



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31

LINEA DE INVESTIGACION: MUERTES EVITABLES (PERINATAL)

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE RETRASAN EL CONTROL PRENATAL OPORTUNO

NUMERO DE REGISTRO

R-2013-3701-36

PRESENTA:

GUZMÁN ALONSO CLAUDIA BERENICE

MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA.

MÉDICO FAMILIAR. COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31. TEL.

5519011581

e-mail: leticia.ramirez@imss.gob.mx.

DR. FABIAN ÁVALOS PÉREZ

MEDICO FAMILIAR UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD. ÁREA SISTEMA DE SALUD
ADSCRITO A HP/UMF 10 IMSS.
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS

e-mail: fab_doc@gmail.com

DR. JUAN PABLO ARAGÓN HERNÁNDEZ

GINECOLOGO Y OBSTETRA ADSCRITO A HGZ No. 47 IMSS
ASESOR DE TESIS, PROFESOR DE RESIDENCIA DE GINECOLOGIA Y JEFE DE SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA EN HOSPITAL GE A GONZALEZ

e-mail: nogarajp@hotmail.com

MEXICO, DISTRITO FEDERAL, 2014
UNIDAD SEDE: UMF No.31



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.

TÍTULO DE LA TESIS:

“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE RETRASAN EL CONTROL PRENATAL OPORTUNO“


TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

CLAUDIA BERENICE GUZMÁN ALONSO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

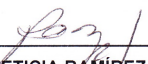
AUTORIZACIONES:


DR. JUAN GILBERTO ALVAREZ DE LA O
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS


DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 31, IMSS


DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ.
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 31, IMSS.

ASESORES DE TESIS


DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD Y PROFESOR ADJUNTO
DEL CURSO DE RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 31.


DR. FABIÁN ÁVALOS PÉREZ
MÉDICO FAMILIAR, MAÉSTRO EN CIENCIAS DE LA
SALUD, ADSCRITO AL HP/UMF 10, IMSS.

MÉXICO DISTRITO FEDERAL

2014

“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE RETRASAN EL CONTROL PRENATAL OPORTUNO”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

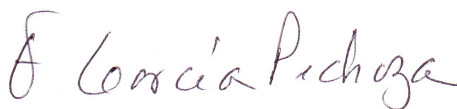
PRESENTA

DRA. CLAUDIA BERENICE GUZMÁN ALONSO

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3701
H GRAL ZONA NUM 1-A, D.F. SUR

FECHA 30/10/2013

M.C. FABIAN AVALOS PÉREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Factores socioculturales que retrasan el control prenatal oportuno.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-3701-36

ATENTAMENTE

DR.(A). SERGIO LOZADA ANDRADE

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3701

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

1.	RESUMEN	7
2.	MARCO TEORICO.....	9
	2.1 ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS Y CIENTIFICOS.....	9
	2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	12
	2.3 MARCO CONTEXTUAL.....	28
3.	JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
4.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	29
5.	OBJETIVOS.....	29
	5.1 OBJETIVO GENERAL.....	29
	5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	30
6.	HIPOTESIS.....	30
7.	MATERIAL Y METODOS.....	30
	7.1 PERIODO Y SITIO DEL ESTUDIO	30
	7.2 UNIVERSO DE TRABAJO.....	30
	7.3 POBLACION DE ESTUDIO	31
	7.4 UNIDAD DE OBSERVACION.....	31
	7.5 UNIDAD DE ANALISIS.....	31
8	DISEÑO DE ESTUDIO	31
9.	ESQUEMA DEL DISEÑO DE ESTUDIO	32
	9.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	33
	9.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	33
	9.3 CRITERIOS DE ELIMINACION.....	33
10.	MUESTREO.....	33
	10.1 TIPO DE MUESTREO.....	33
	10.2 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	34
11.	VARIABLES.....	35
	11.1 DEFINICION DE VARIABLES.....	35
	VARIABLE DEPENDIENTE.....	35
	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	35
	11.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	37
12.	DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....	38
13.	ANALISIS ESTADISTICO.....	39
14.	CONSIDERACIONES ETICAS.....	48

14.1	CONFLICTOS DE INTERES.....	49
15.	RECURSOS.....	49
15.1	ESTRUCTURA.....	49
15.2	FINANCIAMIENTO.....	49
16.	BENEFICIOS ESPERADOS. USO DE RESULTADOS.....	49
17.	CRONOGRAMA.....	49
18.	RESULTADOS.....	49
19.-	DISCUSION.....	67
20	CONCLUSIONES.....	69
21.	BIBLIOGRAFIA.....	71
22.	ANEXOS.....	74
22.1	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	74
22.2	HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	75
22.3	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	77
22.4	TEST VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	80
22.5	CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR.....	81
22.6	INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA.....	83

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE RETRASAN EL CONTROL PRENATAL OPORTUNO EN LA UMF No. 31

1. RESUMEN

Actualmente los programas de salud materna ponen énfasis en la adecuada atención prenatal con enfoque de riesgo y en las acciones oportunas para disminuir las complicaciones del parto. Sin embargo, la atención oportuna está determinada por la accesibilidad al sistema de salud y el empoderamiento de las pacientes para demandar la atención de manera oportuna, en este estudio se describieron las condiciones sociales que influyen o determinan la oportunidad de la atención obstétrica.

Currently maternal health programs emphasize proper prenatal care with a focus on risk and appropriate actions to reduce birth complications. However, timely care is determined by the accessibility to health care and empowering patients to demand attention in a timely manner, in this study the social conditions that influence or determine the opportunity of obstetric care were described.

Objetivo: Se describieron los factores socioculturales que retrasan el control prenatal oportuno en la UMF No. 31.

Metodología. Se realizó un estudio transversal descriptivo con la aplicación de una encuesta a 113 pacientes, previo consentimiento informado, en la sala de espera de ambos turnos de la UMF No. 31.

Análisis estadístico. Se realizó base de datos en programa estadístico SPSS, con un análisis univariado con medidas de tendencia central y dispersión y posteriormente un análisis bivariado para las variables que se identificaron con relación para describir proporciones y medidas simples de asociación, riesgo relativo, razón de momios.

Uso de resultados. Los resultados obtenidos sirven para dirigir las políticas de promoción a la salud institucionales a la población de mayor riesgo. Con mayor énfasis en la demanda de la paciente para su atención y la mejora a la accesibilidad al sistema de Salud.

Discusión. Este estudio enfatizó cuáles son los factores de riesgo mayormente asociados a la vigilancia tardía del control prenatal y específicamente los factores socioculturales principales en los que existe alguna forma de intervención médica apropiada para contrarrestar este hecho. Así se encontró que la edad promedio de las encuestadas fue de 26 años y que 72 de ellas recibieron un control prenatal oportuno, considerándose a varios factores como protectores para haber recibido una atención médica adecuada, entre los que se encontraron el apoyo de la pareja, de la familia, la información previa a cerca del control prenatal y la confianza en su Médico Familiar, sin embargo, se merma lo obtenido con el gasto y la distancia de traslado a la Unidad de Medicina Familiar, la falta de apoyo laboral y el percibir una atención médica inadecuada.

Conclusiones. Existe una fuerte asociación entre los factores socioculturales y un control prenatal tardío y conocerlos permite establecer acciones de “autocuidado” y adquisición de responsabilidad individual y del nuevo núcleo familiar. Y una manera de lograrlo es el brindar al ingreso de la Unidad de Medicina Familiar un “tríptico” de lo que se ofrece a cada mujer embarazada como su vigilancia, vacunas, orientación nutricional, información durante el parto y la lactancia, pero sobre todo la adecuada y motivante relación médico paciente, con resolución de dudas e identificación de redes de apoyo familiar, laboral y social con referencia a las diferentes áreas interdisciplinarias Terapia Familiar, Salud en el Trabajo, Psicología, respectivamente para la resolución de situaciones que condicionen un mayor retraso en la atención prenatal oportuna, así como orientación vía telefónica las 24hrs del día, en caso de violencia intrafamiliar, accidentes, datos de alarma del embarazo, negación de permiso laboral, etc. Favoreciendo así el cuidado, integridad, funcionalidad y satisfacción de bienestar de las madres, los niños y sus familias.

Palabras claves: control prenatal, factores de riesgo.

2. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS Y CIENTIFICOS

La prestación de servicios de salud a la mujer embarazada es una prioridad nacional e internacional. La atención prenatal adecuada se ha relacionado 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 pueden prevenir, detectar y tratar en forma oportuna las complicaciones que generan secuelas o la muerte de cualquiera de los integrantes del binomio madre-hijo.¹

En el ámbito internacional aún no existe consenso acerca de la definición de atención prenatal adecuada; algunos autores han definido los criterios en forma objetiva y otros lo han hecho de manera arbitraria. Una de las formas más comunes para calificar la atención prenatal proporcionada considera dos indicadores: el inicio de la atención y el número de consultas acumuladas; sin embargo, se ha considerado que el número de consultas prenatales debe ser ajustado de acuerdo con la edad gestacional. En 1973, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos propuso la primera tabla considerando las tres variables mencionadas y ésta o algunas versiones modificadas de la original han sido utilizadas como criterio de referencia para la evaluación de la utilización. En 1994 Kotelchuck propuso una nueva tabla donde la utilización de la atención prenatal se caracteriza de acuerdo con dos dimensiones independientes, el inicio adecuado y la recepción adecuada de servicios. Cada dimensión considera cuatro categorías y el porcentaje de cumplimiento se evalúa con base en el número de consultas ajustado por el trimestre de inicio y la semana de gestación al término del embarazo.

Hasta muy recientemente, los programas de salud materna privilegiaron el enfoque de riesgo para prevenir muertes maternas, bajo la premisa de que era posible reducir y detectar con oportunidad los embarazos susceptibles de presentar complicaciones obstétricas. En países como Estados Unidos Americanos, la prevalencia de no recibir atención prenatal o de iniciar tarde esta

¹ INSP. Salud pública de México. Vol. 38 (5):341-351

atención oscila entre el 16.1 y el 29.9%.² La OMS calcula que solo el 29 a 36% de los nacimientos de África, el 20-61% de los de Asia y el 69-89% de los de América del Sur tienen la atención de maternidad.

En México, de un total de 8.4 millones de nacimientos que registra la ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) 2012 entre 2007 y 2012, en ocho millones de ellos la atención prenatal y del parto fueron proporcionados por un médico.³ Mac Gregor intentó establecer el punto de corte para el número de consultas, sin embargo, consideró que no se podrían obtener conclusiones definitivas al respecto. Bobadilla utilizó una versión modificada de la tabla propuesta por el Instituto de Medicina y encontró que el 29% de las mujeres recibió atención prenatal inadecuada, el 55.5% intermedia y sólo el 15.5% adecuada, y encontró una asociación paradójica entre la mortalidad perinatal y la atención prenatal adecuada, es decir, que el mayor número de consultas acumuladas no se traducían en menor riesgo de mortalidad perinatal y establece la hipótesis de que las mujeres que empiezan a tener signos y síntomas de complicación hacen un uso más frecuente de la atención prenatal. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las mujeres embarazadas (beneficiarias o trabajadoras) tienen el derecho de recibir servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio, ya que considera que la atención prenatal se debería de iniciar en el primer trimestre en todos los casos y que cada mujer debería de acumular por lo menos siete consultas al final del embarazo. Desde 1983, se intensificaron las acciones con la finalidad de tener mejores condiciones de salud y reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto. A pesar de la existencia de la Norma Oficial Mexicana 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, que establece que la atención prenatal debe estar dirigida a la promoción de comportamientos saludables y que recomienda que el inicio del Control Prenatal sea dentro de las primeras 12 semanas de gestación (OMS, 2003, Secretaría de Salud de México, 1993), realizando la importancia de la primer visita, que es cuando se realiza una evaluación cuidadosa a través de una anamnesis, examen físico y exámenes de laboratorio y gabinete que guían el plan a seguir con la madre para lograr un embarazo saludable, con el

² Factores que afectan la atención prenatal. Juan Miguel Martínez Galeano. Nursing 2010; 28 (09)62-65.

³ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales

beneficio de incluir los consejos que el proveedor de salud proporciona a la embarazada sobre prevención de riesgos y signos de alerta del embarazo⁴; no se ha logrado un nivel óptimo de utilización ya que las mujeres embarazadas reciben menos consultas (5.2 por mujer en promedio) y sólo el 33.4% de ellas iniciaron la atención en el primer trimestre del embarazo.⁵

En México, existe una “estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna” establecida en agosto del 2009 en la Secretaria de Salud,⁶ basada en un esquema de tres demoras y marco lógico, en el cual la primer demora representa un 10% en tomar la decisión de búsqueda de atención médica, la segunda representa un retardo de 8% en llegar a un establecimiento adecuado y por último la tercer demora representa un 82% de retardo en recibir un tratamiento adecuado. Por lo tanto, esta estrategia tiene por objetivos: 1) reducir las inequidades para que la mujer pueda tomar la decisión de buscar la atención médica, garantizando la información oportuna y adecuada en la comunidad a través del fortalecimiento de las acciones de Planificación Familiar, 2) lograr un acceso universal eliminando todo tipo de barreras para la atención oportuna, garantizando medios de comunicación y transporte para la atención del embarazo y 3) optimizar la calidad dicha atención, consolidando una red de Atención para la Urgencia Obstétrica Intersectorial por medio del desarrollo de competencias técnicas en el personal de salud.

Ahora al enfoque de carácter preventivo de las complicaciones, se agrega el énfasis en la atención oportuna y con calidad de la urgencia obstétrica ya que el 50% de las complicaciones obstétricas no puedan prevenirse debido a que no presentan signos y síntomas de alarma. Por lo que, las muertes maternas se asocian a deficiencias en la calidad de la atención prenatal en un 20%.⁷

La Fundación Mexicana de Prevención y Salud Materna A.C. en conjunto con el IMSS a través del Dr. Ruiz Rosas, generan estrategias en el Control Prenatal y

⁴ Factores que afectan la atención Prenatal. Dr. Juan Miguel Martínez Galeano. *Nursing* 2010; 28 (09):62-65.

⁵ INSP. *Salud Pública de México*. 1996. Vol. 38 (5): 341-351.

⁶ Atención Prenatal con enfoque de riesgo. Secretaria de Salud. *Salud Reproductiva*. Mayo 2006.

⁷ Estrategia para disminuir la mortalidad materna en México. Dr. Raymundo Canales de la Fuente. *Salud Materna y Perinatal*. Agosto 2009.

Tamiz neonatal “oportunos”, que benefician la disminución de mortalidad materno-infantil en nuestro país.⁸

Aun cuando la Secretaría de Salud de México reconoce la importancia del inicio del Control Prenatal Oportuno, un bajo porcentaje de mujeres embarazadas lo inicia en el primer trimestre, por lo que uno de los principales retos del Programa de Control Prenatal es lograr que las mujeres acudan a consulta en etapas tempranas del embarazo y que participen de manera responsable en el autocuidado de su salud a través del reconocimiento de los síntomas de alarma que pudieran presentarse en el transcurso del embarazo. Y es por eso que este autocuidado se torna el modelo dominante de cuidado de salud en la sociedad actual.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

La *Promoción en Salud*, se define como “*el proceso de fortalecer las capacidades a las personas y a los grupos para ejercer un mayor control sobre su salud y calidad de vida, para poder así mejorarlas*”, y el Control Prenatal es uno de los métodos más utilizados en el mundo y perteneciente a este proceso, representando la piedra angular en el cuidado de salud tanto de la madre como del futuro recién nacido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad y que forma parte de una estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal y confirma que: cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, la mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres, en comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo, la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2010, gracias a la énfasis de la realización del *Control Prenatal*, el cual es considerado un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo,

⁸ Fundación Mexicana de Prevención y Salud Materna A. C. Febrero 2013.

detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza; además de brindar una orientación a la gestante y su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la concepción.^{9 10} Así, este control se vuelve en un acto voluntario y se espera idealmente que la mujer acuda en cuanto confirme que está embarazada.

Las estadísticas vitales proporcionan información referente a la dinámica de la población, y son ampliamente utilizadas para el cálculo de indicadores de gran importancia para el sector salud. El nivel de riesgo de la población, se estima sobre la base de indicadores que miden variables socioeconómicoculturales, biológicas y otras, en las cuales ya se ha demostrado fuerte asociación con resultados deficitarios (muerte, enfermedad o secuelas). El concepto de riesgo es netamente probabilístico, ya que el alto o bajo riesgo se asocia con alta o baja posibilidad de que suceda un daño. Así, en salud maternoinfantil una serie de factores maternos se asocian frecuentemente con daño del producto de la gestación (muerte o enfermedad) y conocerlos permite establecer medidas preventivas para el grupo que más lo necesite (Alto Riesgo) y de esta forma optimizar la distribución de los recursos disponibles, con los consiguientes mejores resultados, al contribuir a racionalizar la atención de la salud.

El Sistema de Salud hace referencia no sólo a la atención médica, sino también a todos los factores vinculados directa o indirectamente con problemas de la salud, como vivienda, saneamiento, accesibilidad a los sistemas de atención, alimentación, etc. Su evaluación no es una tarea sencilla, ya que la misma no puede ser expresada exclusivamente a través de los resultados, en la medida en que éstos están influenciados fuertemente por el nivel de riesgo de la población que se asiste. Por lo tanto, los resultados son función de las dos variables anteriores (Riesgo Poblacional y Sistema de Salud) y ellos pueden ser medidos a través del daño (muerte, enfermedad y/o secuela).¹¹

La Salud Perinatal guarda una relación íntima con factores socioculturales, que pueden modificar la probabilidad de utilizar en forma adecuada y oportuna la

⁹ Atención Prenatal con Enfoque de riesgo. Secretaria de Salud. Salud Reproductiva. Mayo 2006.

¹⁰ Protocolo de Control Prenatal. Dr. Sergio Girado Llamas. ESE. Clínica de Maternidad "Rafael Calvo"

¹¹ Atención Prenatal con Enfoque de riesgo. Secretaria de Salud. Salud Reproductiva. Mayo 2006.

atención prenatal notificada en la literatura, y se pueden dividir en dos grandes grupos:

l) **las características socioculturales propias de la mujer embarazada:**

1. edad materna

✚ La edad materna se considera un factor sociocultural determinante para identificar en la madre una probabilidad de tener un riesgo preconcepcional, principalmente si se encuentra en edades extremas, como la adolescencia o mayor de los 35 años.

2. educación de la madre y el conyugue

✚ La Educación es un factor cultural asociado a mayor daño perinatal cuando es de nivel bajo o inadecuada. En Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales Naciones Unidas, a través de su Oficina de Estadística, recomienda en categorizar el Nivel de Educación Materna en siete grupos: Analfabeta, Primaria Incompleta y Completa, Secundaria Incompleta y Completa y Terciaria o Universitaria Incompleta y Completa. La investigación muestra que a menor nivel educativo, mayor tradicionalidad; y al contrario, a mayor nivel educativo, mayor modernidad. Más aún, así como los estudios recientes de la CEPAL¹² (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) muestran que en América Latina es hasta los 12 años de escolaridad formal cuando se crean condiciones para evitar caer en la pobreza, en ésta y otras investigaciones realizadas por el CASC-UCA (Centro de Análisis Sociocultural-Universidad de Centroamérica) se muestra que la manera de pensar tradicional sólo se supera con la secundaria completa. En este caso, los estudios indican que si se toma en cuenta de manera autónoma la influencia del factor educativo, en la concepción machista tradicional sólo se transforma en una mentalidad respetuosa de las diferencias hombre-mujer, sin concebirlas como contrapuestas a la igualdad entre ambos, y en una

¹² Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres: estudio en cuatro países de Centroamérica. Manuel Ortega Hegg, Rebeca Centeno Orozco, Marcelina Castillo Venerio. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y El Caribe y Centro de Análisis Sociocultural. 1a ed. -- Managua: UNFPA- CEPAL, 2005. 303 p.

paternidad más integral, cuando se alcanza ese nivel de estudios. Por lo tanto, habrá mayor responsabilidad y apego a un control Prenatal oportuno apoyado por la pareja cuando el nivel educativo de ambos padres es mayor.

