA CONSULTA EN EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ ATENCIÓN PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12. UMF 21. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002

DURACIÓN DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
BUENA	122	44
REGULAR	138	49
ESCASA	20	7
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

TABLA 9.

PERCEPCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA EN LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12. UMF 21. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002

TIEMPO DE ESPERA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MUCHO	158	57
REGULAR	102	36
POCO	20	7
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

- El 49% de las mujeres entrevistadas consideraron que la duración de sus consultas con su médico familiar es suficiente, sólo el 7% lo consideraron escaso.
- Desafortunadamente el 57% de nuestras entrevistadas mencionan que el tiempo que antecede para su consulta es mucho, y el 7% lo consideraron poco.

TABLA 10.
SATISFACCIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR PARTE DE SU MÉDICO FAMILIAR EN LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12. UMF 21.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002.

INFORMACIÓN RECIBIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SIEMPRE	97	34
ALGUNAS VECES	150	54
NUNCA	33	12
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

TABLA 11.
CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE A SU DESARROLLO EN LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12. UMF 21.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002

DESARROLLO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MODERNA	84	30
TRADICIONAL	196	70
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

- Refiere el 54% de las embarazadas estar algunas veces satisfechas con la información recibida por parte de su médico familiar, y el 12% mencionan no estar satisfechas.
- Destaca notablemente que la mayoría de las pacientes entrevistadas corresponden a familias tradicionales (70%) y el 30% restante pertenecen a familias modernas.

TABLA 12.

CLASIFICACION DE LA FAMILIA CON BASE A SU INTEGRACIÓN DE EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12. UMF 21. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002

INTEGRACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
INTEGRADA	87	31
SEMI - INTEGRADA	145	52
DESINTEGRADA	48	17
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

TABLA 13.

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE A SU CONFORMACION DE EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12. UMF 21. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002

CONFORMACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
NUCLEAR	151	54
SEMINUCLEAR	48	17
EXTENSA	78	28
COMPUESTA MÚLTIPLE	3	1
EXTENSA MODIFICADA	0	0
TOTAL	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

- Llama la atención que el 57% de las pacientes corresponde a familias semi-integradas y el menor porcentaje lo presentan las pacientes con familias desintegradas.
- Pertenecen las pacientes entrevistadas a familias nucleares con porcentajes del 54%, predominando posteriormente con un 28% familias compuestas múltiples.

TABLA 14.

ETAPA DEL CICLO VITAL ACTUAL. PRESENTE EN LA FAMILIA DE EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR POR PRIMERA VEZ CONSULTA DE ATENCIÓN PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 12. UMF 21. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2002

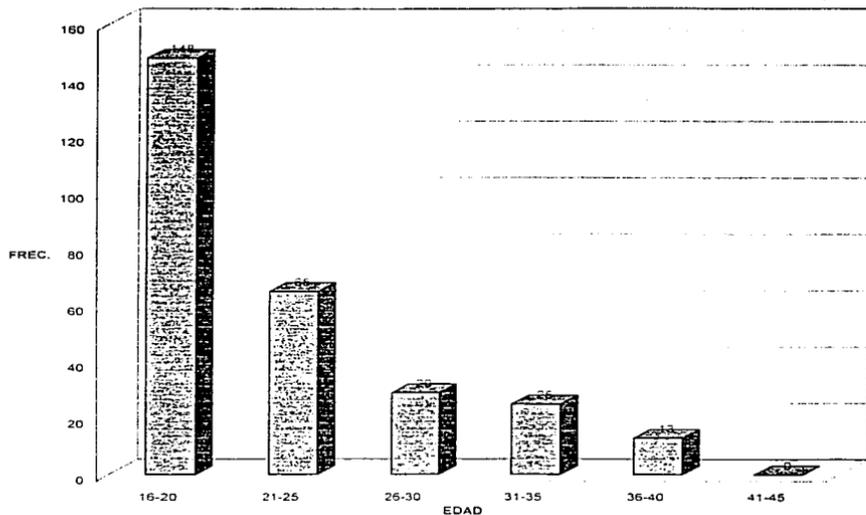
ETAPA DEL CICLO VITAL.	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MATRIMONIO	93	33
EXPANSION	111	40
DISPERSIÓN	76	27
INDEPENDENCIA	0	0
RETIRO Y MUERTE	0	0
TOTAL.	280	100

Fuente: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

- Expansión es la etapa del ciclo vital con un porcentaje mayor del 40%, continuando con la etapa el matrimonio que corresponde al 33% y dispersión con 27%.

GRAFICA 1.