3. tabaquismo o uso de sustancias nocivas

✚ Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en nuestro país en 2012, un 26% de las mujeres en edad fértil es fumadora con un consumo promedio de 9.4 cigarrillos por día. A su vez, un 34% de ellas está expuesta al humo de tabaco ajeno. Diversas encuestas muestran que un 15-20 % de las embarazadas en México son fumadoras siendo este uno de los porcentajes más altos de América y del mundo. El consumo de tabaco u otras sustancias nocivas involucra aspectos biopsicológicos que merman la atención de un control prenatal oportuno, influyendo en toma de decisiones y responsabilidad materna adecuada y oportuna.¹³

4. Ocultamiento o negación del embarazo

✚ una mujer que no ha deseado ni planeado ser madre, pero principalmente que no se siente emocional ni socialmente preparada para esa responsabilidad, niega su embarazo con el fin de no ser juzgada o rechazada por su grupo familiar o social, lo que conlleva a una nula aceptación o compromiso para llevar a cabo un control prenatal oportuno¹⁴.

5. Deseo y planeación del embarazo

✚ Para que un embarazo sea efectivamente "no deseado", debe existir un antecedente previo por la cual el embarazo se convierte en un problema inesperado para la mujer, ya sea una planificación personal a corto o largo plazo la cual no incluía un embarazo, el nivel socioeconómico o la edad de la madre (ya sea adolescente o mayor de 35 años). Generalmente, es por esta última razón que un embarazo es considerado no deseado, siendo el embarazo

¹³ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Págs. 1-4.

¹⁴ Principios de Socialización. Conceptos, clasificación de roles y estatus; su importancia en la dinámica social. Instituto Tecnológico Superior de Calkini. Págs. 1 a 3.

adolescente la mayor expresión de éstos.

Está determinado inicialmente por el modo en que los padres se involucran en la sexualidad y los eventos reproductivos, pues desde allí se establecen las condiciones que los llevarán a enfrentar sus responsabilidades y compromisos ante los embarazos, y en relación con sus hijas e hijos. Y esas condiciones definirán si se desea tener un hijo o hija en ese momento y con esa pareja, si se reconocerá la paternidad y cómo se asumirá ésta, siendo esto determinante en el realizar un control prenatal oportuno. Tener un embarazo o un parto no deseados tiene efectos sobre la mujer, la pareja, el hijo y el resto de la familia. Se ha demostrado que las mujeres que durante el control prenatal refieren no desear el embarazo tienen, en promedio, el doble de riesgo de desarrollar síntomas depresivos o de ansiedad, o de tener mayores niveles de estrés mermando así su atención prenatal oportuna.¹⁵

6. violencia intrafamiliar o de género

✚ El comportamiento de los hombres en el plano de la sexualidad y la reproducción va vinculado a las relaciones de poder entre ambos sexos. En realidad, los hombres suelen relacionarse con las mujeres desde una posición de mayor jerarquía y control en todos los ámbitos sociales, sin embargo, esta relación de poder puede traer como consecuencia una relación forzada o violenta, en donde se adopta un papel o rol asumido de víctima y victimario que puede dar como resultado: primero un embarazo no deseado y secundariamente mermar el deseo de un control prenatal oportuno.¹⁶

7. estatus o nivel social

Es un elemento básico en la estructura social, que hace referencia a la posición social que ocupa un individuo y que los demás reconocen, en lenguaje común, “*status*”¹⁷ es sinónimo de prestigio, esto es, a las

¹⁵Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. OMS. Dpto. de reducir los riesgos del embarazo. 09.06.2010.

¹⁶Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. OMS. Dpto. de reducir los riesgos del embarazo. 09.06.2010.

¹⁷Principios de Socialización. Conceptos, clasificación de roles y estatus; su importancia en la dinámica social. Instituto Tecnológico Superior de Calkini. Págs. 1 a 3.

responsabilidades, privilegio y expectativas que acompañan a esa posición. También es consecuencia de la cultura, tiempo, valores y normas. Además, el status de una persona vendrá siempre definido en relación con otras personas creando una identificación social en donde se involucran el prestigio, la dignidad, la categoría y el reconocimiento. Puede ser asignado o adquirido, objetivo o subjetivo. Se considera que entre mejor nivel social mejor control prenatal oportuno

8. ingreso económico familiar

✚ Por resolución emitida por el Honorable Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos de fecha 23 de noviembre de 2012, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 26 de noviembre de 2012, la distribución por áreas geográficas de los Salarios Mínimos Generales y Profesionales vigentes en el territorio nacional se modificó, quedando únicamente dos áreas geográficas A y B. El Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos acordó otorgar un aumento general a los salarios mínimos de las dos áreas geográficas para el 2013 de 3.9 por ciento. El nuevo salario mínimo legal que regirá a partir del primero de enero de 2013 es de \$64.76 pesos diarios para el área geográfica “A”, a la cual pertenece el D.F. Las formas de ejercicio de la paternidad responsable, subyacen muchas de las expresiones de la pobreza, la marginación y un control prenatal oportuno cuando el ingreso económico familiar es mayor. Y este ingreso se puede calcular mediante el Índice de Pobreza Familiar de Graffar.¹⁸

9. Etnia

✚ La comunidad o pueblo mexicano comparte una afinidad cultural que permite que sus integrantes puedan sentirse identificados entre sí y a su vez incluye otros factores culturales como las tradiciones, la lengua y las creencias religiosas. El hecho de identificarse como parte de un grupo social puede llevar a una persona a una exacerbada defensa de su particularidad y a entrar en conflicto con los integrantes de otros grupos, de esta forma dependiendo de dicho

¹⁸ Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. www.conasami.gob.mx/nvos_sal_2013.html

factor se puede determinar el creer importante o no asistir a un control prenatal oportuno¹⁹.

10. Lengua o idioma

✚ En nuestro país se habla el español, aunque mal definido, ya que lo más idóneo es decir castellano y dentro de éste se hablan aproximadamente 47 dialectos, lo cual toma importancia porque debe existir una comunicación fluida, recíproca y comprendida para establecer una adecuada relación humana y específicamente médico-paciente y con base en ello motivar la asistencia a un control Prenatal oportuno como parte de una atención integral en la mujer en etapa de gestación, haciendo énfasis en la importancia del cuidado del binomio²⁰.

11. Estado civil

✚ La situación conyugal de la madre, referida a si convive o no en pareja (ya sea casada o en unión de hecho) es información que señala la situación conyugal de la madre, categorizándola como con o sin pareja estable y que contribuye a definir el riesgo de una población materno infantil con mayor precisión que la filiación, entendida como matrimonial o extramatrimonial y se considera que es un factor determinante para asistir a un control prenatal oportuno²¹.

12. Empleo de la mujer embarazada

✚ El empleo y el tipo de empleo aparecen también como significativos en la construcción de las mentalidades sobre la atención prenatal oportuna y la paternidad. El alto desempleo, el empleo temporal y/o fuera del hogar, la incertidumbre asociada a la seguridad laboral, así como la participación de la mujer en el rol de proveeduría de los bienes necesarios para la sobrevivencia del hogar y a veces la asunción total de esta función está teniendo también sus efectos sobre estas concepciones. De ahí que no puede verse de manera

¹⁹ Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. OMS. Dpto. de reducir los riesgos del embarazo. 09.06.2010

²⁰ Contribuciones breves. Algunas reflexiones sobre el concepto de información y sus implicaciones para el desarrollo de las ciencias de la información. Ivis Goñi Camejo. ACIMED 2000; 8 (3):201-7.

²¹ Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Escuela de Derecho. Asignatura: Derecho Civil I. Prof. Lony Flores. Nov-2012.

Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. (22a ed., Madrid, Espasa Calpe, 2001).

aislada y debe incidirse en ello si se quiere una transformación de la conducta de la pareja en su ejercicio de la paternidad.

13. Difusión de los medios de comunicación de la asistencia a un control prenatal oportuno.

✚ Como parte de nuestra educación en sexualidad y de una atención integral, la mujer debe tener información clara y consistente acerca de qué hacer ante la noticia de saberse embarazada que le permita la toma de decisión respecto a sus cuidados y ésta debe incluir detalles acerca de dónde y quién le dará la atención prenatal, así como los servicios y opciones que tiene disponibles, no solo por parte del personal médico, sino a través de otras fuentes de comunicación como la radio o televisión, sin embargo, se ha hecho común que los medios de comunicación, en virtud del derecho a la información, publiquen hechos que dañan el buen nombre de los médicos, así como de otras personas, antes de que se compruebe la veracidad de ellos, y con un efecto a veces irreversible; motivo suficiente para que las pacientes deseen tener un control prenatal alternativo (tradicional) o bien no tenerlo.

14. Acceso a Sistema de Salud en términos de transporte

✚ La asistencia de la mujer embarazada a su control prenatal también depende de si requiere o no de transporte público para su traslado y de la influencia que éste tiene en el tiempo y el costo en que se realiza dicho traslado²².

15. No identificar la atención prenatal con un fin preventivo (EMPODERAMIENTO)

✚ Actualmente es de mayor importancia el empoderamiento de las mujeres y su pareja, las familias y las comunidades para mejorar el control y autocuidado de su salud, siendo el control prenatal un ejemplo de una atención con enfoque preventivo. Sin embargo, aunque las pacientes tengan conocimiento y acceso a él, no lo

²² Bienes y Servicios. Conceptos. www.economicbtis.blogspot.com/2011/.../concepto-de-bienes-y-servicios.htm

consideran necesario por diversas situaciones que entorpecen la finalidad de evitar comorbilidades o muerte materno-infantil.²³

16. Conducta ante “signos de alarma” del embarazo

✚ Un objetivo de vital importancia en la asistencia a un control prenatal oportuno es la identificación de aquellas situaciones que ponen en riesgo al binomio durante el embarazo, por lo que la conducta que tengan las pacientes al presentarlas tiene un significativo interés. Para México, la muerte materna sigue siendo un problema de salud pública. Para 2001 y 2002, el Instituto Mexicano del Seguro Social, después de 10 años de descenso, registró un incremento progresivo que llevó a 39 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Entre sus propuestas para abatir la muerte materna, el Averting Maternal Death and Disability Program estableció que la población debe contar con los conocimientos necesarios para identificar los signos de emergencia obstétrica y derivar oportunamente a los servicios de salud, del primer y segundo nivel, a las mujeres que sufren complicaciones. En nuestro país, la Secretaría de Salud ha instrumentado una campaña de información en las unidades de atención médica, respecto a la necesidad de acudir a recibir atención ante datos de urgencia obstétrica.

Se ha demostrado que la falta de identificación y de reconocimiento temprano de signos y síntomas de alarma obstétrica ante los cuales habrá que intervenir en forma oportuna y eficaz, complica el curso del embarazo y pone en peligro la salud materna y perinatal. Poseer un conocimiento adecuado ayuda a actuar rápida y apropiadamente ante la identificación de síntomas anormales y contribuye a la adopción de conductas positivas que benefician la salud. Se afirma que el interés por informarse requiere un estímulo y que el embarazo debe ser visto como una señal de necesidad para adquirir conocimiento²⁴.

17. Uso de partera

²³ Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. OMS. Dpto. de reducir los riesgos del embarazo. 09.06.2010.

²⁴ Guía de Práctica Clínica. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Evidencias y recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-028-8. Págs. 1-66.
Atención prenatal con enfoque de riesgo. Secretaría de Salud. Salud reproductiva. Mayo 2006. 8)

✚ el uso de parteras para proporcionar la atención de la salud a las madres de las comunidades de bajos o medianos recursos, tiene el potencial de reducir las desigualdades en el acceso a la atención prenatal y postparto en estos lugares. No obstante, los sistemas de salud buscan asegurar que las comunidades carenciadas recluten y retengan a las parteras y que estén adecuadamente capacitadas, apoyadas y supervisadas, sin embargo, lo ideal es que las mujeres afiliadas al instituto de salud reciban control prenatal del mismo independientemente si cuentan con otros modelos de atención. Esta situación puede mermar el hecho de que las pacientes asistan a su control prenatal a nivel institucional²⁵.

18. Integración de la familia

✚ La familia es el núcleo de la sociedad; en la cual se establecen las normas que señalan cómo debe comportarse cada uno de sus integrantes y proporciona a cada uno de ellos protección, compañía, seguridad y socialización, mismos que teóricamente aumentan al tener una adecuada aceptación de la mujer embarazada en este núcleo, ya que con la gestación se refuerza el vínculo afectivo familiar. La desorganización familiar constituye una modalidad de desintegración, la cual es el rompimiento de la unidad o quiebra en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñarlos en forma consiente y obligatoria. Una desintegración familiar es el producto del quebrantamiento de la unidad familiar y la insatisfacción de las necesidades primarias que requieren sus miembros. La desintegración familiar, representa uno de los fenómenos con mayor impacto en la sociedad mexicana y puede tener como consecuencias en la gestante: separación de la pareja, baja autoestima, depresión, violencia intrafamiliar, entre otras. Por lo tanto, está comprobado que influye determinadamente en la asistencia a un control prenatal oportuno.²⁶

²⁵ Atención por parteras VS otros modelos de atención para mujeres en edad fértil: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de septiembre de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Wiysonge CS.

²⁶ Factores que afectan la Atención Prenatal. Dr. Juan Miguel Martínez Galeano. Nursing 2010, 28:62-5-Vol. 28. Num. 09.

- ✚ La "Escala de Funcionamiento Familiar" (EFF) de Raquel Atri, la cual basada en las dimensiones utilizadas en el modelo McMaster, integra un instrumento utilizado en la Cd. de México y validado en una clase socioeconómica alta (1987). Consta de siete dimensiones: 1) Solución de problemas; 2) Comunicación; 3) Roles; 4) Respuesta afectiva; 5) Involucración afectiva; 6) Control de conducta; y 7) Funcionamiento General.
- ✚ Otra forma de evaluar la dinámica familiar es el APGAR familiar, el cual es un screening que refleja la percepción del paciente sobre el estado funcional de su familia de acuerdo a su satisfacción, con una visión rápida y panorámica. Consta de 7 ítems que proporcionan una clasificación de acuerdo al puntaje obtenido de satisfacción alta de función familiar, satisfacción moderada de función familiar, disfunción familiar severa. Otro modelo importante para determinar es el FACES III²⁷.

19. Número de cuidadores

- ✚ La atención durante el embarazo, el parto y el período postnatal es a menudo administrada mediante cuidadores múltiples, de los cuales muchos trabajan solamente en el consultorio prenatal, la sala de trabajo de parto o la unidad postnatal, hablando de personal médico, pero otros con un papel no menos importante son los familiares o conocidos que protegen y apoyan a la mujer embarazada en esta etapa y que en conjunto propician las condiciones para que asista a un control prenatal oportuno.

20. Falta de apoyo laboral (redes de apoyo)

- ✚ Con el objetivo de ser tratadas con respeto, dignidad, equidad y sin discriminación, la fuerte incorporación de la mujer al mercado de trabajo y la evolución de la sociedad han de ser gestionadas en las empresas con acuerdos específicos tomando en cuenta las condiciones físicas de la mujer y, muy especialmente, de la mujer gestante, propiciando las actuaciones preventivas o paliativas que aseguren un desarrollo normal de su embarazo, entre ellas el asistir a su control prenatal desde el momento que comunique tal estado a

²⁷ ESCALA DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR -FACES IV-: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. Daniel Costa Ball, María del Luján González Tornaría, Nuria Masjuan, María Agustina Trápaga, Denise Del Arca, Laura Scafarelli, Andrea Feibuscheurez. Universidad Católica del Uruguay, Uruguay. 2007.

la empresa, o bien cuando aún sin comunicarlo, este se haga evidente. Sin embargo, cuando este derecho no se aplica exitosamente hay mayor posibilidad de entorpecer la asistencia de la paciente a sus consultas de control prenatal en tiempo y forma²⁸.

21. Ser primigesta

✚ El embarazo por primera vez implica un cambio de vida en la mujer gestante y el potencial de resolución exitosa del embarazo depende entre otros factores de estrategias de información y de la efectividad de los recursos disponibles durante este periodo, en donde la educación maternal es una piedra angular en el control de su salud al realizar acciones de autocuidado y adquisición de responsabilidad con una adecuada orientación y vigilancia prenatal oportuna. Sin embargo, cuando la experiencia cursa con ansiedad, incertidumbre y miedo por ser el primer embarazo y no existe este control.²⁹

22. Vivir sola

✚ Por tradición, en nuestro país las mujeres son quienes asumen las responsabilidades del cuidado, la crianza y el sustento económico de la mayoría de los hijos cuando por diversas circunstancias se encuentran solas o sin apoyo de la pareja o el padre de su hijo (a), mermando la posibilidad de acudir a un control prenatal oportuno por realizar actividades que tienen como objetivo cubrir sus necesidades básicas.

23. Creencias, ideas, costumbres o mitos sobre reproducción/embarazo

✚ Cada sociedad y cultura define, regula y norma las maneras en que éstas y otras funciones se habrán de ejercer, algunas de forma legal-institucional, otras por el control social que establece la fuerza de la costumbre, creencia o mitos. Por ejemplo, el hambre es una necesidad biológica para todos los seres humanos; sin embargo, la forma de satisfacerla estará en correspondencia a lo considerado adecuado, normal y necesario en su contexto sociocultural; lo mismo

²⁸ Secretaria del trabajo y previsión social. Ley Federal del trabajo. Título Quinto. Trabajo de las Mujeres. págs.: 64-65.

²⁹ Frecuencia de Control Prenatal Inadecuado y de factores de riesgo asociados a su ocurrencia. Claudia Arizpe, Mary Salgado, José Luis Rojas. Revista Médica Herediana. ISSN 1018-130X versión impresa. Vol.22 N.4, Lima oct. /dic. 2011.

podría decirse de lo que se conceptualiza como “control prenatal”, ya que de esta idiosincrasia, depende de si se realiza o no y en un dado caso el cómo y cuándo se ha de realizar.³⁰

II) las **características de los servicios de salud**, citando a:

1. falta de confianza hacia el médico

✚ A pesar de la variada gama de actividades que un médico puede desarrollar actualmente, un motivo central para escoger la profesión, sigue siendo el interés de relacionarse y atender personas. La confianza es la base de la relación médico-paciente y ésta es la que finalmente y por diversos motivos es amenazada, ya que se consolida en un tácito contrato de derechos y deberes que debería ser prácticamente recíproco, en donde el término derecho de autonomía es en ambas partes, tanto del médico como del paciente, sin embargo, poco se habla de la autonomía del médico y de los deberes del paciente. Pero lo que es un hecho es que tal relación debe propiciar la motivación del cuidado de la salud por parte del paciente a través de un marco totalmente ético brindado por el médico³¹.

2. percepción de la calidad de la atención

✚ Según la percepción de los médicos, la tecnificación y especialización médica han provocado en gran parte su deshumanización. Los estándares internacionales, la medicina basada en la evidencia y la tecnología van reemplazando el arte de la medicina, la experiencia y habilidades clínicas del médico; situación que es corroborada por las pacientes al momento de recibir la atención de un control prenatal en forma muy breve, con la mirada del médico hacia una computadora y en ocasiones sin realizar una

³⁰ Frecuencia de Control Prenatal Inadecuado y de factores de riesgo asociados a su ocurrencia. Claudia Arizpe, Mary Salgado, José Luis Rojas. Revista Médica Herediana. ISSN 1018-130X versión impresa. Vol.22 N.4, Lima oct./dic. 2011.

³¹ Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública México 1990; Vol. 32(2):170-180

exploración física adecuada, mermando así la calidad en la atención médica.³²

3. falta de afiliación al seguro

✚ La adhesión o asociación obligatoria o voluntaria a algún sistema de atención de la salud no indica "per sé" cobertura real; sin embargo, establece mecanismos de accesibilidad a los servicios de salud. Desde esta perspectiva, estar o no asociado a algún sistema de atención de la salud permite un corte dicotómico de la población afiliada y no afiliada en cuanto a cobertura y utilización de servicios de salud. Es también un indicador indirecto o "proxi" de condición socio-económica de la población y, por lo tanto, de caracterización de la misma según niveles de riesgo. Lo que en un momento dado, determinará la capacidad de cubrir la necesidad de asistencia médica, específicamente de un control prenatal.³³

4. larga distancia recorrida al centro asistencial

✚ El recorrer un trayecto largo al lugar donde recibe su control prenatal entre camiones, taxis o cualquier otro transporte implica un "hastío" en la paciente embarazada, así mismo un gasto económico y de tiempo, propiciando el no acudir a sus consultas en forma y tiempo oportunos³⁴.

5. costo del recorrido al centro asistencial

✚ El asistir a un control prenatal implica un traslado que requiere además de tiempo un costo y que en ocasiones se vuelve poco solventable para la paciente embarazada, con el resultado de un control prenatal inoportuno.

6. falta de respuesta o explicaciones por parte del médico ante las dudas que tiene la paciente de su embarazo.

✚ El entorno familiar-emocional que rodea a la embarazada, crea múltiples expectativas. Surgen preguntas tales como ¿a qué edad gestacional puedo saber el sexo fetal? y ¿qué posibilidad de error

³² Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública México 1990; Vol. 32(2):170-180

³³ Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. DEIS Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Definiciones y conceptos en estadísticas de Salud.

³⁴ Frecuencia de Control Prenatal Inadecuado y de factores de riesgo asociados a su ocurrencia. Claudia Arizpe, Mary Salgado, José Luis Rojas. Revista Médica Herediana. ISSN 1018-130X versión impresa. Vol.22 N.4, Lima oct./dic. 2011.

hay en su diagnóstico?, ¿vendrá con algún problema?, lo que pone de manifiesto el interés por el bienestar fetal además de un interés de tipo emocional ya que se crea incertidumbre sobre los cambios biopsicosociales, que idealmente deben interesar al médico ya que su atención debe de ser no solo con base a un modelo biológico, sino integral. Y como conocedor del área en cuanto a control prenatal, cualquier respuesta que indique problemas en la salud del feto, tanto en su anatomía como en su desarrollo, requiere de múltiples explicaciones y valida el apoyo psicológico y emocional a los padres. Cualquier imprevisto durante el embarazo, crea ansiedad en la paciente y la familia, que rápidamente, solicita explicaciones y exige soluciones al respecto. No se espera otra información que no sea aquella que señale el completo bienestar materno y fetal, siendo cualquier informe adverso en este sentido, causa de conflicto al interior del núcleo familiar y en la relación médico-paciente. Toda la armonía en la relación entre la embarazada, su familia y el médico alcanzada durante el control prenatal, se torna frágil, llegando a quebrarse si el resultado no es óptimo o les merece algunas dudas las decisiones tomadas por el médico. La educación continua, el análisis crítico de los casos más complejos, la información oportuna a la paciente y su familia de su situación clínica, el registro detallado de los eventos en la historia clínica, así como, los fundamentos que justifican una decisión, permitirán al servicio médico, mantener un diálogo permanente con las pacientes, de manera honesta y transparente, sin crear falsas expectativas^{35 36}.

Por lo que, al fin de mejorar los resultados de salud materna, las intervenciones deben ser dirigidas a nivel individual, familiar y comunitario.³⁷ Y para cumplir con ello, la gestante debe asistir al presentar la primera amenorrea y continuar mensualmente durante los primeros 6 meses del embarazo, cada 2 semanas en los dos meses siguientes y cada semana el último mes hasta su resolución, con el

³⁵ Utilización adecuada de la Atención Prenatal en el IMSS. INSP. Salud Pública de México. 1996. Vol. 38 (5):341-351.

³⁶ Revista de Obstetricia-ginecología. Relación médico-paciente. Dr. Jorge Varas Cortés. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisé Brousse. 2011; Vol. 6 (3): 176-180.

³⁷ Protocolo Control Prenatal. Dr. Sergio Girado Llamas. ESE Clínica de Maternidad "Rafael Calvo"

objetivo de lograr un Control Prenatal ideal y eficiente, el cual debe cumplir con cinco atributos básicos:

1. Precocidad: La primera visita debe realizarse tempranamente, de preferencia durante el primer trimestre de la gestación; permitiendo la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental de la atención obstétrica, 2. Periodicidad: La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la gestante. Así, los embarazos de bajo riesgo requerirán un número menor de controles (entre 4 y 6) que las de alto riesgo, 3. Completitud: Los contenidos mínimos del Control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, 4. Amplia Cobertura: En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las gestantes) mayor será el impacto positivo sobre la mortalidad materna y perinatal, 5. Gratuidad: Todas las mujeres embarazadas sin excepción, deberían recibir el Control Prenatal sin ningún costo, permitiendo el acceso en este sentido a toda aquella de lo desee.³⁸

Los objetivos específicos del Control Prenatal son: confirmar el embarazo, mejorar la Calidad del Control Prenatal, obtener datos para modificar el Control Prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido, contar con una “guía” que permita al prestador de servicio brindar una atención prenatal de calidad, detectar riesgos en la población, conocer información relevante del embarazo, fijar un “programa” que permita planificar las actividades del Control Prenatal, evaluar el estado nutricional materno, investigar estilos de vida de riesgo, disminuir el impacto negativo de las infecciones de transmisión vertical, prevenir el tétanos neonatal y puerperal, detectar posibles procesos sépticos bucodentales, detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria y/o tumoral de la mama, descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras y evaluar la competencia cervical, detectar una posible incompatibilidad sanguínea materno-fetal neonatal, prevenir, detectar y tratar la anemia materna, descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria, detectar Diabetes Mellitus y Gestacional, brindar contenidos educativo informativos para el parto y la crianza, confirmar la existencia de vida fetal, anticipar el diagnóstico y prevenir el parto prematuro, detectar alteraciones de la

³⁸ Fundación Mexicana de Prevención y Salud Materna A.C. Febrero 2013.

presión arterial, descartar alteraciones del crecimiento fetal, detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir sus complicaciones, detectar presentaciones fetales anormales, detectar posibles distocias pélvicas.³⁹ Y para mejorar los resultados de la Salud materna es fundamental reconocer que la maternidad sin riesgo es un derecho humano. La Declaración Universal de los derechos humanos estableció: “que la maternidad y la niñez tienen derecho a recibir atención y asistencia especiales”. El derecho de atravesar el embarazo y el parto sin riesgos ha sido protegido aún más en la elaboración posterior de tratados, cartas y pactos sobre derechos humanos y, actualmente, es ampliamente reconocido, según lo demuestra la importancia otorgada a la maternidad sin riesgo en documentos de consenso internacional, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo ya que es un hecho que el control prenatal modifica sustancialmente los resultados maternos y neonatales, con el objetivo de mejorar y mantener la salud y el bienestar de las madres, los niños y sus familias.⁴⁰

2.3 MARCO CONTEXTUAL

En México se cuentan con estudios que evalúen los factores asociados a una utilización adecuada o inadecuada del control prenatal, sin embargo se hace referencia a que en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) se realizó un estudio descriptivo, analítico, durante los meses de abril y mayo de 1994 en el área de hospitalización y de altas del HGZ No. 47 del IMSS, para establecer la proporción de mujeres embarazadas, derechohabientes usuarias de Servicios de Salud que los utilizan adecuadamente para la Atención Prenatal (a través del Índice de segunda generación) y su asociación a los factores socioculturales y demográficos, que dio como resultado que el 74.1% de estas mujeres inició su control prenatal dentro del primer trimestre, el 18.4% en el segundo y el resto en el tercero. Y solo el 71% los utilizó en forma adecuada (antes del primer trimestre de gestación y/o con más de 9 consultas al término del embarazo).⁴¹

³⁹ Estrategia para disminuir la Mortalidad Materna en México. Salud Materna y Perinatal. Dr. Raymundo Canales de la Fuente. Agosto 2009.

⁴⁰ Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. OMS. Departamento de reducir los riesgos del embarazo. 09.06.2010.

⁴¹ INSP. Salud Pública de México. 1996, Vol. 38 (5): 341-351.

De acuerdo a la fuente ARIMAC (Área de Información Médica y Archivo Clínico) de la unidad clínica del IMSS No. 31, en el diagnóstico de salud actualizado en junio del 2011, existe un total de 134, 952 mujeres (53.68%) de las cuales, 1468 se encuentran en etapa gestacional y cuentan con una edad entre 16 y 39 años de edad.⁴² En donde no todas cuentan con un atención prenatal oportuna debido a diversos factores específicamente socioculturales.

3. JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente se coincide con la eficacia y se lucha por aumentar la cobertura y calidad en el Control Prenatal, el cual se refiere a todas aquellas entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. Por lo que, se debe considerar al cuidado prenatal como una etapa dentro del cuidado continuo de la salud de la mujer. Sin embargo, muchas mujeres especialmente las adolescentes, ciertas minorías, y mujeres de condición socioeconómica baja, por mencionar algunos ejemplos, reciben su primer examen integral de salud durante el Control Prenatal, o bien, el inicio de éste es generalmente posterior al primer trimestre de gestación, motivo por el que desconocen y le restan importancia a una atención oportuna, periódica, completa y de amplia cobertura, predisponiéndose a un riesgo mayor de morbilidad materno-fetal, por lo que consideramos es prioritario conocer los factores que predisponen a esta conducta con el fin de generar la evidencia para dirigir o crear programas de salud que incidan de manera positiva y eliminen dichos factores de riesgo, por lo tanto, nos hacemos la siguiente pregunta:

4. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores socio-culturales que retrasan la atención Prenatal oportuna en la UMF No. 31 del IMSS?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

✚ Conocer los factores socio-culturales que retrasan una Atención Prenatal oportuna en la UMF No. 31

⁴² ARIMAC

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ Determinar edad gestacional en las mujeres embarazadas
- ✚ Conocer la semana gestacional en que se acude a control prenatal en la atención prenatal de la UMF No. 31
- ✚ Conocer el número de gestación
- ✚ Describir el número de mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en la UMF No. 31
- ✚ Conocer y describir cuales son los primeros factores CULTURALES que retrasan el control prenatal oportuno.(POLITICAS, COSTUMBRES, MITOS)
- ✚ Conocer y describir cuales son los primeros factores SOCIALES que retrasan el control prenatal oportuno
- ✚ Describir la proporción de mujeres embarazadas por escolaridad
- ✚ Conocer la proporción de mujeres embarazadas que no cuentan con apoyo laboral
- ✚ Saber cuál es la percepción dominante de la calidad de la atención médica en la mujer embarazada
- ✚ Identificar los factores de accesibilidad al sistema de salud que influyen en la atención prenatal

6. HIPOTESIS

- Los factores socio-culturales influyen en el retraso del control prenatal en al menos el 50% de las mujeres embarazadas.

7. MATERIAL Y METODOS

7.1 PERIODO Y SITIO DEL ESTUDIO

- ✚ La unidad de medicina familiar número 31 del IMSS, en 42 consultorios de turno vespertino durante el periodo de los meses del año 2013

7.2 UNIVERSO DE TRABAJO

- ✚ Todas las mujeres de la UMF No. 31 del IMSS
- ✚ Ambos turnos, 42 consultorios

7.3 POBLACION DE ESTUDIO

- ✚ Mujeres embarazadas (derechohabientes o trabajadoras) de 16 a 39 años que reciben atención prenatal en la UMF No. 31 de ambos turnos y en los 42 consultorios

7.4 UNIDAD DE OBSERVACION

- ✚ El paciente

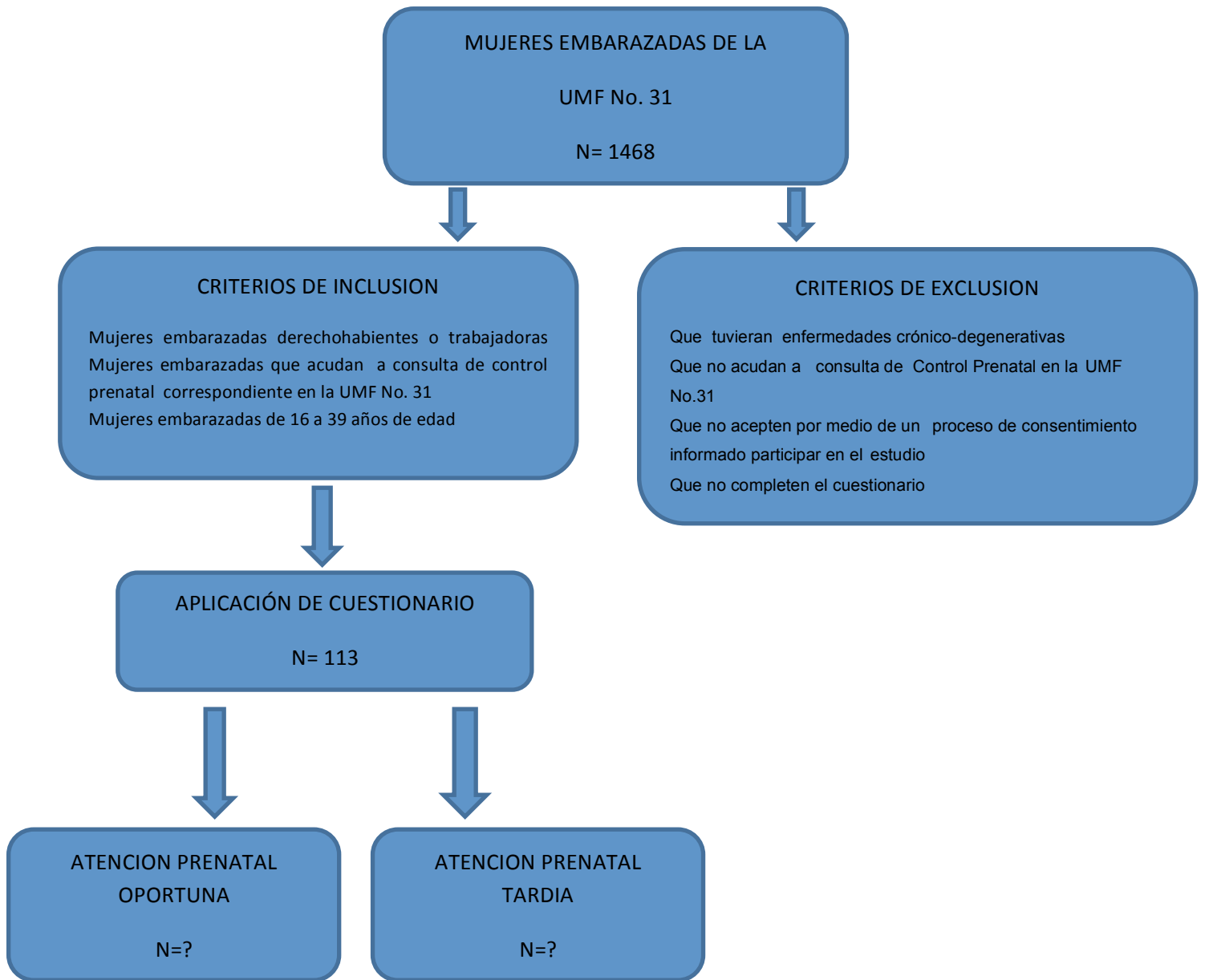
7.5 UNIDAD DE ANALISIS

- ✚ El paciente

8. DISEÑO DE ESTUDIO. TIPO DE DISEÑO EPIDEMIOLOGICO

- ✚ Estudio observacional, descriptivo.

9. ESQUEMA DEL DISEÑO DE ESTUDIO



9.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- ✚ Mujeres embarazadas derechohabientes o trabajadoras
- ✚ Mujeres embarazadas que acudan a consulta de control prenatal correspondiente en la UMF No. 31
- ✚ Mujeres embarazadas de 16 a 39 años de edad

9.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✚ Que tuvieran enfermedades crónico-degenerativas
- ✚ Que no acudan a consulta de Control Prenatal en la UMF No.31
- ✚ Que no acepten por medio de consentimiento informado participar en el estudio
- ✚ Que no completen el cuestionario.

9.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ✚ Que no completen la encuesta
- ✚ Que decidan retirarse del estudio en cualquier momento.

10. MUESTREO

10.1 TIPO DE MUESTREO

- Aleatorio simple

10.2 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

- POBLACIÓN TOTAL:
 - 369, 685
- POBLACION USUARIA
 - 265 360
- Población Total de embarazadas de 16 a 39 años de edad
 - 1468
 - ✚ Aproximadamente el 50% no tiene un Control prenatal oportuno por factores de riesgo socioculturales.
 - ✚ Se realizó un cálculo del tamaño de la muestra con la siguiente fórmula:
 - ✚ Dónde:

- N=Tamaño de la muestra que se requiere
- P=Proporción de sujetos portadores
- Q= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio
- $Z\alpha$ = Distancia de la media del valor de significación propuesto.
- γ^2 = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (P) Q}{\gamma^2}$$

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50)}{(0.05)^2}$$

$$N = \frac{(3.8416) (0.25)}{0.0025}$$

$$N = 0.9604 / 0.0025$$

$$N = 384.16$$

Tamaño de muestra = 384

Por 20% como margen de desviación, esto es: 76

TOTAL DE TAMAÑO DE MUESTRA:

- 460 y por ser una población menor a 5000 se realiza reajuste con la siguiente fórmula:

$$N = \frac{n^1}{1 + (n^1 / \text{población})}$$

$$1 + (n^1 / \text{población})$$

Por lo tanto:

$$N = \frac{1468}{1 + (1468/100)}$$

$$1 + (1468/100)$$

$$N = \frac{1468}{1 + 14.68}$$

$$1 + 14.68$$

$$N = \frac{1468}{15.68}$$

$$15.68$$

N= 93.62

Por 20% como margen de desviación: 18

TOTAL DE TAMAÑO DE MUESTRA: 113

11. VARIABLES

11.1 DEFINICION DE VARIABLES

▪ Variable Dependiente

- Retraso en la Atención Prenatal Oportuna

▪ Variable Independiente

- Edad materna
- Edad gestacional
- Escolaridad del paciente y conyugue
- Negación del embarazo
- Violencia intrafamiliar
- Ingreso económico
- Nivel socioeconómico
- Apoyo de la pareja
- Estado civil
- Ocupación
- Acceso a la información
- Medios de difusión de la información
- Conocimiento de datos o signos de alarma del embarazo
- Número de gesta
- Lugar de atención prenatal y del parto previos
- Falta de apoyo laboral (permisos, ausencias, cambio de actividad)
- Vivir sola
- Conocimiento de atención preventiva en el embarazo
- Falta de confianza hacia el médico
- Percepción de la calidad de la atención
- Falta de transporte
- El idioma o lenguaje

- Falta de accesibilidad al sistema de salud
- Larga distancia recorrida hacia la UMF y el costo

11.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

• TABLA 1. VARIABLES DEPENDIENTES

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
CONTROL PRENATAL	Un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo considerándose oportuno antes de las 12 SDG	De acuerdo a lo referido por el pacientes con respecto a la edad gestacional en que inicio su control prenatal.	Cualitativa nominal	1.- Oportuno 2.- No oportuno