**EDAD DE LAS EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL DESPUES DE
LA 12 SDG.
UMF 21. 2002
n = 280**



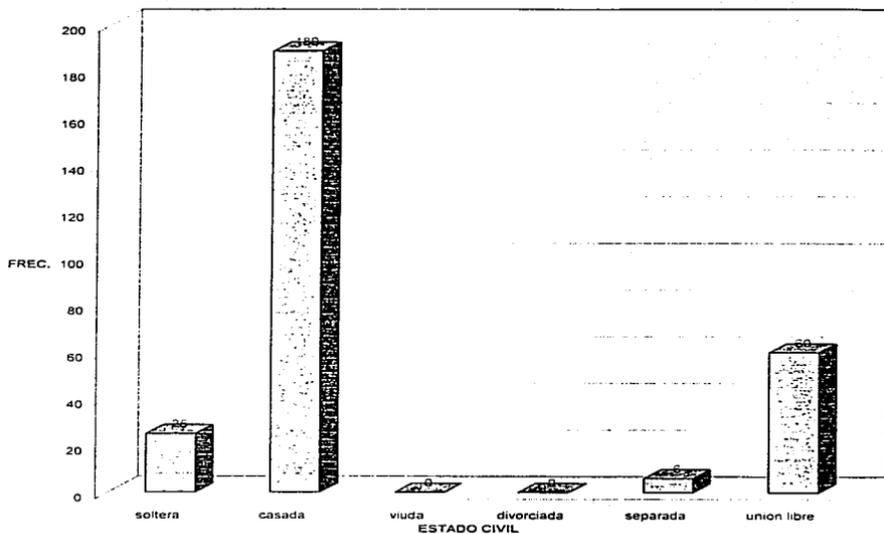
FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 2.

ESTADO CIVIL DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL
DESPUES DE LA 12 SDG.

UNF 21.2002.

n = 280



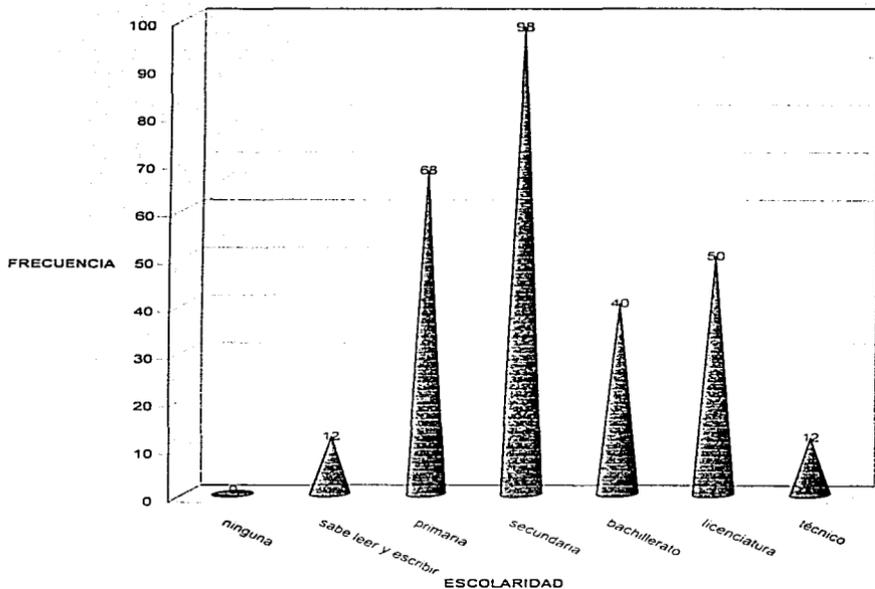
FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 3.

ESCOLARIDAD DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL
DESPUÉS DE LA 12 SDG.

UMF 21, 2002.

n= 280



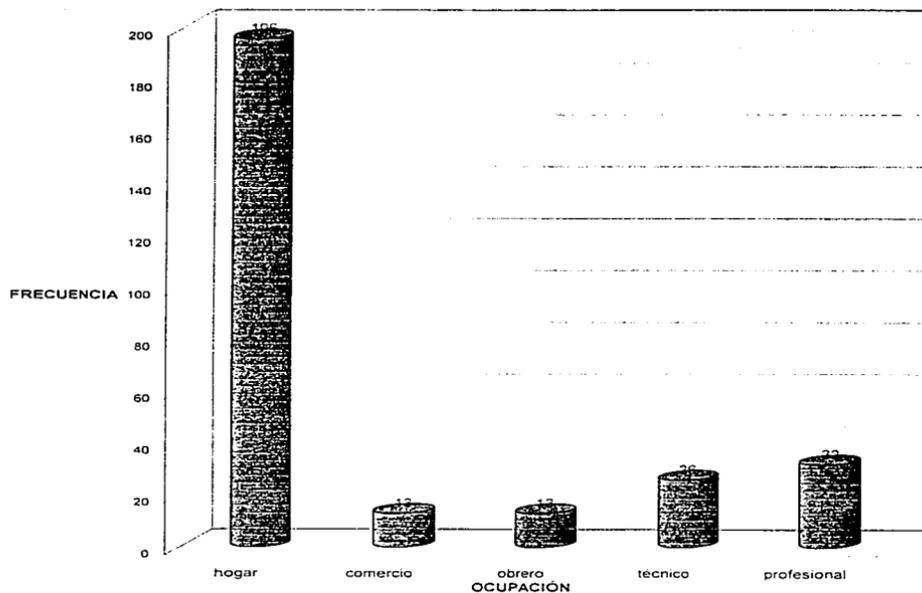
FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 4.