▪ **TABLA 2. VARIABLES INDEPENDIENTES**

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Riesgo obstétrico de acuerdo a la edad materna	Es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el embarazo expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años.	De acuerdo a la escala de riesgo en relación a la edad materna	Cualitativa ordinal	1.- riesgo alto 2.- riesgo bajo 3.- riesgo intermedio
Edad cronológica	Es la que va desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona	De acuerdo a lo referido por la paciente	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Estado civil del paciente	Es el conjunto de condiciones o cualidades jurídicamente relevantes que tiene una persona frente a una familia determinada. Comprende una serie de estados relativos al matrimonio	De acuerdo a la clasificación de estado civil	Cualitativa nominal	1.Soltera 2.Casada 3.Divorciada 4.Viuda 5.Unión libre
Escolaridad del paciente y el conyugue	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más	De acuerdo a la SEP o privada	Cualitativa ordinal	1.-Primaria incompleta 2.-Primaria completa 3.- Secundaria

	avanzado que se ha cursado de acuerdo a las características del sistema educacional del país			4.-Preparatoria 5.-Licenciatura 6.-Postgrado
Limitaciones al acceso de salud por idioma de la paciente	Sistema de comunicación verbal o gestual propio de una comunidad humana	De acuerdo al Diccionario de la Lengua Española	Cualitativa Nominal dicotómica	1.- Si 2.- NO
Número de embarazos previos	Es el número de orden de sucesión de la gesta que está siendo registrada, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos.	De acuerdo al concepto de DEIS (Dirección de Estadísticas e Información en Salud)	Cuantitativa discreta	Los que refiera la paciente
Asistente o persona que brinda atención del parto	Es la persona que asistió a la madre en el parto (médico, partera, comadre, familiar, etc.)	De acuerdo al concepto de DEIS (Dirección de Estadísticas e Información en Salud)	Cualitativa nominal	1.- Médico 2.- Partera o "comadrona" 3.- Empírico.
Información sobre atención prenatal	Conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje sobre los beneficios	Si refiere que la tenía previo a acudir a control prenatal a la UMF .	Cualitativa nominal dicotómica	1.- si 2.- no

	del control prenatal			
Medios de comunicación y/o información acerca de atención prenatal	instrumento o forma de contenido por el cual se realiza el proceso comunicacional o se informa, en este caso, acerca de atención prenatal	De acuerdo a la clasificación de Harry Pross (1972) ha separado estos en tres categorías, 1) Medios primarios 2) Medios secundarios (máquina) 3) Medios terciarios (medios electrónicos) 4) Medios cuaternarios (medios digitales)	Cualitativa nominal	1.-Radio () 2.-televisión () 3.-Escrita (revistas o libros) 4.-Internet () 5.-Médico () 6.-Familiares o conocidos ()
Embarazo deseado y planeado	es aquel que se produce con el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y sin la administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.	De acuerdo a lo referido por la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	1.-SI () 2.- NO ()
Madre “soltera”	Mujer que lleva a cabo la crianza de los hijos y el manejo del hogar sin la compañía o apoyo de	De acuerdo a lo referido por la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	1) SI () 2) NO ()

	una pareja y no ha estado casada, por decisión propia o circunstancias de su entorno. Es uno de los tipos de familia monoparental.			
Red de apoyo conyugal.	Hace referencia a si la madre se encuentra conviviendo en pareja o no, sin importar si la unión es con el padre biológico, pareja o compañero	De acuerdo a si convive o no	Cualitativa nominal dicotómica	1.- Si 2.- No
Saber datos o “signos de alarma” del embarazo	identificación de aquellas situaciones que ponen en riesgo al binomio durante el embarazo	De acuerdo a la guía de práctica clínica de embarazo	Cualitativa nominal Dicotómica	1.-SI () 2.- NO ()
Actitud frente a la presencia de “signos de alarma” en el embarazo	Comportamiento que tiene la mujer embarazada al encontrarse ante una situación que pone en riesgo su salud y la de su hijo	De acuerdo a lo referido por la paciente	Cualitativa nominal	1.-Acudir al médico() 2.-Esperar en casa a que pase la molestia() 3.-Llamar a mi vecina o familiar para que me ayude () 4.-Acudir al “curandero o hierbero” () 5.-Acudir con la comadrona o partera() 6.-Nada ()
Cohabitación	Habitar una persona con otra (s)	De acuerdo a lo referido por la paciente	Cualitativa nominal	1.-Sola () 2.-Con mi pareja () 3.-Con mis hijos ()

				4.-Con mis padres () 5.-Con mis hermanos 6.-Con otro familiar o conocido
Tipo de familia	La familia se clasifica de acuerdo a su estructura, es decir, de acuerdo a quien (es) la conforman	De acuerdo a la clasificación de tipología familiar por Irigoyen	Cualitativa nominal	1.-Uniparental. 2.-Nuclear. 3.-Extensa 4.-Compuesta.
Dependencia económica	La dependencia es la situación de una persona, que no puede valerse por sí misma. Esto tiene un grado de discapacidad o disfuncionalidad que obliga a la persona a ser dependiente y a pedir ayuda a terceros.	De acuerdo a lo referido por la paciente	Cualitativa Nominal	1.-Madre () 2.-Padre () 3.-Abuelos () 4.-Escuela () 5.-Hermanos () 6.-Pareja () 7.-De nadie ()
Ingreso económico familiar	Suma de todos los sueldos, salarios, ganancias, pagos de interés, alquiler, transferencias y otras formas de ingreso de una familia en un período determinado.	De acuerdo al concepto de Economía (salario mínimo)	Cuantitativa discreta	1.-menos de un salario mínimo 2.-de uno a dos salarios mínimos 3.-de 3 a 4 salarios mínimos 4.-más de cinco salarios mínimos
Ocupación del paciente	trabajo asalariado al servicio de un empleador	De acuerdo al Instrumento de medición	Cualitativa nominal	1.- Fuera del hogar 2.- En el hogar

Conocer sus derechos durante y posterior a su embarazo en el ámbito laboral	Hacen referencia a los derechos de las mujeres trabajadoras gestantes o en periodo de lactancia	De acuerdo a la Ley Federal del Trabajo en nuestro país.	Cualitativa nominal dicotómica	1.-Sí 2.-No
Red de apoyo laboral	Se refiere a que con el conocimiento de la gestación de la mujer trabajadora, ésta pueda acudir a su control prenatal en tiempo y forma sin repercusión o afección laboral	De acuerdo a lo referido por la paciente	Cualitativa nominal dicotómica	1.-Sí 2.-No
Red de apoyo conyugal.	Hace referencia a si la madre se encuentra conviviendo y cuenta con el apoyo de su pareja o no, sin importar si la unión es con el padre biológico, pareja o compañero	De acuerdo a si convive o no	Cualitativa nominal dicotómica	1.- Si 2.- No
Red de apoyo familiar	Hace referencia a si la madre se encuentra conviviendo y cuenta con el apoyo de su familia, sin importar si es la familia de origen o no.	De acuerdo a si convive o no	Cualitativa nominal dicotómica	1.-Sí 2.-No
Acceso al sistema de salud en cuanto a transporte	Traslado requerido para desplazarse desde su domicilio a la Unidad de Medicina Familiar	De acuerdo a la dificultad que refiere el paciente para acudir a la consulta médica	Cualitativa nominal.	1.-Con dificultad 2.- sin dificultad.

<p>Motivos de poca accesibilidad al sistema</p>	<p>Circunstancias que interfieren con el acceso a la atención médica en la Unidad de Medicina Familiar</p>	<p>De acuerdo a la dificultad que refiere el paciente para acudir a la consulta médica</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1.- Alto costo de traslado. 2.- requiere compañía o que la lleven 3.- distancia demasiado larga. 4.- falta de tiempo. 5.- diferimiento de citas.</p>
<p>No identificar la atención prenatal con un fin preventivo (EMPODERAMIENTO)</p>	<p>El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y <u>prevenir</u> riesgos y tratar oportunamente complicaciones</p>	<p>De acuerdo a lo referido por la paciente</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1.-gusto 2.-prevención 3.-recibir incapacidad 3.-obligación</p>
<p>Percepción de confianza hacia el médico familiar</p>	<p>Se refiere a la opinión favorable en la que una persona o grupo es capaz de actuar de forma correcta en una determinada situación. La confianza es la seguridad que alguien tiene en otra persona o en algo.</p>	<p>Si tiene confianza en su médico familiar</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>	<p>1.- Si 2.- No</p>

<p>Percepción de la relación médico paciente.</p>	<p>Proceso de comunicación empática que se establece durante la atención médica y propicia el contrato terapéutico.</p>	<p>De acuerdo a la percepción del paciente sobre la relación en términos de confianza y comunicación con el médico</p>	<p>Cualitativo ordinal</p>	<p>1.- Excelente 2.-Buena o adecuada 3.- indiferente 4.-deficiente 5.-Mala</p>
<p>Percepción de la atención médica</p>	<p>La atención médica es el tipo de medicina que practican y enseñan los líderes reconocidos de la profesión médica en un cierto periodo del desarrollo social, cultural y profesional de una determinada comunidad o grupo de población.</p>	<p>De acuerdo a lo referido por la paciente</p>	<p>Cualitativo nominal</p>	<p>1.-Adecuada 2.-Inadecuada</p>
<p>Falta de respuesta o explicaciones por parte del médico ante las dudas que tiene la paciente de su embarazo.</p>	<p>Se refiere a que el médico no responde o su respuesta no satisface las inquietudes de la gestante con respecto a su control prenatal</p>	<p>De acuerdo a si las resuelve o no</p>	<p>Cualitativo nominal dicotómica</p>	<p>1.-Sí 2.-No</p>
<p>Contar con Seguro médico</p>	<p>Es el sistema de atención de la salud al que se halla afiliada la paciente</p>	<p>De acuerdo al concepto de DEIS (Dirección de Estadísticas e Información en Salud)</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>1.-IMSS 2.-ISSSTE. 3.-SEDENA. 4.-SSA 5.-Seguro popular. 6.-Privado.</p>

Toxicomanías	Consumo de drogas legales e ilegales debido, por una parte, a que estas sustancias alteran el funcionamiento del cuerpo, la mente, el comportamiento y la interacción con otros y, por otra, a que su uso puede generar adicción y daños severos.	De acuerdo a la OMS (1982)	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Cigarro 2.- alcohol 3.- cocaína 4.- marihuana 5.- Otra 6.- Ninguna
---------------------	---	----------------------------	---------------------	---

12. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

MUESTREO

Se realizó el trabajo de campo en la sala de espera de la consulta externa de ambos turnos, donde se identificaron a las pacientes que cumplieron con criterios de inclusión para el estudio, a quienes se les realizó un proceso de consentimiento informado y con su aceptación se aleatorizaron por medio de una tarjeta de SI PARTICIPA o NO PARTICIPA.

PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se realizó el siguiente cuestionario a la muestra y posteriormente se determinó cuáles fueron los factores socioculturales que retrasaron el Control Prenatal oportuno en la UMF No. 31

FUENTES DE INFORMACIÓN

INSTRUMENTO DE MEDICION

Se utilizó un instrumento validado en el IMSS para evaluar la atención prenatal del HGZ No. 47 en 1996.

A la muestra de mujeres embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión, se les aplicó un instrumento tipo entrevista, el cual se validó previamente por tres expertos usando el método Delphi convencional, que permite la

estructuración de un proceso de comunicación grupal para obtener un consenso o acuerdo de los expertos utilizando resultados de investigaciones anteriores y que se caracteriza por ser iterativo, mantener el anonimato, permitir la realimentación o feedback controlado y una respuesta estadística del grupo.

CUADRO II Variables incluidas en los indicadores construidos para evaluar la utilización de la atención prenatal. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1994	
Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none">• Bienes de la vivienda tales como teléfono, automóvil, refrigerador• Tipo y propiedad de la vivienda• Ingreso económico mensual• Ocupación de la mujer y del cónyuge• Nivel de escolaridad de la mujer y del cónyuge• Servicios domésticos
Conocimientos y conducta ante complicaciones y urgencias	<p>Conocimiento acerca de la necesidad de acudir al médico ante la presencia de los siguientes síntomas</p> <ul style="list-style-type: none">• Edema de pies• Ver lucecitas• Zumbido de oídos• Aumento de las veces que orina normalmente• Disminución de los movimientos del bebé• Aumento de los movimientos del bebé
Utilización de servicios ante la presencia de algunos de los siguientes síntomas	<ul style="list-style-type: none">• Ver lucecitas• Zumbido de oídos• Presión alta• Sangrado vaginal• Ausencia de los movimientos del bebé• Edema de piernas• Fiebre• Dolor de cabeza
Barreras para la utilización de la atención prenatal	<ul style="list-style-type: none">• Geográficas<ul style="list-style-type: none">- Tiempos de traslado mayor de 30 minutos- Distancia del hogar a la unidad de medicina familiar• Económicas<ul style="list-style-type: none">- Falta de recursos económicos para el transporte o los medicamentos• Personales<ul style="list-style-type: none">- Falta de tiempo por estar trabajando o ir a la escuela- Falta de apoyo familiar para el cuidado de los hijos• Culturales<ul style="list-style-type: none">- Falta de reconocimiento de la necesidad- Falta de confianza hacia el médico- Falta de apoyo laboral• De la atención médica<ul style="list-style-type: none">- Percepción de la calidad de la atención recibida

CONTROL DE SESGOS.

Se eliminó el sesgo de selección con la aleatorización de las pacientes. El sesgo de información se controló por medio de la encuesta estructurada y con el uso de instrumentos validados.

13. ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó el siguiente cuestionario a la muestra y posteriormente se describió cuáles son los factores socioculturales que retrasan el control prenatal oportuno en la UMF No. 31.

Se realizó base de datos en programa estadístico SPSS, realizando un análisis univariado con medidas de tendencia central y dispersión y posteriormente un análisis bivariado para las variables que se identifiquen con relación para describir proporciones y medidas simples de asociación, riesgo relativo, razón de momios.

14. CONSIDERACIONES ETICAS

Se consideró este estudio de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizó la aplicación del cuestionario (instrumento) y no se consideraron problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidó el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplieron con las bases del artículo 100, en materia de seguridad. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. El investigador se apegó a la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que revele la identidad de la personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios; en la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideró también su enmienda año 2002 sobre no utilización de placebos y los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

14.1 CONFLICTOS DE INTERES

Se declara que el grupo de investigadores no recibió financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés por participar en el presente estudio.

15. RECURSOS

15.1 Estructura.

Se requirió además del investigador principal y los asesores principales de una persona adicional para la realización de los cuestionarios; perteneciente a la unidad o que se encontró realizando alguna actividad para la UMF correspondiente, el cual fué capacitado por el investigador principal para dicha actividad y su sueldo solo fué representativo.

15.2 Financiamiento

El presente trabajo de investigación no tuvo ningún tipo de financiamiento por parte de alguna empresa, laboratorio o institución pública.

Solo se usó una cantidad representativa para la persona encargada de la realización de cuestionarios, así como para las copias de cuestionarios, lápices, borradores y bolígrafos que se ocuparon para dicha actividad.

16. BENEFICIOS DEL ESTUDIO. USO DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos sirven para dirigir las políticas de promoción a la salud institucionales a la población de mayor riesgo.

17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (ANEXO 1)

18. RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 113 pacientes de los cuales no se eliminó ningún caso.

Los resultados se presentaron de la siguiente manera:

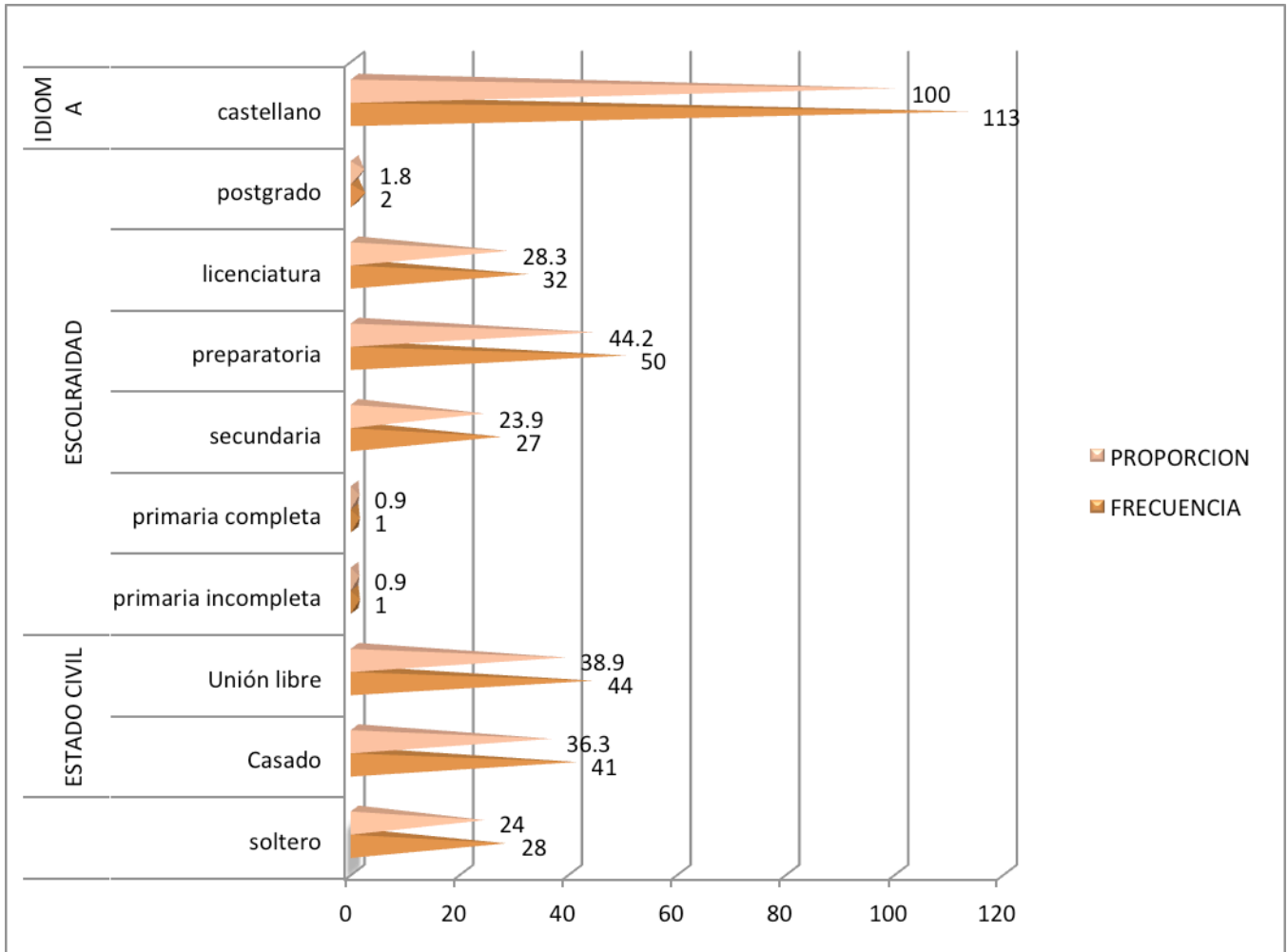
Se registraron 113 mujeres embarazadas de un rango de edad de 16 a 39 años con base a un muestreo probabilístico, de las cuales la media de edad fue de 26 años con una desviación estándar de 5.9. De estas, 85% casadas o viven en

unión libre. En cuanto a grado de escolaridad, 44.2% contaban con estudios de bachillerato y solo el 0.9% cursó primaria incompleta. Ninguna de ellas habla algún dialecto o lengua indígena (Tabla 1, gráfico 1).

TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre variable	MEDIA	DESV. ESTÁNDAR	RANGO
N= 113			
EDAD MATERNA	26.02	5.9	16 a 39 años.
ESTADO CIVIL		FRECUENCIA	PROPORCION
	soltero	28	24
	Casado	41	36.3
	Unión libre	44	38.9
ESCOLARIDAD	primaria incompleta	1	.9
	primaria completa	1	.9
	secundaria	27	23.9
	preparatoria	50	44.2
	licenciatura	32	28.3
	postgrado	2	1.8
IDIOMA	castellano	113	100.0

GRÁFICO 1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS



El 90.3% de las mujeres embarazadas consideran que el embarazo requiere atención médica prenatal a pesar de que la mayoría (99.1%) no lo considera una enfermedad (tabla 2, gráfico 2.1). El 90.3%, es decir, 102 de estas mujeres embarazadas tenían orientación para acudir a atención prenatal, siendo la fuente de información más frecuente su médico en un 67.3% (tabla 2). Del total de las encuestadas, el 72.6% deseaban su embarazo actual y el 86.7% contaba con el apoyo de su pareja (tabla 2, gráficos 2.4 y 2.5). A excepción de una, 112 mujeres embarazadas conocían los datos de alarma del embarazo y el 98.2% coincide en que lo que harían ante la presencia de alguno de estos datos sería acudir con su médico (tabla 2, gráfico 2.6). El 60.2% pertenece a una familia nuclear (de acuerdo a clasificación de Irigoyen) siendo el más frecuente (tabla 2, gráfico 2.7). El 30.1% son económicamente independientes, el 11.5% depende de sus padres y la mayoría (58.4%) dependen de su pareja. El 72.6% labora, de estas el 59.3% realiza su actividad fuera del hogar y el 51.3 conocen sus concesiones laborales y

el 62.8% cuenta con apoyo de su trabajo para acudir a su control prenatal en la clínica, mientras que el 27.4% restante no labora. (tabla 2, gráfico 2.9)

Con apoyo familiar para asistir a control prenatal cuenta el 95.6% (tabla 2, gráfico 2.10). El 74.3% respondió que el traslado hacia la Unidad de Medicina Familiar es sin dificultad, siendo el microbús el transporte más utilizado, aunque algunas utilizaban más de 3 tipos de transporte para llegar, debido a la distancia. El 86.7% acude por prevención, mientras que el 6.2% solo lo hace por recibir incapacidad (tabla 2, gráfico 2.12).

El 87.6% confía en su médico familiar para que realice su control prenatal, el 6.2% percibe una relación médico-paciente excelente y la mayoría (61.9%) una relación buena (tabla 2, gráfico 2.13). El 15.9% resultó con primeras manifestaciones de abuso y la probabilidad de que exista violencia intrafamiliar e inicien un control prenatal tardío es del 36%. El 47.8% percibe, de acuerdo a su grado de satisfacción, una familia moderadamente funcional. El 28.3% tiene pobreza baja y el 2.7% pobreza media de acuerdo al índice de pobreza familiar (de Graffar) (tabla 2, gráfico 2.14).

TABLA 2. FACTORES SOCIOCULTURALES

Nombre variable		FRECUENCIA	PROPORCION
N= 113			
2.1 CONSIDERA QUE EL EMBARAZO REQUIERE ATENCION MEDICA PRENATAL	SI	102	90.3
	NO	11	9.7
CONSIDERA AL EMBARAZO UNA ENFERMEDAD	SI	1	.9
	NO	112	99.1
2.2 TIENE ORIENTACION PARA ACUDIR A CONTROL PRENATAL	SI	102	90.3
	NO	11	9.7
2.3 DE DONDE OBTUVO INFORMACION PARA ACUDIR A CONTROL PRENATAL	radio	7	6.2
	tv	4	3.5
	Escrita (libros, revistas)	2	1.8
	internet	12	10.6
	médico	76	67.3
	familiar o conocido	12	10.6

2.4 SU EMBARAZO ES DESEADO	SI	82	72.6
	NO	31	27.4

2.5 CUENTA CON EL APOYO DE SU PAREJA	SI	98	86.7
	NO	15	13.3
2.6 CONOCE LOS DATOS DE ALARMA DEL EMBARAZO	SI	112	99.1
	NO	1	.9
QUE HARÍA EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN DATO DE ALARMA EN SU EMBARAZO	acudir al médico	111	98.2
	esperar en casa	1	.9
	acudir con comadrona o partera	1	.9

2.7 A QUE TIPO DE FAMILIA PERTENECE (DE ACUERDO A IRIGOYEN)	uniparental	22	19.5
	nuclear	68	60.2
	extensa	19	16.8
	compuesta	4	3.5

2.8 DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE	madre	3	2.7
	padre	10	8.8
	pareja	66	58.4
	de nadie	34	30.1

2.9 TIENE ACTIVIDAD LABORAL FUERA DEL HOGAR	SI	67	59.3
	NO	15	13.3
	NO LABORO	31	27.4
CONOCE LAS CONCESIONES LABORALES A LAS QUE TIENE DERECHO	SI	58	51.3
	NO	45	39.8
	NO LABORO	10	8.8
CUENTA CON EL APOYO DE SU TRABAJO PARA ACUDIR A CONTROL PRENATAL	SI	71	62.8
	NO	10	8.8
	NO LABORO	32	28.3

2.10 CUENTA CON EL APOYO DE SU FAMILIA PARA ACUDIR A CONTROL PRENATAL	SI	108	95.6
	NO	5	4.4

2.11 CONSIDERA EL TRASLADO A LA CLINICA	con dificultad	29	25.7
	sin dificultad	84	74.3
QUE TIPO DE TRANSPORTE USA PARA LLEGARA LA CLINICA	ninguno	2	1.8
	automóvil	13	11.5
	taxi	14	12.4
	microbús	66	58.4
	metro	18	15.9

2.12 PORQUE ACUDE A CONTROL PRENATAL CON SU MEDICO FAMILIAR	gusto	4	3.5
	prevención	98	86.7
	recibir incapacidad	7	6.2
	obligación	4	3.5

2.13 CONFIA EN SU MEDICO FAMILIAR PARA QUE REALICE SU CONTROL PRENATAL	si	99	87.6
	no	14	12.4
EL MEDICO FAMILIAR LE RESUELVE DUDAS ACERCA DE SU CONTROL PRENATAL	si	102	90.3
	no	11	9.7
PERCIBE UNA ATENCION MEDICA	adecuada	101	89.4
	inadecuada	12	10.6
PERCIBE UNA RELACION MEDICO-PACIENTE	mala	3	2.7
	regular	33	29.2
	buena	70	61.9
	excelente	7	6.2

2.14 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (NOM-190-SSA1-1999 y Programa mujer Salud)	relación abusiva	95	84.1
	primeras manifestaciones de abuso	18	15.9
APGAR FAMILIAR (GABRIEL SMILKSTEIN)	Satisfacción altamente funcional	59	52.2
	Satisfacción moderadamente funcional	54	47.8
INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (INDICE DE GRAFFAR)	sin pobreza familiar	78	69.0
	pobreza familiar baja	32	28.3
	pobreza familiar media	3	2.7