**OCUPACIÓN DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL
DESPUÉS DE LA 12 SDG.**

UMF 21, 2002.

n=280.



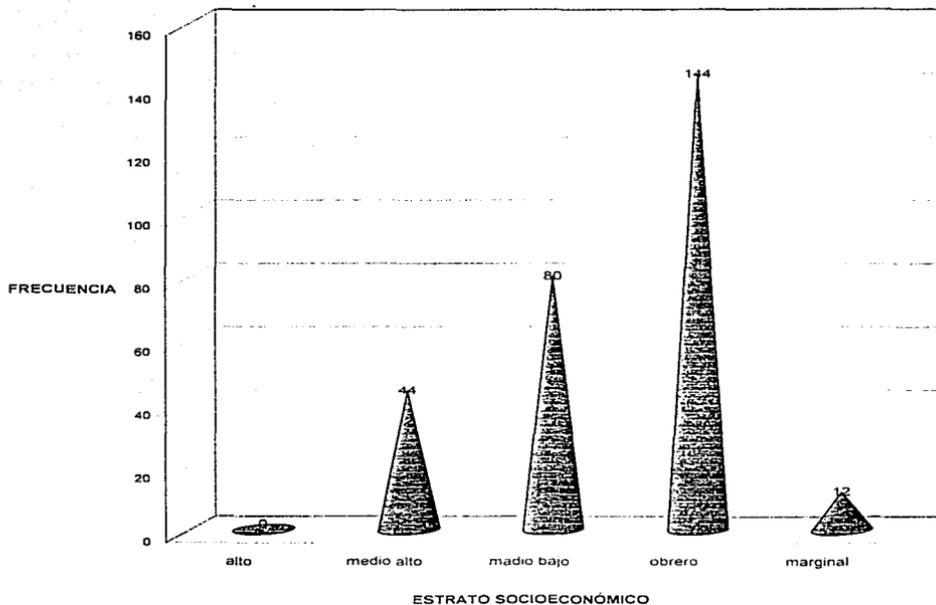
FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 5.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE LAS EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL
DESPUÉS DE LA 12 SDG.

UMF 21, 2002.

n=280.



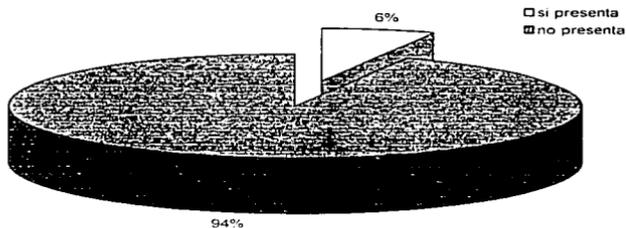
FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 6.

PRESENCIA DE ENFERMEDAD MATERNA EN EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL DESPUÉS DE LA 12 SDG.

UMF 21. 2002.

n= 280.



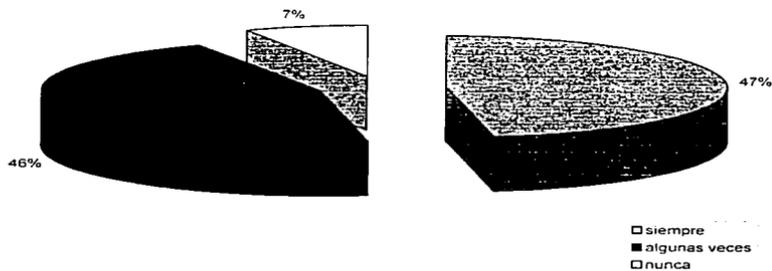
FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 7.

PERCEPCION EN LA SATISFACCION DE LA RELACION MÈDICO PACIENTE EN EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL DESPUÈS DE LA 12 SDG.

UMF 21. 2002.

n=280.



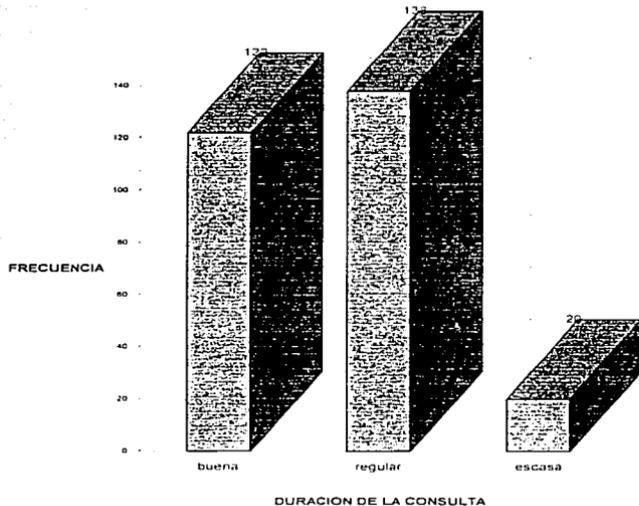
FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 8.

**PERCEPCIÓN EN LA DURACIÓN DE LA CONSULTA EN EMBARAZADAS QUE
ACUDIERON A CONTROL PRENATAL DESPUÉS DE LA 12 SDG.**

UMF 21. 2002.

n= 280.



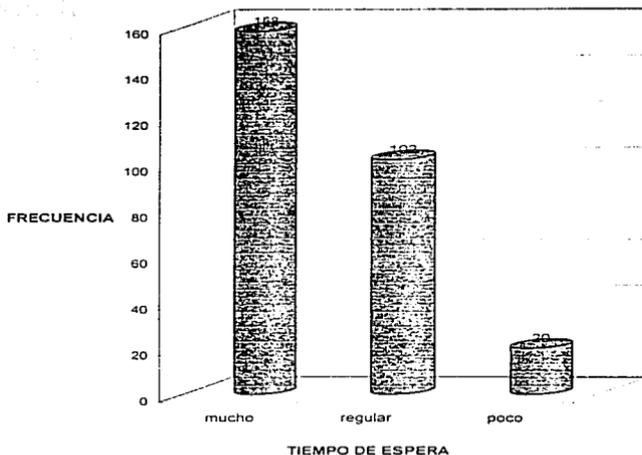
FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 9.

PERCEPCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA EN EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL DESPUÉS DE LA 12 SDG.

UMF 21. 2002.

n= 280.

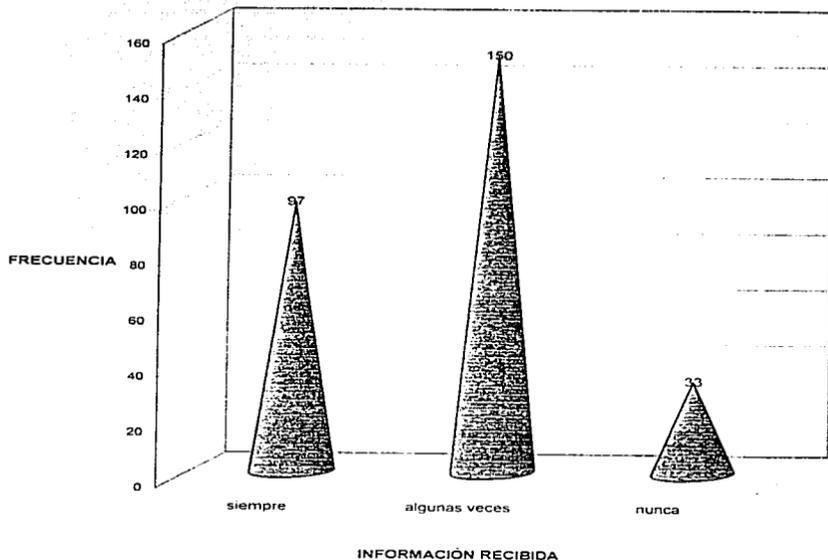


FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 10.

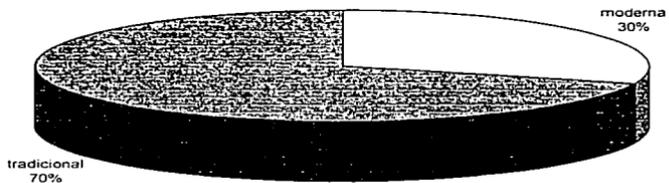
SATISFACCIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA DE SU MÉDICO FAMILIAR EN EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL DESPUÉS DE LA 12 SDG. UMF 21. 2002.

n= 280



FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 11.
CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE A SU DESARROLLO EN EMBARAZADAS
QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL DESPUÉS DE LA 12 SDG.
UMF 21, 2002.
n= 280.