GRAFICO 2.1

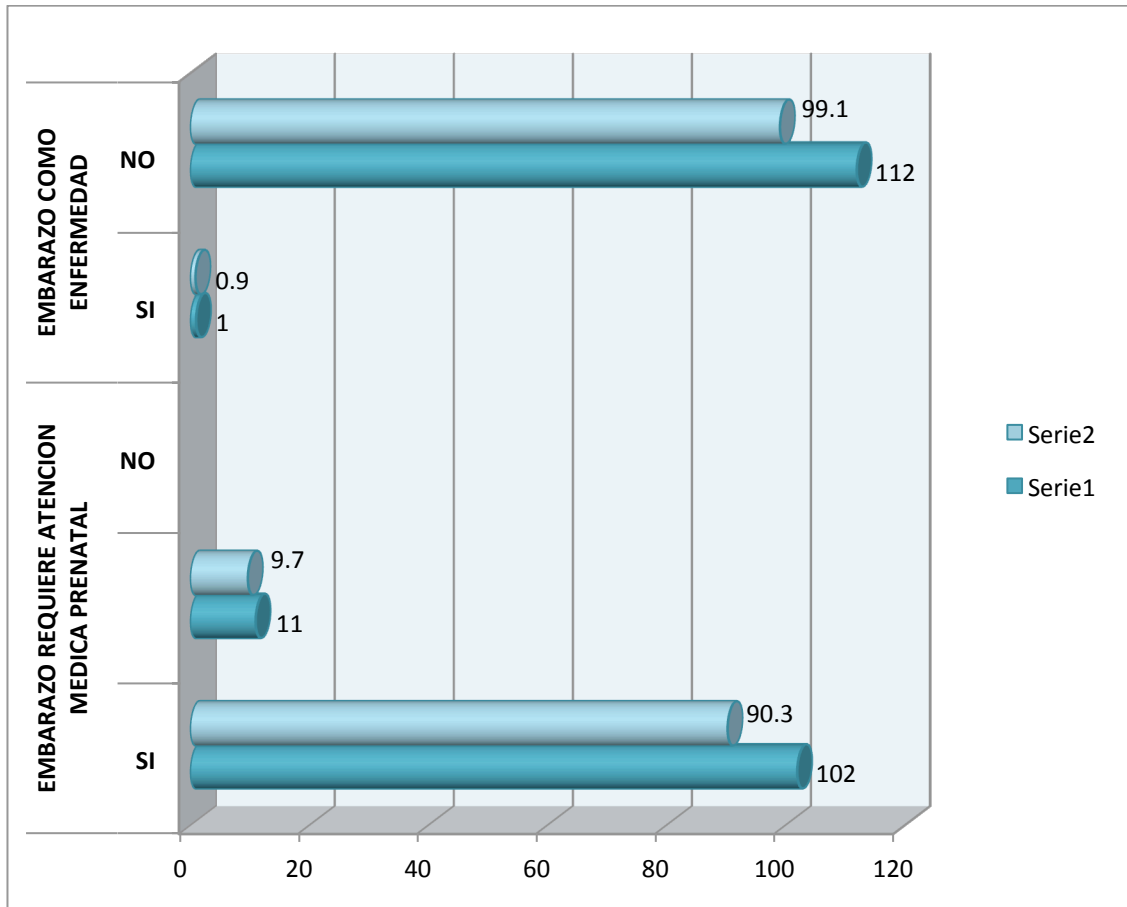


GRAFICO 2.4

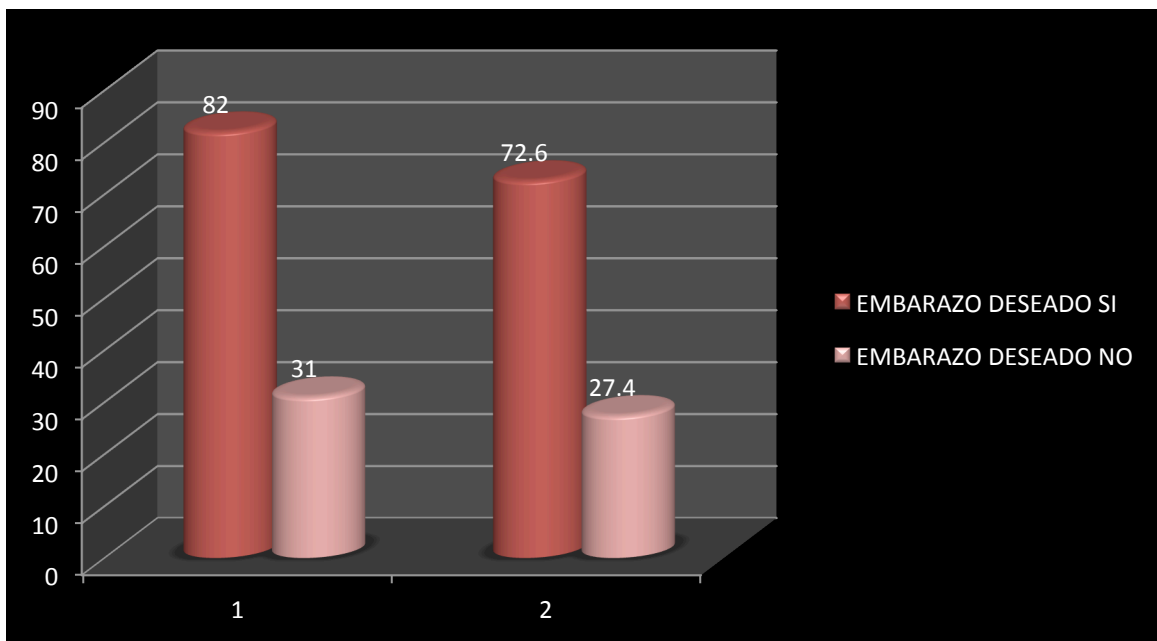


GRAFICO 2.5

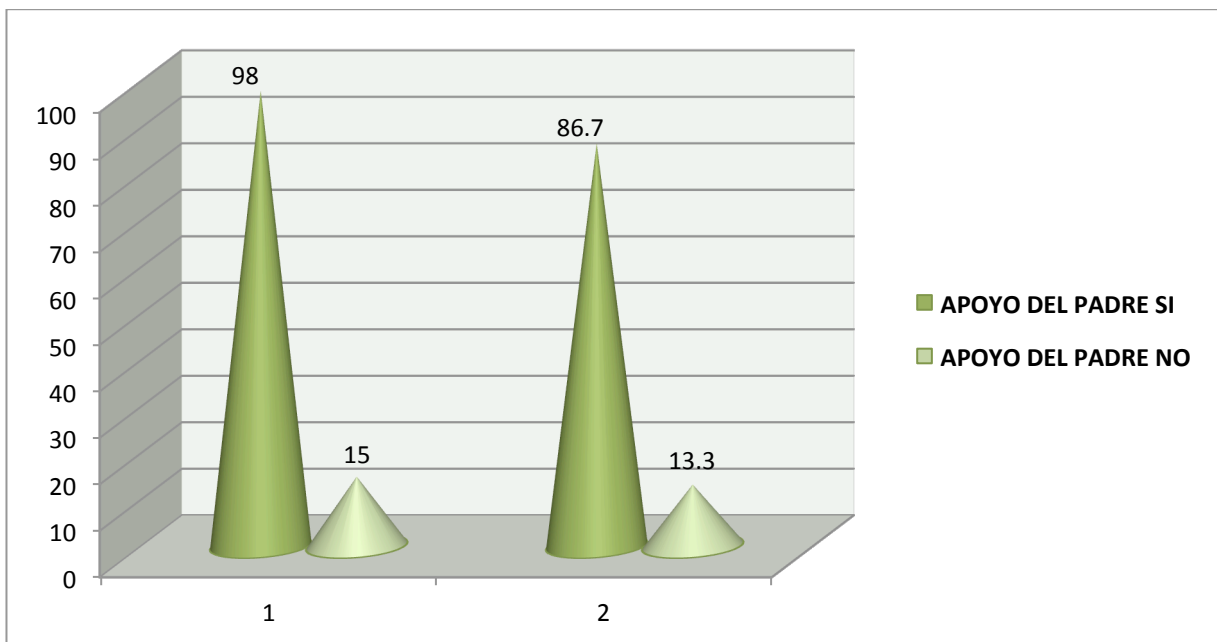


GRAFICO 2.6

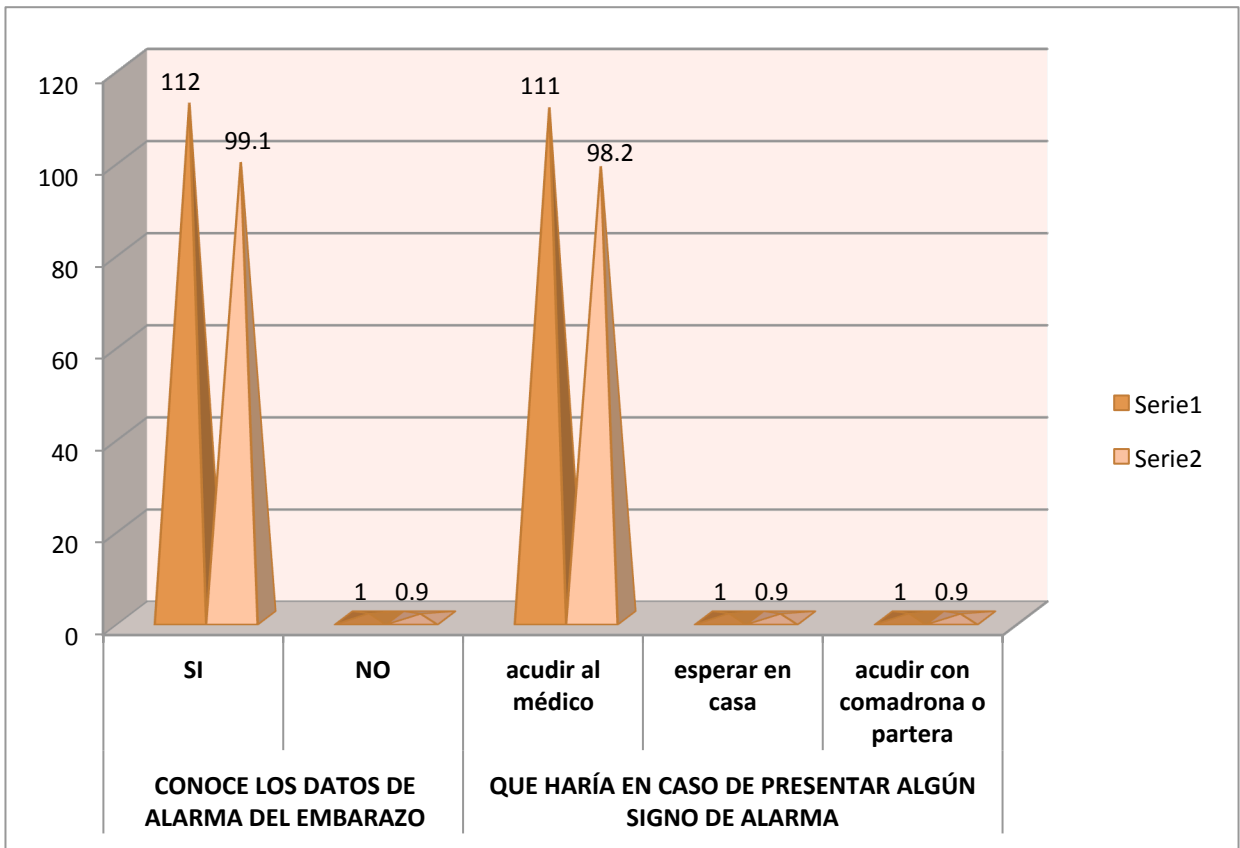


GRAFICO 2.7

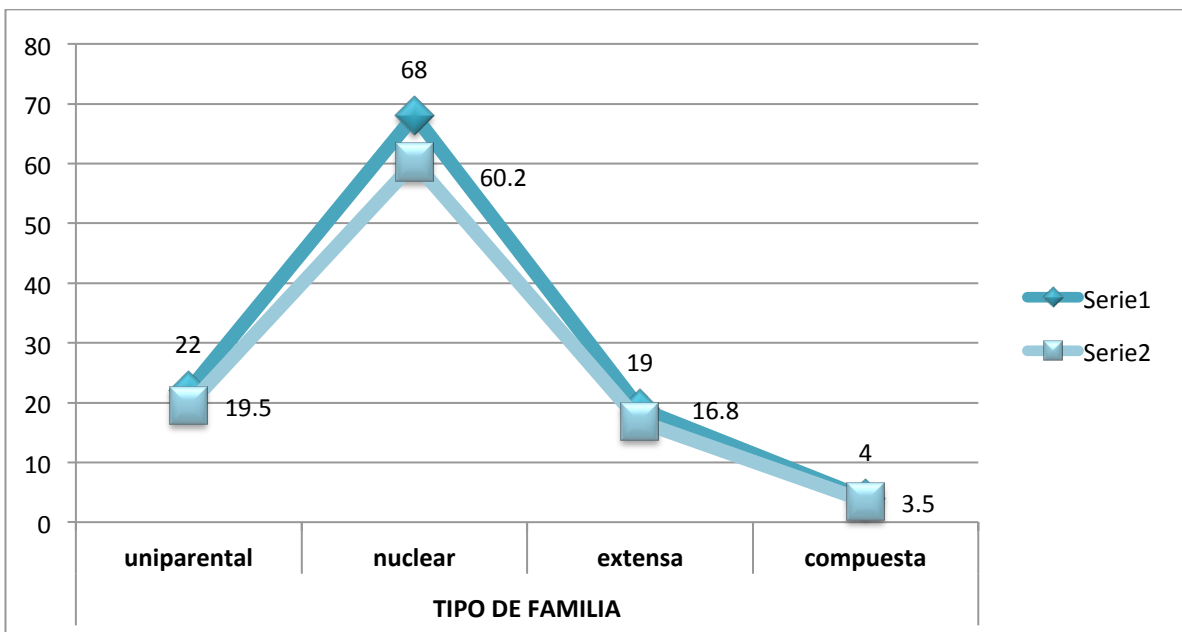


GRAFICO 2.9

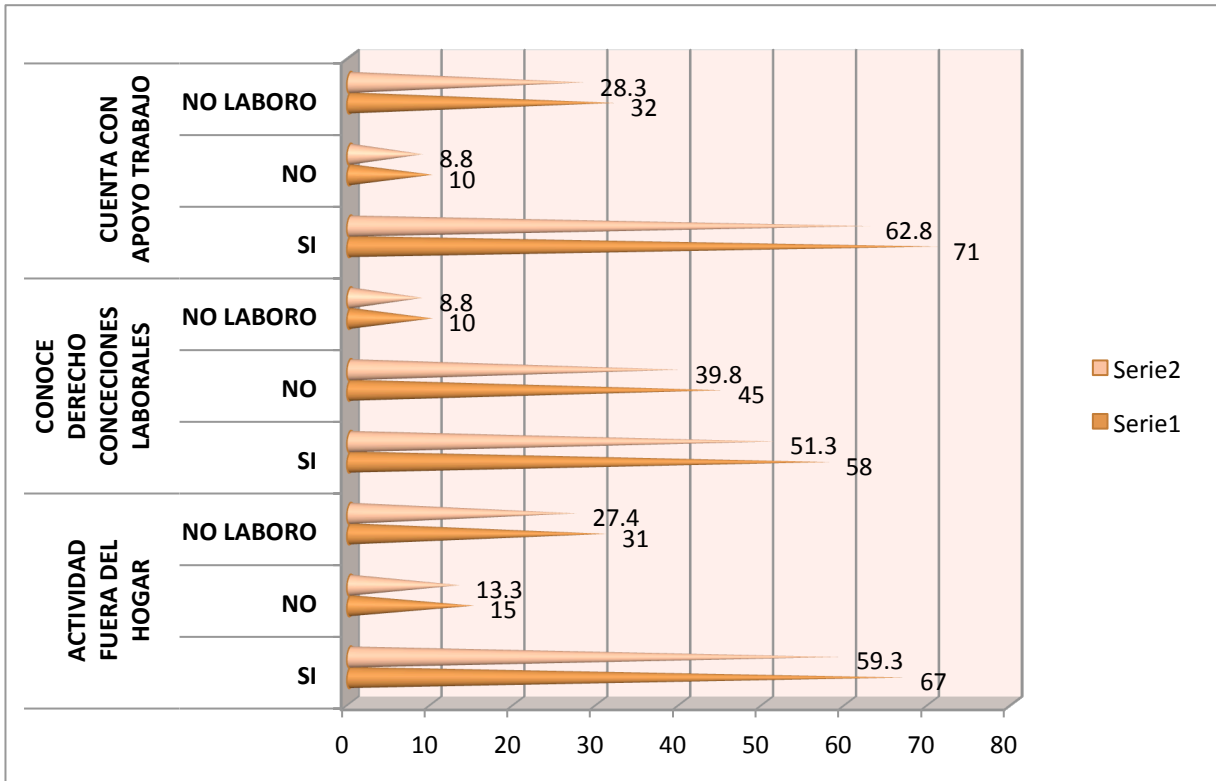


GRAFICO 2.10

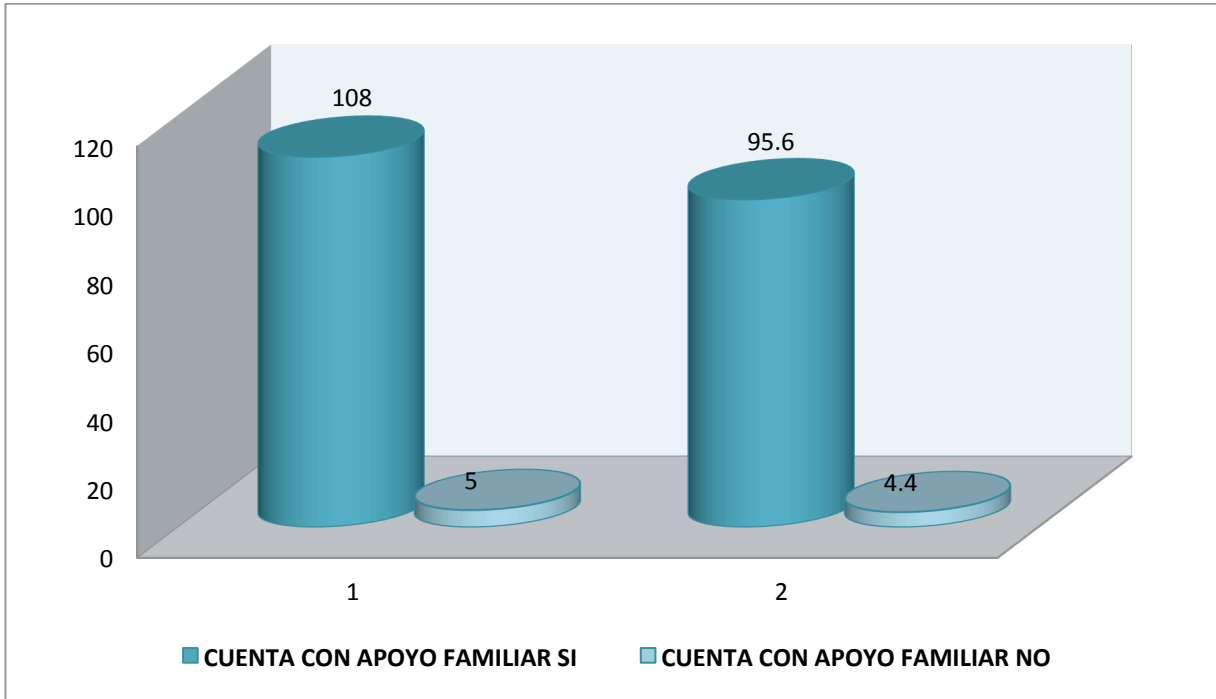


GRAFICO 2.12

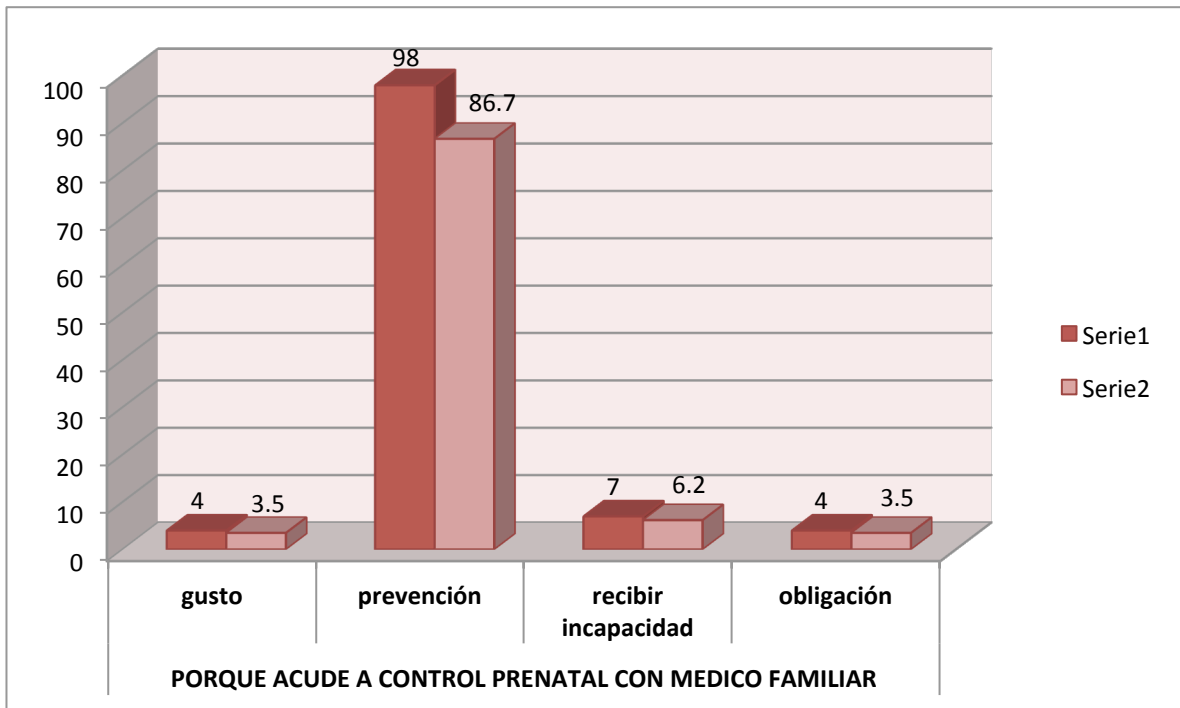


GRAFICO 2.13

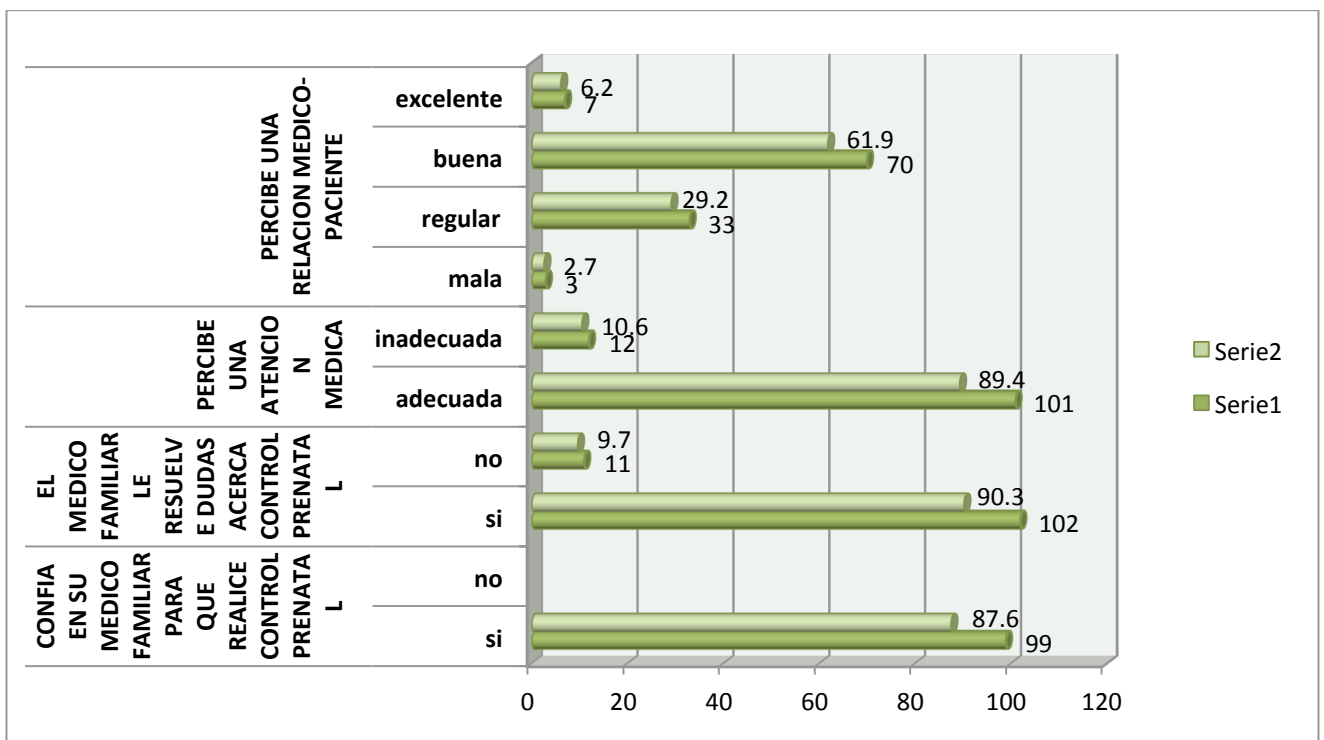
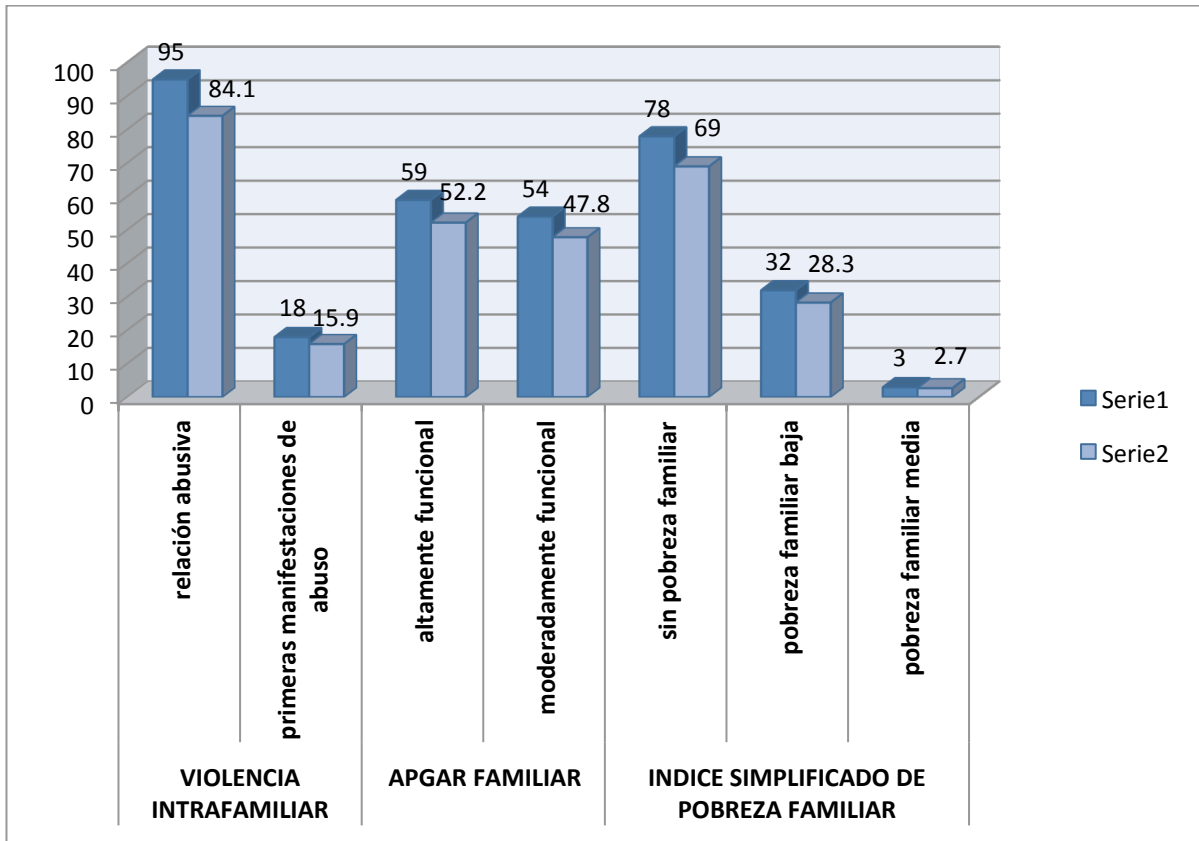


GRAFICO 2.14

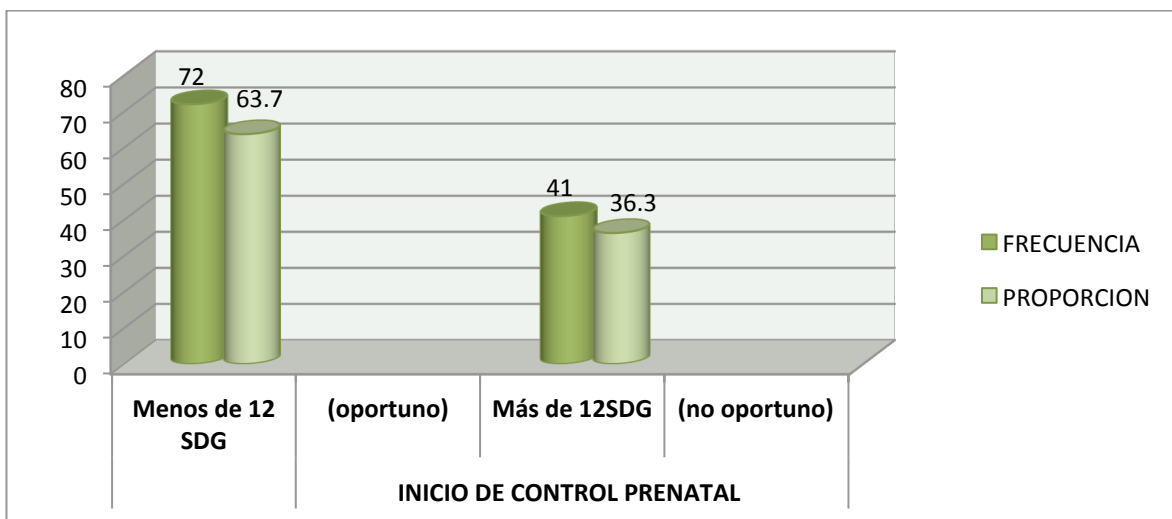


De las 113 mujeres embarazadas, 72 (63.7%) iniciaron control prenatal antes de las 12 semanas de gestación (SDG), mientras que 41 (36.3%) lo inició posterior a las 12 semanas (tabla 3, grafico 3).

TABLA 3. VARIABLE DEPENDIENTE

INICIO DE CONTROL PRENATAL	FRECUCENCIA		PROPORCION
	Menos de 12 SDG (oportuno)	72	63.7
Más de 12SDG (no oportuno)	41	36.3	

GRAFICO 3. VARIABLE DEPENDIENTE

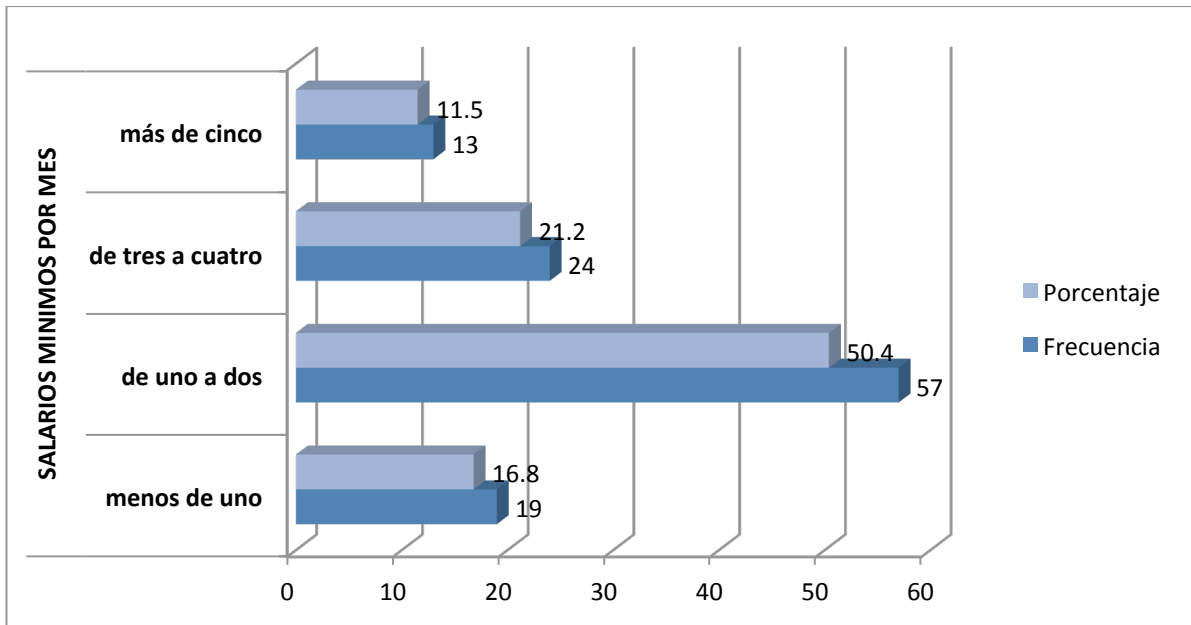


El ingreso económico familiar se obtuvo con base al número de salarios mínimos que percibe la familia por mes y el 50.4% respondió que son de uno a dos salarios, mientras que el 16.8% percibe menos de uno (tabla 4, grafico 4).

TABLA 4.

variable	Frecuencia	Porcentaje
SALARIOS MINIMOS POR MES	menos de uno	19 16.8
	de uno a dos	57 50.4
	de tres a cuatro	24 21.2
	más de cinco	13 11.5

GRAFICO 4.

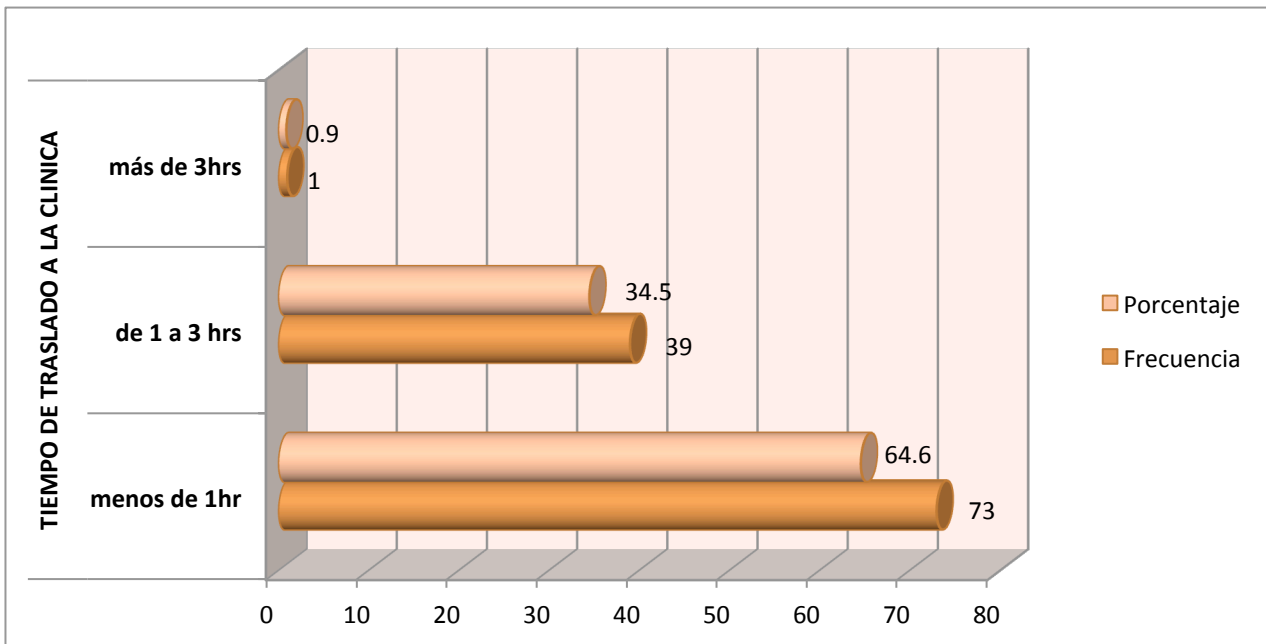


El 64.6% de las mujeres embarazadas realiza un tiempo menor a una hora para llegar a la clínica, mientras que el 34.5% realiza de 1 a 3hrs.

TABLA 5.

variable		Frecuencia	Porcentaje
TIEMPO DE TRASLADO A LA CLINICA	menos de 1hr	73	64.6
	de 1 a 3 hrs	39	34.5
	más de 3hrs	1	.9

GRAFICO 5.



El 85% de las mujeres embarazadas gasta 50 pesos para llegar a la clínica a su control prenatal, pero solo el 8.8% paga 200 pesos y el 4.4% no gasta (tabla 6, grafico 6)

TABLA 6.

variable		Frecuencia	Porcentaje
CUANTO DINERO GASTA PARA LLEGAR A LA CLINICA	nada	5	4.4
	50 pesos	96	85.0
	100 pesos	10	8.8
	200 pesos	1	.9
	más de 200 pesos	1	.9

GRAFICO 6.

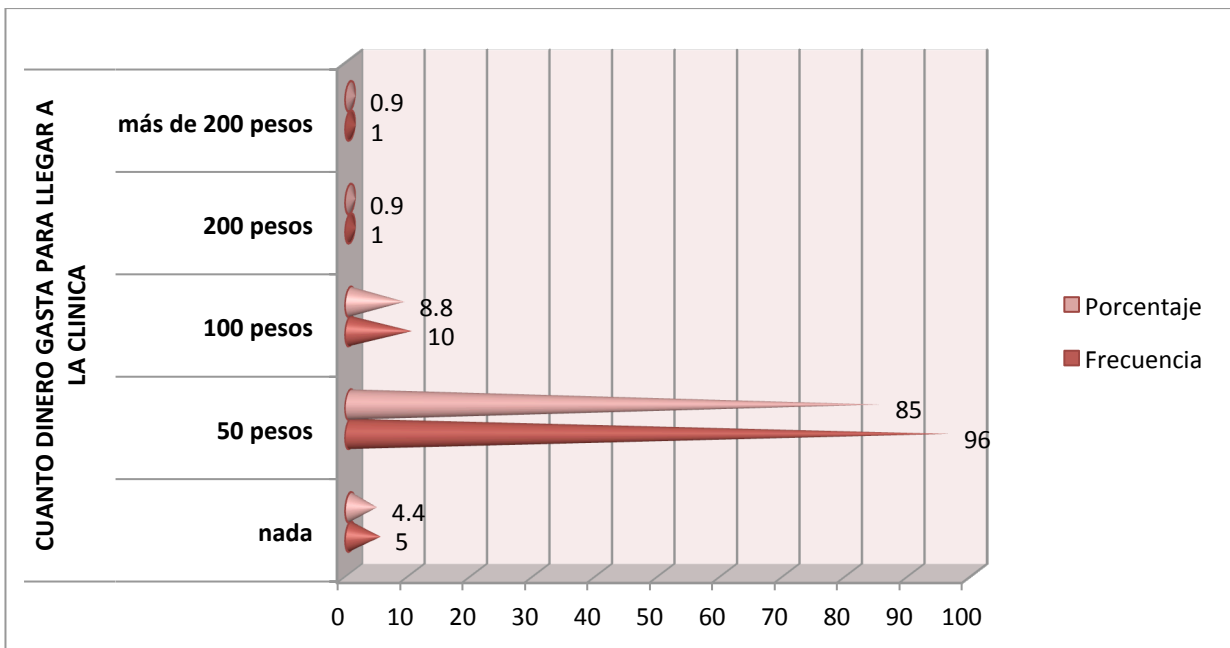


TABLA 7.

VARIABLE	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD GESTACIONAL	113	7	38	24.66	7.811

La media de edad gestacional fue de 24 semanas

TABLA 8.

variable	Frecuencia	Porcentaje	
HIJOS ECONOMICAMENTE DEPENDIENTES	0	76	67.3
	1	26	23.0
	2	9	8.0
	3	1	.9
	4	1	.9
	Total	113	100.0

INICIO CONTROL PRENATAL*EMBARAZO REQUIERE ATN

		EMBARAZO REQUIERE ATN		Total
		si	no	
INICIO CONTROL	menos de 12	65	7	72
PRENATAL	más de 12	37	4	41
Total		102	11	N = 113

La probabilidad de que una persona no considere que el embarazo requiera de atención prenatal y acuda a este posterior a la semana 12, es de 36%.

Riesgo Relativo (RR) = 0.36

El saber que el embarazo requiere de atención médica y con base en ello acudir a la clínica para recibirla es un riesgo relativo = 1.

INICIO CONTROL PRENATAL*ORIENTACION PARA ACUDIR A ATN PRENATAL

VARIABLES	RECIBIO ORIENTACION PARA ACUDIR ATN PRENATAL		TOTAL
	si	no	
INICIO CONTROL PRENATAL			
menos de 12	63	9	72
más de 12	39	2	41
TOTAL	102	11	N= 113

La probabilidad de que una persona no reciba orientación y no acuda a control prenatal oportuno es del 81%.

Riesgo Relativo (RR) = 0.75

Lo que quiere decir, que el recibir orientación es un factor protector para acudir a control prenatal oportuno.

INICIO CONTROL PRENATAL*EMBARAZO DESEADO

VARIABLES		EMBARAZO DESEADO		Total
		si	no	
INICIO CONTROL	menos de 12	54	18	72
PRENATAL	más de 12	28	13	41
Total		82	31	N= 113

Existe una probabilidad del 41% de que a pesar de que no deseen el embarazo acudan a control prenatal oportuno.

Riesgo Relativo=1.2

INICIO CONTROL PRENATAL*APOYO PAREJA

VARIABLES		APOYO PAREJA		Total
		si	no	
INICIO CONTROL	menos de 12	64	8	72
PRENATAL	más de 12	34	7	41
Total		98	15	N = 113

La probabilidad de que la pareja no la apoye y acuda a un control tardío es del 46%

Riesgo Relativo (RR) = 1.35

Lo que significa que es un factor protector.

INICIO CONTROL PRENATAL*CUENTA CON APOYO DE TRABAJO

VARIABLES		CUENTA CON APOYO DE SU TRABAJO		
		SI	NO	total
INICIO CONTROL	menos de 12	50	22	72
PRENATAL	más de 12	21	20	41
Total		71	42	N = 113

Existe una probabilidad del 47% de que si no cuenta con el apoyo de su trabajo acuda a atención prenatal tardía.

Riesgo Relativo (RR) = 1.67 (mayor asociación)

INICIO CONTROL PRENATAL*CUENTA CON APOYO FAMILIAR

VARIABLES		CUENTA CON APOYO FAMILIAR		Total
		SI	NO	
INICIO CONTROL	menos de 12	69	3	72
PRENATAL	más de 12	39	2	41
Total		108	5	113

La probabilidad de que no cuente con el apoyo familiar y tenga un control prenatal tardío es del 40%. Riesgo Relativo (RR) = 1.11 (mayor asociación)

INICIO CONTROL PRENATAL*CONFIA EN SU MEDICO FAMILIAR PARA QUE REALICE CONTROL PRENATAL

VARIABLES		CONFIA EN SU MEDICO FAMILIAR PARA QUE REALICE CONTROL PRENATAL		Total
		si	no	
INICIO CONTROL	menos de 12	63	9	72
PRENATAL	más de 12	36	5	41
Total		99	14	113

La probabilidad de que confíe en su médico familiar para que realice oportunamente su control prenatal es del 63%

Riesgo Relativo (RR) = 1.01%

Lo que significa que es un factor protector.

PERCEPCION DE ATENCION MEDICA* SU MEDICO FAMILIAR LE RESUELVE DUDAS ACERCA DE CONTROL PRENATAL

PERCIBE UNA ATENCION MEDICA*EL MEDICO FAMILIAR LE RESUELVE DUDAS ACERCA CONTROL PRENATAL				
		si	no	
PERCIBE UNA ATENCION MEDICA	adecuada	98	3	101
	inadecuada	4	8	12
Total		102	11	113

La probabilidad de que el médico familiar le resuelva dudas y el paciente perciba una atención médica adecuada es del 96%.

La probabilidad de que exista violencia intrafamiliar e inicien un control prenatal tardío es del 36%.

19. DISCUSION

Los factores socioculturales asociados con un retraso en el control prenatal son función de dos variables que son riesgo poblacional y sistema de salud, los cuales pueden ser medidos a través del daño, muerte, enfermedad y/o secuela. La Salud Perinatal guarda una relación íntima con estos factores que pueden modificar la probabilidad de utilizar en forma adecuada y oportuna la atención prenatal. En este estudio la definición de “control prenatal” enfatiza la necesidad no solo de saber cuáles son los factores de riesgo mayormente asociados a su vigilancia tardía, sino, cuales los factores socioculturales en los que existe alguna forma de

intervención médica apropiada para contrarrestar este hecho. Así, se obtuvo que la edad materna encontrada fue de 26 años, siendo de acuerdo a la literatura las mujeres adolescentes y mayores de 35 años la población de mayor riesgo. De ellas, 72 iniciaron un control prenatal oportuno, solo 2 tienen más de 2 hijos. En términos de probabilidad, el nivel de escolaridad se refiere como un indicador protector, ya que a mayor nivel de escolaridad, mayor modernidad y mayor aceptación de maternidad responsable. No se encontró al consumo de tabaco como un factor implicado en el retraso del control prenatal, ya que ninguna fumaba en esta etapa de su vida, a pesar de que se reporta en la literatura que en México del 15 al 20% de las mujeres embarazadas son fumadoras. Existe una probabilidad del 41% de que a pesar de que no deseaban el embarazo acudan a control prenatal oportuno, mientras que el resto aún se encuentra sin acudir por la percepción de ser rechazadas o juzgadas en su grupo familiar y/o social o planificación personal a corto o largo plazo la cual no incluía un embarazo, como lo marca la literatura. La probabilidad de que no consideren que el embarazo requiera de atención prenatal y acudan a este posterior a la semana 12, fue del 36%, corroborándose que el ignorar esta información determina un control prenatal tardío. En relación a la violencia intrafamiliar, se encontró que el 95% presentaba una relación abusiva, de acuerdo al test realizado, sin embargo, algunas ya cuentan con primeras manifestaciones de abuso. En cuanto al estatus familiar obtenido a través del Índice de Pobreza Familiar Graffar, el 50.4% tiene un ingreso económico familiar de alrededor de 1942.8 a 3885.6 pesos por mes y el 85% de las pacientes gastan alrededor de 50 pesos para acudir a atención médica prenatal en la clínica. Ahora bien si multiplicamos estos 50 pesos que gastan cada vez, considerado que para que sea eficiente y de calidad la atención debe ser de por lo menos de 10 a 12 consultas durante los 9 meses, con un mínimo de 6, entonces implicaría que su inversión es por lo menos la mitad de su ingreso económico familiar mensual durante el embarazo. No se encontró significancia estadística en cuanto a la lengua o idioma y la etnia, ya que todas hablan castellano y no pertenecen a un grupo étnico diferente. El 38.9% se encuentra viviendo en unión libre y el 33.6% son casadas, lo cual se convierte en un factor protector por la convivencia y apoyo que brinda la pareja el cual fue del 86.7%, aunque la probabilidad de que no cuente con el apoyo de su pareja y acuda a control prenatal tardío fue del 46%. Del 76% de las mujeres que trabajan, el 59.3%

realizan su actividad laboral fuera del hogar, lo que implica que algunas de ellas se trasladen de su trabajo para la atención médica, requiriendo un 34.5% de ellas de 1 a 3 hrs de traslado y usando más de 2 tipos de transporte por la distancia a la que se encuentran de la clínica. Además de encontrarse una probabilidad del 47% de que si no cuenta con el apoyo de su trabajo acuda a tención prenatal tardía. La mayoría ya contaba con orientación para acudir a su control prenatal predominando como fuente de información su médico familiar, lo cual se convierte en un factor protector, sin embargo el otro medio de información más frecuente fue a través de internet y de un familiar o conocido con la misma frecuencia de un 10.6%, que puede asociarse a que la mayoría de las mujeres oscila entre los 26 años y la moda es la utilización de la red cibernauta social o informativa, o bien, que se encuentran con una buena red de apoyo familiar o social que les brinda dicha información. La probabilidad de que no cuente con el apoyo familiar y tenga un control prenatal tardío es del 40%, lo cual si tuvo significancia estadística. La probabilidad de que confíe en su médico familiar para que realice oportunamente su control prenatal es del 63%, lo cual se convierte en un factor protector. El conocer que durante su embarazo se pueden encontrar situaciones que pongan en riesgo la estabilidad del binomio madre-hijo durante la gestación, a través de los datos de alarma fue casi del 100%, convirtiéndose también en un factor protector. Con respecto a la percepción de la atención médica y a la resolución de dudas acerca de su control prenatal, respondieron 98 de ellas que fue adecuada y satisfactoria, respectivamente.

20. CONCLUSIONES

El control prenatal es fundamental para la atención integral de la mujer en gestación y la educación maternal, que es una piedra angular en el control de su salud al realizar acciones de autocuidado y adquisición de responsabilidad individual y del nuevo núcleo familiar, es la única que determina su oportunidad, sino también, todos aquellos factores socioculturales propios de la mujer embarazada y de la institución que brinda la atención médica correspondiente.

Con el presente estudio se demostró que existe una fuerte asociación entre los factores socioculturales y un control prenatal tardío y conocerlos permite establecer medidas preventivas para el grupo más vulnerable como: brindar al

ingreso de la Unidad de Medicina Familiar un “tríptico” de lo que se ofrece a cada mujer embarazada como su vigilancia, vacunas, orientación nutricional, información durante el parto y la lactancia, pero sobre todo la adecuada y motivante relación médico paciente, con resolución de dudas e identificación de redes de apoyo familiar, laboral y social con referencia a las diferentes áreas interdisciplinarias Terapia Familiar, Salud en el Trabajo, Psicología, respectivamente para la resolución de situaciones que condicionen un mayor retraso en la atención prenatal oportuna, así como orientación vía telefónica las 24hrs del día, en caso de violencia intrafamiliar, accidentes, datos de alarma del embarazo, negación de permiso laboral, etc. y de esta forma optimizar la distribución de los recursos disponibles, con los consiguientes mejores resultados, al contribuir a racionalizar la atención de la salud, la transformación de la conducta de la pareja en su ejercicio de la paternidad responsable y los recursos para red apoyo de la familia y de la sociedad. De ahí que no puede verse de manera aislada y debe incidirse en ello si se quiere alcanzar el potencial máximo de resolución exitosa del embarazo, con una adecuada orientación y demanda oportuna para la atención por parte de la mujer gestante, cuyo objetivo principal es el favorecer el cuidado, integridad, funcionalidad y satisfacción de bienestar de las madres, los niños y sus familias.

21. BIBLIOGRAFIA

- 1) Guía de Práctica Clínica. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Evidencias y recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-028-8. Págs. 1-66.
- 2) Guía de práctica clínica para un control prenatal con enfoque de riesgo. Consejo de Salubridad General. págs. 1-12.
- 3) Atención prenatal con enfoque de riesgo. Secretaria de Salud. Salud reproductiva. Mayo 2006.
- 4) Protocolo de Control Prenatal. Dr. Sergio Girado Llamas. ESE. Clínica de Maternidad “Rafael Calvo”.
- 5) Estrategia para disminuir la Mortalidad Materna en México. Salud Materna y Perinatal. Dr. Raymundo Canales de la Fuente. Agosto 2009.
- 6) Fundación Mexicana de Prevención y Salud Materna A.C. Febrero 2013.
- 7) Factores que afectan la Atención Prenatal. Dr. Juan Miguel Martínez Galeano. Nursing 2010, 28:62-5-Vol. 28. Num. 09.
- 8) Utilización adecuada de la Atención Prenatal en el IMSS. INSP. Salud Pública de México. 1996. Vol. 38 (5):341-351.
- 9) Frecuencia de Control Prenatal Inadecuado y de factores de riesgo asociados a su ocurrencia. Claudia Arizpe, Mary Salgado, José Luis Rojas. Revista Médica Herediana. ISSN 1018-130X versión impresa. Vol.22 N.4, Lima oct./dic. 2011.
- 10) Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. OMS. Dpto. de reducir los riesgos del embarazo. 09.06.2010.
- 11) OSECAC (Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Sociales).
- 12) Guía de Práctica Clínica. Control Prenatal para el embarazo de bajo riesgo. Argentina 2008; pág. 1-8.
- 13) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Págs. 1-4.
- 14) Violencia Familiar. PROMSA (Programa Mujer y Salud). Secretaria de Salud. Dr. Julio Frenk Mora y cols. Guadalajara 2002.