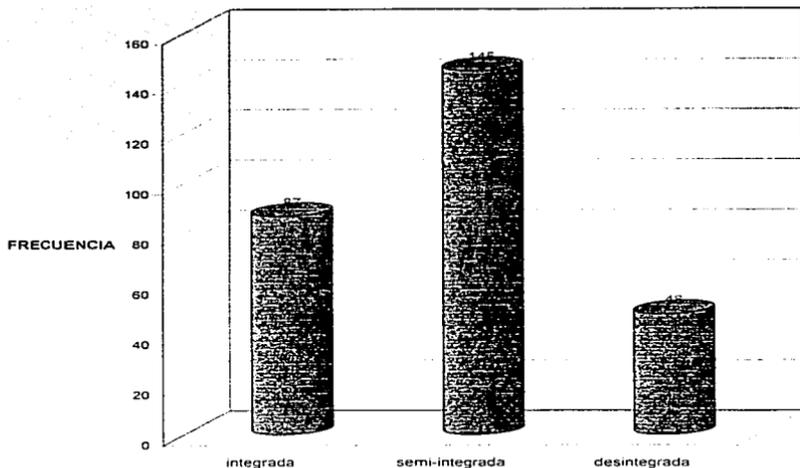
FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 12.

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE A SU INTEGRACIÓN DE EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL DESPUÉS DE LA 12 SDG.

UMF 21. 2002.

n= 280.



CLASIFICACION DE LA FAMILIA DE ACUERDO A SU INTEGRACIÓN

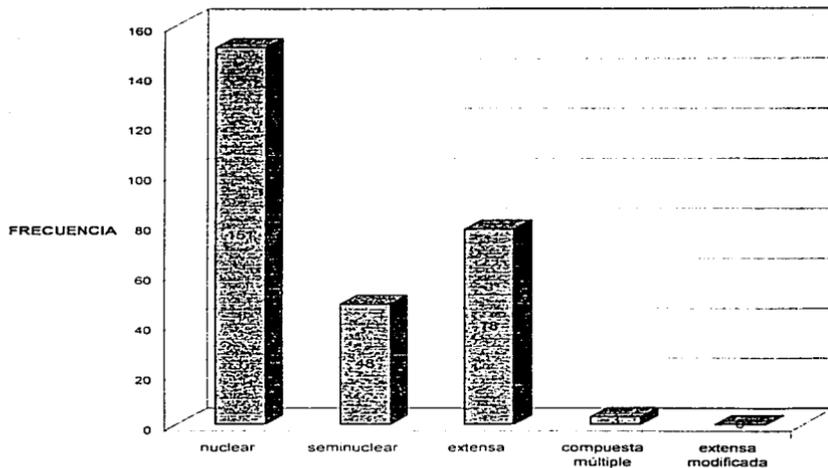
FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 13.

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE A SU CONFORMACIÓN DE EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL DESPUÉS DE LA 12 SDG.

UMF 21. 2002.

n= 280.

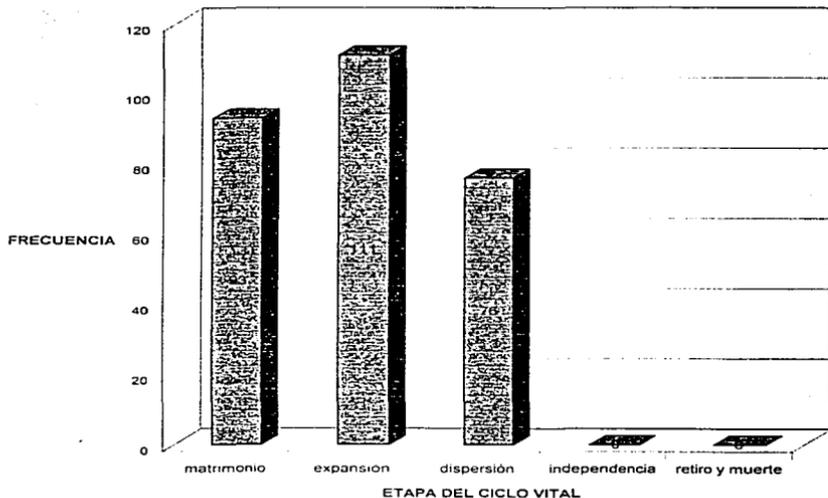


CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA DE ACUERDO A SU CONFORMACIÓN

FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

GRAFICA 14.

ETAPA DEL CICLO VITAL ACTUAL PRESENTE EN LA FAMILIA DE EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL DESPUÉS DE LA 12 SDG.
UMF 21, 2002.
n= 280.



FUENTE: Cuestionario para evaluar los factores que intervienen en la asistencia tardía al control prenatal.

CONCLUSIONES.

La atención prenatal es una prestación de servicios de salud con mayor prioridad. La finalidad de la atención prenatal adecuada se relaciona con una mejor calidad de vida para el producto y la madre. Durante y después del embarazo se pueden detectar y tratar de forma oportuna las complicaciones que generan secuelas o la muerte de los integrantes binomio madre-hijo. Por lo cual es importante que el médico familiar realice acciones para la promoción a la salud evitando así una atención prenatal inadecuada.

Una de las formas más comunes para calificar la atención prenatal considera el inicio de la atención y número de consultas acumuladas. La mayor parte de las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante la atención temprana, sistemática y de alta calidad.

Los factores que pueden modificar la utilización adecuada de la atención prenatal notificados en la literatura se pueden clasificar en características propias de la mujer embarazada (escolaridad, estrato socioeconómico, edad, ocupación, estado civil.), así como familiares y de los servicios de salud (relación médico paciente, duración de la consulta, tiempo de espera que antecede a la consulta, información recibida por el médico). Por lo tanto consideré pertinente conocer los factores que intervienen a que la atención prenatal sea de manera tardía.

De las 280 mujeres estudiadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar Número 21, el 65% presentan menos de 6 consultas durante todo el embarazo, así mismo la mayoría de ellas acuden a control prenatal después del quinto mes.

La edad de las pacientes varía, pero la mayoría de las estudiadas se encuentra en la segunda década de la vida; con ello podemos mencionar que entre mayor edad existe un mejor conocimiento sobre el embarazo y por lo tanto acuden tempranamente a su control prenatal.

El estado civil representa un rubro importante la modalidad casada, siendo el 68% de las pacientes entrevistadas; estos resultados no concuerdan con la literatura, ya que se esperaba que la mayoría de las pacientes pertenecieran a otras modalidades descritas; sin embargo hay que considerar que la mayoría de las pacientes presentan familias semi integradas lo cuál corresponde a un 52%, en donde no tienen apoyo de su pareja, por lo tanto sobreviene el descuido de ellas y de sus embarazos.

Se registra también que el 70% de las embarazadas se incluyen dentro de familias tradicionales, en donde se pueden considerar el embarazo como un proceso natural, por lo que las pacientes acuden sólo cuando se sienten mal.

La escolaridad es el rubro más importante, ya que su falta favorece en la mujer a un bajo estatus social (obrera 51%), a la ignorancia de derechos a la salud y pobre conocimiento acerca del embarazo, en nuestro estudio observamos que el 54% de las pacientes tiene secundaria o menos.

En la ocupación se determinó que el 70% de las pacientes se dedican al hogar y el 30% presentan otra actividad con remuneración económica, estos resultados no determinan lo esperado por la literatura, ya que si la embarazada presenta otras actividades aunadas a las del hogar podrían disminuir la posibilidad de una temprana y adecuada atención prenatal.

El 94% de las encuestas reportó que no hubo presencia de enfermedades individuales, si hubiera sido afirmativo podría contribuir a una tardía asistencia prenatal.

Con respecto a los servicios de salud, no se presentaron reportes desalentadores, a excepción del tiempo de espera, ya que la relación médico paciente fue considerada como buena en un 93%, la duración de la consulta fue aceptable en un 93%, pero el tiempo de espera que antecede a la consulta se registró como prolongada hasta en un 57% de los casos, se puede mencionar que estas mujeres llevan un control tardío e inadecuado, ya que la mayoría de las pacientes tienen poco tiempo para consultar debido a la sobrecarga de trabajo remunerado y doméstico.

SUGERENCIAS.

El objetivo de la atención prenatal incluye el derecho de todas las parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información para alcanzar los mejores resultados en la salud sexual y reproductiva.

Las acciones del control prenatal se realizan adecuadamente mediante el establecimiento de diferentes programas en el cuál participan todo el equipo de salud de la Unidad de Medicina Familiar Número 21 con la meta de proporcionar a toda la población en general los aspectos más relevantes del embarazo, en especial a las mujeres en edad reproductiva, para que en un momento dado ellas mismas puedan identificar sus complicaciones, mantengan la iniciativa de acudir con su médico y así ser atendidas oportunamente.

El mejor momento para aconsejar sobre el embarazo es antes de que ocurra, con la finalidad de conseguir la mejor condición materna, por ello debemos conocer e identificar en nuestras pacientes antes del embarazo las características principales dentro de nuestra población adscrita siendo el objetivo la mayor captación de pacientes iniciando el primer trimestre del embarazo.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A pesar de que existen programas muy bien estructurados sobre la atención prenatal y que en nuestra Unidad de Medicina Familiar se llevan adecuadamente, como ejemplo de ello podemos mencionar las diversas actividades realizadas por trabajo social y la enfermera materno infantil, así como las consultas por el médico familiar haciendo énfasis siempre en su calidad de atención, esto se ve reflejado en nuestra investigación la cual reporta la no existencia de problemas importantes con respecto a los factores de servicios médicos, sólo como ya se mencionó anteriormente el problema más importante es respecto al tiempo de espera para poder recibir consulta, por lo cual me atrevo a sugerir disponer de más recursos humanos (médicos y enfermeras) para que las pacientes tengan mayor accesibilidad a ellos.