- 15) www.inmujeres.gob.mx. Instituto Nacional de la Mujeres. México. Vida sin violencia. Test de violencia intrafamiliar.
- 16) Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. DEIS Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Definiciones y conceptos en estadísticas de Salud.
- 17) Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Escuela de Derecho. Asignatura: Derecho Civil I. Prof. Lony Flores. Nov-2012.
- 18) Contribuciones breves. Algunas reflexiones sobre el concepto de información y sus implicaciones para el desarrollo de las ciencias de la información. Ivis Goñi Camejo. ACIMED 2000; 8 (3):201-7.
- 19) INDICADOR CLAVE 16: TIEMPO DE TRASLADO. Observatorio Urbano local Rivera Maya, Cozumel, Quintana Roo, México.
- 20) Redes sociales, salud y vejez. Dra. Verónica Montes de Oca. IIS-UNAM. Terapia Ocupacional.
- 21) Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. (22a ed., Madrid, Espasa Calpe, 2001).
- 22) Bienes y Servicios. Conceptos.
www.economiabtis.blogspot.com/2011/.../concepto-de-bienes-y-servicios.htm.
- 23) Muestreo y tamaño de muestra. Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación. Víctor M. Velasco Rodríguez, Verónica A. Martínez Ordaz, José Roiz Hernández, Francisco Huazano García, Armando Nieves Rentería. Torreón, Coahuila, México. 1ª. ed. 2002.
- 24) Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. Secretaria del Trabajo y Previsión Social. www.conasami.gob.mx/nvos_sal_2013.html
- 25) Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres: estudio en cuatro países de Centroamérica. Manuel Ortega Hegg, Rebeca Centeno Orozco, Marcelina Castillo Venerio. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y El Caribe y Centro de Análisis Sociocultural. 1a ed. -- Managua: UNFPA- CEPAL, 2005. 303 p.
- 26) Principios de Socialización. Conceptos, clasificación de roles y estatus; su importancia en la dinámica social. Instituto Tecnológico Superior de Calkini. Págs. 1 a 3.
www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r76157.PDF

- 27) Embarazo, maternidad y tabaco: recomendaciones para el equipo de salud. 2011. Programa Nacional de Control del Tabaco. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles.
- 28) Atención por parteras VS otros modelos de atención para mujeres en edad fértil: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de septiembre de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Wiysonge CS.
- 29) Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012; 50 (6): 651-657
- 30) Continuidad de los cuidadores para la atención durante el embarazo y parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Hodnett ed.
- 31) Acuerdo regulador de las medidas de apoyo laboral a las trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia. Gpo. Peugeot Citroën. España, D. Jaime Diz Aren, Director de Recursos Humanos.
- 32) Secretaria del trabajo y previsión social. Ley Federal del trabajo. Titulo Quinto. Trabajo de las Mujeres. págs.: 64-65.
- 33) Investigación en Educación Médica. Metodología de Investigación en Educación Médica. Elzevir. 2012; 1(2):90-95.
- 34) Revista de Obstetricia-ginecología. Relación médico-paciente. Dr. Jorge Varas Cortés. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2011; Vol. 6 (3): 176-180.
- 35) Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública México 1990; Vol. 32(2):170-180
- 36) Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar -Faces IV-: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. Daniel Costa Ball, María del Luján González Tornaría, Nuria Masjuan, María Agustina Trápaga, Denise Del Arca, Laura Scafarelli, Andrea Feibuscheurez. Universidad Católica del Uruguay, Uruguay. 2007.
- 37) Odds ratio, Riesgo Relativo y número necesario a tratar. Luis M. Molinero. Bioestadística e Ingeniería. Págs.: 1-5. España. 2001.

22. ANEXOS:

ANEXO 22.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Factores socioculturales que retrasan el Control Prenatal oportuno

Actividades	Marzo 2012	Abril 2012	May o 2012	Junio 2012	Julio 2012	Agosto 2012	Sep. 2012	Oct. 2012	Nov. 2012	Dic. 2012	Enero 2013	Feb 2013
Planteamiento del problema y marco teórico.	X R	X R	X R	X R								
Hipótesis y variable												

Actividades	Marzo 2013	Abril 2013	May o 2013	Junio 2013	Julio 2013	Agosto 2013	Sep. 2013	Oct. 2013	Nov. 2013	Dic. 2013	Enero 2014	Feb 2014
Objetivos												
Calculo de muestra												
Hoja de registro												
Presentación ante el comité												
Aplicación de cuestionario												
Análisis de resultados												
Elaboración de conclusiones												
Presentación de tesis												

Realizado (R) 

Programado (P) 

ANEXO 22.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Factores socioculturales que retrasan el control prenatal oportuno
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMF No. 31 año 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Es prioritario conocer los factores que predisponen a un control prenatal no oportuno con el fin de generar la evidencia para dirigir o crear programas de salud que incidan de manera positiva y eliminen dichos factores de riesgo.
Procedimientos:	Se realizará entrevista a los pacientes para el llenado de un cuestionario
Posibles riesgos y molestias:	El paciente no se someterá a ningún riesgo ni se le realizarán exámenes de laboratorio
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer e informarse acerca de los factores que retrasan el control prenatal oportuno con el fin de integrarse a programas que incidan en forma positiva para eliminar dichos riesgos y evitar la morbilidad materna fetal.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se darán a conocer a la población por medio de la Dirección y la Jefatura de Departamento Clínico de la UMF No. 31.
Participación o retiro:	El paciente tiene el derecho de participar en el estudio o retirarse de el en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos que se obtengan del estudio serán manejados con confidencialidad y usados solo para los fines del estudio.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Los resultados del estudio servirán para implementar políticas públicas de salud.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Fabian Ávalos Pérez

Colaboradores: Dra. Claudia Berenice Guzmán Alonso

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 22.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**

**“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE RETRASAN EL CONTROL PRENATAL OPORTUNO EN LA UMF
No. 31”**

Nombre de investigadores:

Hoja 1

INSTRUMENTO.			
Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:			
1. Paciente embarazada			
2. Derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar número 31 del IMSS			
3. Con edad de 16 a 39 años de edad			
3. Acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado verbal.			
			No llenar
1	FOLIO _____		_ _ _ _
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____		_ _ _ _
3	Nombre: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) </div>		
4	NSS: _____	5	Teléfono _____
6	Turno: 1. Matutino () 2. Vespertino ()		_
7	Número de Consultorio: (____)		_
8	Edad materna: _____ años cumplidos	9.-Edad gestacional (semanas cumplidas) 1.- menos de 20 (RA) 2.- 20 a 34 (RB) 3.- más de 34 (RI)	
10	ESTADO CIVIL 1. Soltera () 2. Casada () 3. Divorciada () 4. Viuda () 5. Unión libre ()		_
11	ESCOLARIDAD 1.- Primaria incompleta () 2.- Primaria completa () 3.- Secundaria () 4.- Preparatoria () 5.- Licenciatura () 6.- Postgrado ()		_
12	¿QUE IDIOMA HABLA? 1.- Castellano (español) () 2.- lengua indígena ()		_
13	¿SU LENGUAJE O IDIOMA LIMITA LA COMUNICACIÓN CON SU MÉDICO FAMILIAR? 1.- Si () 2.- No ()		_
14	¿CONSIDERA QUE EL EMBARAZO REQUIERE ATENCION PRENATAL? 1.- SI () 2.- NO ()		_
15	¿CONSIDERA AL EMBARAZO UNA ENFERMEDAD? 1.- SI () 2.- NO ()		_
16	¿NÚMERO DE EMBARAZOS PREVIOS? R=		_
17	LA ATENCIÓN DE SU(S) PARTO(S) FUE CON: 1.- Médico () 2.- Partera o “comadrona” () 3.- Sin hijos previos		_
18	¿HA RECIBIDO ORIENTACIÓN PARA ACUDIR A SU CONTROL PRENATAL? 1.- SI () 2.- NO ()		_
19	¿DE DÓNDE OBTUVO LA INFORMACIÓN DE ACUDIR A CONTROL PRENATAL? 1.- Radio () 2.- televisión () 3.- Escrita (revistas o libros) 4.- Internet () 5.- Médico () 6.- Familiares o conocidos ()		_

20	<p>¿DESEO ESTE EMBARAZO?</p> <p>1.-SI ()</p> <p>2.- NO ()</p>	21	<p>¿CUENTA CON EL APOYO DE SU PAREJA?</p> <p>1.-SI ()</p> <p>2.-NO ()</p>	22	<p>SEMANAS DE GESTACIÓN EN QUE RECIBO SU PRIMER CONSULTA DE ATENCION PRENATAL EN EL EMBARAZO ACTUAL</p> <p>1.- menos de 12 ()</p> <p>2.- más de 12 ()</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23	<p>¿CONOCE LOS “DATOS O SIGNOS DE ALARMA” DEL EMBARAZO?</p> <p>1.- SI () 2.- NO ()</p>					<input type="checkbox"/>
24	<p>¿QUÉ HARÍA EN CASO DE SANGRADO VAGINAL, DOLOR DE VIENTRE O CINTURA, AUSENCIA DE MOVIMIENTOS DE SU BEBÉ, SALIDA DE LIQUIDO CLARO VAGINAL, HINCHAZON DE CARA, MANOS O PIES, FIEBRE, “ZUMBIDO DE OIDOS”, “LUCECITAS DE COLORES”, DOLOR DE CABEZA?</p> <p>1.-Acudir al médico ()</p> <p>2.-Esperar en casa a que pase la molestia ()</p> <p>3.-Llamar a mi vecina para que me ayude ()</p> <p>4.-Acudir al “curandero o hierbero” ()</p> <p>5.-Acudir con la comadrona o partera ()</p> <p>6.-Nada ()</p>					<input type="checkbox"/>
25	<p>¿CON QUIÉN VIVE? TIPO DE FAMILIA (marque las opciones que necesite)</p> <p>1. UNIPARENTAL 2. NUCLEAR 3. EXTENSA 4. EXTENSA COMPUESTA</p> <p>a.-Sola () b.-Con mi pareja () c.-Con mis hijos ()</p> <p>d.-Con mis padres () e.-Con mis hermanos () f.-Con otro familiar o conocido ()</p>					<input type="checkbox"/> De acuerdo a Irigoyen
26	<p>¿NÚMERO DE PERSONAS POR DORMITORIO?</p> <p>R=</p>					<input type="checkbox"/>
27	<p>¿DE QUIÉN DEPENDE ECONOMICAMENTE?</p> <p>1.-Madre () 2.-Padre () 3.-Abuelos ()</p> <p>4.-Escuela () 5.-Hermanos () 6.- Pareja () 7.- De nadie ()</p>					<input type="checkbox"/>
28	<p>¿CUÁNTOS HIJOS DEPENDEN ECONOMICAMENTE DE USTED?</p> <p>R=</p>					<input type="checkbox"/>
29	<p>INGRESO ECONOMICO FAMILIAR EN SALARIOS MINIMOS POR MES (SALARIO MINIMO = 64.76 PESOS)</p> <p>1.-menos de uno (menos de 1942.8 pesos por mes) ()</p> <p>2.-De uno a dos (de 1942.8 a 3885.6 pesos por mes) ()</p> <p>3.-De tres a cuatro (de 5828.4 a 7771.2 pesos por mes) ()</p> <p>4.- más de 5 (más de 9714 pesos por mes) ()</p>					<input type="checkbox"/>
30	<p>¿REALIZA SU ACTIVIDAD LABORAL FUERA DEL HOGAR?</p> <p>1.- SI () 2.- NO () 3.-No trabajo ()</p>					<input type="checkbox"/>
31	<p>¿CONOCE DEL DERECHO QUE TIENE A QUE LE SEAN CONCEDIDAS LAS CONDICIONES LABORALES ÓPTIMAS PARA QUE ACUDA A UN CONTROL PRENATAL OPORTUNO?</p> <p>1.-SI () 2.-NO ()</p>					<input type="checkbox"/>
32	<p>¿CUENTA CON EL APOYO DE SU TRABAJO PARA LLEVAR A CABO SU CONTROL PRENATAL?</p> <p>1.-SI () 2.- NO () 3.-No trabajo</p>					<input type="checkbox"/>
33	<p>¿CUENTA CON EL APOYO DE SU FAMILIA PARA ACUDIR A SU CONTROL PRENATAL OPORTUNO?</p> <p>1.-SI () 2.-NO ()</p>					<input type="checkbox"/>
34	<p>CONSIDERA QUE EL TRASLADO QUE REALIZA PARA ACUDIR A SU CLÍNICA ES:</p> <p>1.-Con dificultad () 2.-Sin dificultad ()</p>					<input type="checkbox"/>
35	<p>¿CUÁNTO TIEMPO REALIZA PARA LLEGAR A SU CLINICA?</p>					<input type="checkbox"/>

	1.- menos de 1hr () 2.- De 1 a 3hrs () 3.- más de 3hrs ()	
36	¿CUÁNTO DINERO GASTA PARA LLEGAR A LA UMF? 1.-Nada () 2.-50 pesos () 3.- 100 pesos () 4. 200 pesos() 5.- más de 200 pesos()	_
37	¿QUÉ TRANSPORTE USA PARA LLEGAR A LA UMF? (marque todos los que use) 1.-Ninguno () 2.-Automóvil () 3.- Taxi () 4. Microbús () 5.- Metro () 6.- Metrobús ()	_

38	¿POR QUÉ ACUDE A CONTROL PRENATAL CON SU MEDICO FAMILIAR? 1.-Gusto () 2.-Prevención () 3.-Recibir incapacidad () 4.- Obligación ()	_
39	¿CONFA EN SU MÉDICO FAMILIAR PARA QUE REALICE SU CONTROL PRENATAL? 1.- SI () 2.-NO ()	_
40	¿SU MEDICO FAMILIAR LE RESUELVE DUDAS O BRINDA INFORMACION CON RESPECTO A SU CONTROL PRENATAL? 1.- SI () 2.-NO ()	_
41	USTED PERCIBE UNA ATENCION MÉDICA: 1.-Adecuada () 2.- Inadecuada ()	_
42	USTED PERCIBE UNA RELACION MEDICO-PACIENTE: 1.-Mala () 2.-Regular () 3.-Buena () 4.-Excelente ()	_
43	TIEMPO DE ESPERA EN SU CONSULTA DE CONTROL PRENATAL 1.- Nada () 2.- 15 mins. () 3.- 30mins. () 4.- 1 hr. () 5.-más de 1hr. ()	_
44	CONSIDERA QUE LA FALTA DE ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD SE DEBE A: 1.-Alto costo de traslado () 2.- requiere compañía o que la lleven a su UMF () 3.-distancia demasiado larga () 4.- falta de tiempo () 5.- diferimiento de citas ()	_
45	¿USTED CUENTA CON OTRO SEGURO MEDICO? 1.- Obra social (ISSSTE, SSA) () 2.- Privado () 3.-Seguro popular () 4.-SEDENA	_
46	USTED CONSUME ACTUALMENTE: 1.- Cigarro () 2.- alcohol () 3.- cocaína () 4.- marihuana () 5.- Otra () 6.- Ninguna ()	_
47	TEST DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (anexo 4). Puntaje _____ 1.-0-11 () Relación abusiva 2.-12-22 () Primeras manifestaciones de abuso 3.-23-34 () La violencia forma parte de la dinámica familiar 4.-35 o más () Violencia familiar severa	_
48	Cuestionario de APGAR familiar (anexo 5) Puntaje _____ 1.-Familia altamente funcional 7-10 puntos () 2.-Familia moderadamente funcional 4-6 puntos () 3.-Familia severamente disfuncional 0-3 puntos ()	_
49	Cuestionario de ISPF (anexo 6) Puntaje _____ 1.- 0-3 () Sin Pobreza Familiar 2.- 4-6 () Pobreza Familiar Baja 3.- 7-9 () Pobreza Familiar Media 4.- 10-12 () Pobreza Familiar Alta	_
GRACIAS POR SU COLABORACION		

ANEXO 22.4 TEST DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

ESCALA DE VALORES (puntos)	
SI	3
A VECES	2
Rara vez	1
No	0

PREGUNTAS	SI	A VECES	RARA VEZ	NO
¿Sientes que tu pareja te está controlando constantemente?				
¿Te acusa de infidelidad o de que actúas en forma sospechosa?				
¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?				
¿Te humilla y/o te critica, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser o el modo en que haces tus tareas hogareñas, entre otras?				
¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?				
¿Cuándo quiere que cambies de comportamiento, te presiona con su silencio, indiferencia o te priva de dinero?				
¿Tu pareja cambia bruscamente de humor o se comporta distinto contigo en público como si fuera otra persona?				
¿Te sientes en constante tensión y que, hagas lo que hagas, él se irrita o te culpabiliza?				
¿Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?				
¿Te ha amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarse él, a ti o a algún miembro de la familia?				
¿Cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?				
Después de un episodio violento, él se muestra cariñoso y atento, te regala cosas y promete que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que "todo cambiará".				
¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (primeros auxilios, atención médica,				

psicológica o legal)				
¿Tu pareja es violento con sus hijas/os o con otras personas?				
¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado hacer por sentir que tu pareja ha puesto en peligro tu vida y la de tu familia?				

PUNTAJE

0 a 11	Relación abusiva. Hay conflictos en la relación, pero puedes resolverlas sin violencia. Observa su conducta.
12 a 22	Primeras manifestaciones de abuso. La violencia en la relación está comenzando y puede aumentar en el futuro. Mantente alerta.
23 a 34	La violencia es parte de tu dinámica de pareja, es importante que solicites ayuda profesional y considera la posibilidad de abandonar tu casa temporalmente.
35 o más	Violencia severa, debes recibir atención psicológica, así como orientación y/o atención legal pues tu integridad física y mental está en peligro. Busca un lugar donde puedas salvaguardarte.

ANEXO 22.5 CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR.

ESCALA DE VALORES (puntos)

NUNCA	0
ALGUNAS VECES	1
CASI SIEMPRE	2

FUNCION	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, otros.			
Me satisface como compartimos en mi familia: a) tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero			

CALIFICACIÓN	
Satisfacción de Familia altamente funcional	7 - 10
Satisfacción de Familia moderadamente funcional	4 - 6
Satisfacción de Familia severamente disfuncional	0 - 3

Los resultados se interpretan de acuerdo a la PERCEPCION DEL GRADO DE SATISFACCION de cada integrante de la familia.

ANEXO 22.6 ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF).

Es un instrumento breve y sencillo, en su aplicación confiable y valido, para evaluar con fines exploratorios **la pobreza familiar** en la práctica de la Medicina Familiar. Considera 4 variables que se miden en rangos de 0 a 3 puntos según las condiciones óptimas o peores de las categorías de respuesta. Los intervalos para la puntuación familiar son los siguientes:

0-3	SIN POBREZA FAMILIAR
4-6	POBREZA FAMILIAR BAJA
7-9	POBREZA FAMILIAR MEDIA
10-12	POBREZA FAMILIAR ALTA

ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)			
Dimensión	Indicador	Categorías de respuesta	Puntuación
Economía	Ingres económico familiar	< 1 salario min	3
		1 a 2 sal min	2
		3 a 4 sal min	1
		Mas 5 sal min	0
	No. hijos dependientes	Mas 3 hijos	3
		2 hijos	2
		1 hijo	1
		0 hijo	0
Educación	Escolaridad materna	Ninguna	3
		Primaria incompleta	2
		Primaria completa	1
		Posterior a la primaria	0
Vivienda	No. de personas por dormitorio	Mas 5 personas	3
		4 personas	2
		3 personas	1
		1 a 2 personas	0