De igual manera los programas educativos que se llevan a cabo, como ejemplo los realizados por trabajo social se deben de disponer de más días y horarios para impartir pláticas, así mismo promover a que todo derechohabiente reciba también información y no solo a las embarazadas, ya que ellos mismos podrían ser mensajeros de la salud.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 21
 VARIABLES DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA DEL CONTROL PRENATAL.

FECHA: _____	FOLIO: _____	NOMBRE: _____	EDAD: _____
CONSULTORIO: _____		TURNO: _____	

ESTADO CIVIL: soltera () casada () viuda () divorciada () separada () unión libre ()	ESCOLARIDAD: ninguna () sabe leer y escribir () primaria () secundaria () bachillerato () licenciatura () técnico ()	OCUPACIÓN hogar () comercio () obrero () técnico () profesional ()
--	--	--

1. ¿Padece de alguna enfermedad? si () no () especifique: _____
2. ¿Cuál fue la fecha de su última menstruación? _____
3. La primera vez que usted acudió a consulta para su control prenatal ¿qué tiempo de embarazo cursaba? _____
4. ¿A cuantas consultas prenatales ha asistido? _____

METODO DE GRAFFAR.

A) PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA.

- I. _____ Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- II. _____ Profesionista técnico, mediano comerciante o de pequeña industria, etc.
- III. _____ Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
- IV. _____ Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.
- V. _____ Obrero no especializado, servicios domésticos, etc.

B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE.

- I. _____ Universitaria o su equivalente.
- II. _____ Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
- III. _____ Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).
- IV. _____ Educación primaria completa.
- V. _____ Primaria incompleta, analfabeta.

C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS.

- I. _____ Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
- II. _____ Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.) deportistas profesionales.
- III. _____ Sueldo quincenal o mensual.
- IV. _____ Salario diario o semanal.
- VI. _____ Ingresos de origen público o privado (subsidios).

D) CONDICIONES DE LA VIVIENDA.

- I. _____ Vivienda amplia, lujosa o con óptimas condiciones sanitarias.
II. _____ Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
III. _____ Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias.
IV. _____ Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
V. _____ Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

SERVICIOS MÉDICOS.

1. ¿El tiempo que le otorga su médico familiar durante la consulta, usted la considera?.
- Bueno.
 - Regular.
 - Eseso.
2. ¿El tiempo de espera que debe de realizar antes de recibir consulta con su médico familiar, usted lo considera?.
- Mucho.
 - Regular.
 - Poco.
3. ¿Está satisfecha con la información otorgada por su médico familiar?.
- Casi siempre.
 - Algunas veces.
 - Nunca.
4. ¿Está satisfecha con la relación que tiene con su médico familiar?.
- Casi siempre.
 - Algunas veces.
 - Nunca.

NÚMERO DE HIJOS:

- ◆ RN a un año. _____
- ◆ De 1 a 4 años. _____
- ◆ 5 a 10 años. _____
- ◆ 11 a 19 años. _____
- ◆ 20 o más años. _____
- ◆ Total: _____

Si viven otras personas en el hogar ¿cuántas y cuales?
Con parentesco familiar (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, y yernos). _____
Número _____ especifique _____
Sin parentesco familiar (compadres, amigos, servicios domésticos, huéspedes) _____
Número _____ especifique _____

CLASIFICACIÓN ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA.

◆ Nuclear. ()	◆ Moderna ()
◆ Seminuclear. ()	◆ Tradicional ()
◆ Extensa. ()	
◆ Compuesta múltiple ()	◆ Integrada ()
◆ Extensa modificada ()	◆ Semi-integrada ()
	◆ Desintegrada ()

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

◆ Matrimonio ()	◆ Independencia ()
◆ Expansión ()	◆ Retiro ()
◆ Dispersión ()	◆ Muerte ()

BIBLIOGRAFÍA:

1. Langer Ana y Lozano Rafael "Condición de la mujer y salud" en Figueroa J.G ed. La condición de la mujer en el espacio de la salud. México D.F. El Colegio de México. 1998. Pp 33-82.
2. Martínez González Lidia, Reyes Fausto Sandra, García Peña María del Carmen. "Utilización adecuada de la Atención Prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social" en: Salud Pública de México. Septiembre-Octubre 1996. Vol. 38 , No 5. Pág.: 341-351.
3. Ramírez Teresa, Nájera Patricia, Nigenda Gustavo." Percepción de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud en México: Perspectiva de los Usuarios en: Salud Pública de México. Enero-febrero 1998. Vol. 40. No 1 . Pp 3-12.
4. Mondragón Héctor. "Embarazo y Puerperio Normales" en: Obstetricia Básica Ilustrada. Ed. Trillas. 3era reimpresión. Agosto 1997. Pp 11-247.
5. Ortigosa Corona Eduardo, Padilla Jasso Yolanda, López Ortiz Rocío." Necesidades Educativas en Salud Perinatal en Madres de Adolescentes Embarazadas" en: Ginecología y Obstetricia de México. Enero. 2001. Vol. 70. Pág. 28-35.
6. Ortigosa Corona Eduardo, Padilla Jasso Yolanda, López Ortiz Rocío." Diseño y Evaluación de un Curso Educativo Dirigido a Madres de Adolescentes Embarazadas" en: Ginecología y Obstetricia de México. Enero. 2001. Vol. 70. Pp. 28-35.

7. UNICEF. "La Atención Prenatal podría Salvar a Millones..."
Internet: <http://www.UNICEF.Org/spanish/paño/ts9.htm>. 2002. Pp 1-20.
8. Pazmiño de Osorio Sonia, Arturo Rojas Ma. Celia, Torres Luis E. " La Calidad del Control Prenatal Como una Garantía de Salud de Madres y Recién Nacidos" en : SOVOGIN Sociedad Vallecacuacana de Obstetricia y Ginecología. Enero-marzo 1997. Vol.48. Pp: 1-40.
9. Pascuzzo Carmine, Gavidía Reina, Sánchez Laura. "Determinantes del Control prenatal en Embarazadas de la región Centrooccidental de Venezuela" en: Obstetricia y Ginecología Venezolana. 1999. Vol.59. No.4. Pp 18-24.
10. Mejía Héctor. "Risk Factors for Neonatal death. Systematic revew of the literature" en Medline. 1980-1996. Pp 1-3.
11. Márquez García A. Et al. "Perfil de las Embarazadas que no acuden a un programa de Educación Maternal" en: Medicina de Familia. Octubre 2001, Vol. 2, No. 3.Pp. 46-49.
12. Bruce J. "Diagnóstico Cualitativo de la Atención" en Salud Reproductiva en Bolivia.
Internet <file://Diagnóstico%20cualitativo%20de%20la%20atención%20salud%20reproduct>. 2002. Pp: 1-23.
13. Ramirez Zetina M, Richardson V, Jiménez cruz A."La Atención Prenatal en la Ciudad fronteriza de Tijuana México" en: Rev. Panam Salud Pública. 2000. Vol. 7, No. 2. Pp. 97-101.
14. Ventura Patricio. "Prematuridad y Bajo Peso de Nacimiento"
Internet: <file://A:/Manual%20de%20Pediatria>. Htm. 2000. Pp: 1-9.

15. Ortega Canto Judith, Hoil Santos Jolly, Santana Carvajal Andrés. "Salud-Enfermedad Reproductiva: Una Aproximación a los Derechos Reproductivos en Yucatán" en: Revista Biomédica. Enero-marzo. 2001. Vol. 12. No.1. Pp. 35-45
16. Sánchez J. Bernarda, Mendoza F. Ma. Eugenia, Ávila Rosas Héctor. "Evaluación de un Programa Preventivo Pregonacional en una Comunidad" en: Ginecología y Obstetricia de México. Septiembre. 2001. Vol. 69. Pág. 363-370.
17. Emmanuel Ezequiel J. Emmanuel L. Linda. "Habilidades de Comunicación: Cuatro Modelos para la Relación Médico Paciente" en: Universidad Mayor de Sociedad Vallecacuacana de Obstetricia y Ginecología. 1997. Pág. 1-18.
18. Morales Ramírez José de Jesús, Saucedo González Luciano Francisco. "La mayoría de las Quejas de Atención Ginecológica y Obstétrica se generan por Percepciones derivadas de Resultados Inevitables" en: Ginecología y Obstetricia en México. Marzo. 2001. Vol. 69. Pág. 108-117.
19. Pérez Cuevas Ricardo, Reyes Sandra, Libreros Vita.. " Análisis de la Satisfacción del Usuario y de la Productividad de un Modelo de Atención Primaria con la participación de Médicos y Técnicos" en: Salud Publica de México. Septiembre-octubre. 1994. Vol. 36. No. 5. Pp. 492-501.
20. Salinas Oviedo Carolina, Laguna Calderón Javier, Mendoza Martínez María. "La Satisfacción Laboral y su papel en la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica" en: Salud publica de México. Enero-febrero. 1994. Vol. 36. No. 1. Pp:22-29.
21. H. Medalie Jack. "La Pareja que espera" en: Medicina Familiar: Principios y Prácticas. Ed. Limusa. 1987. Pp. 163-192.

22. Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health*. 1994. Vol 84 Pp: 1414-1420.
23. Brieger WR Luchok KJ. Eng E. Earp JA. Use of maternity services by pregnant women in a small Nigerian community. *Health Care Women Int* 1994, Vol 15. Pp 101-110.