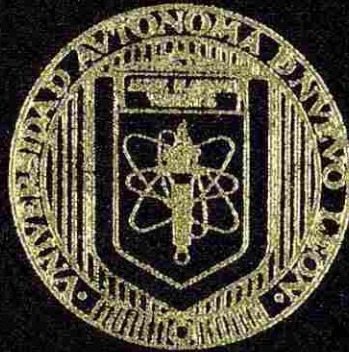


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



PREDICTORES DEL INICIO DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES  
DEL AREA METROPOLITANA DE MONTERREY, MEXICO

Por

LIC. ANA MARIA QUELOPANA DEL VALLE

Como requisito parcial para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

AGOSTO, 2006

FD  
Z6675  
.N7  
FEn  
2006  
Q383

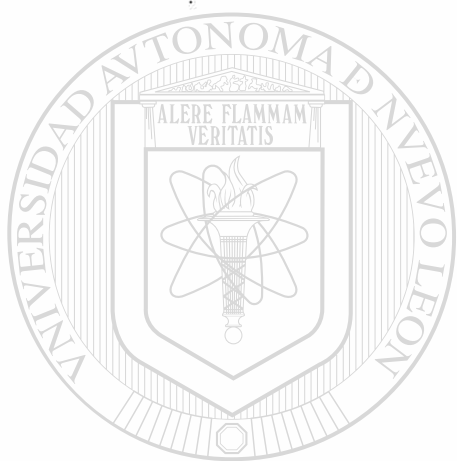
PREDICTORES DEL INICIO DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES  
DEL AREA METROPOLITANA DE MONTERREY, MEXICO

A. M. Q. V.

ACG



1020154541



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

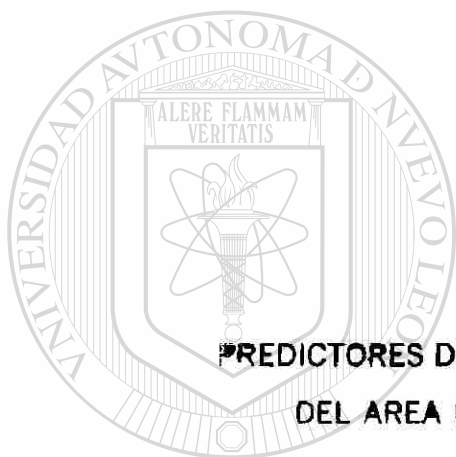
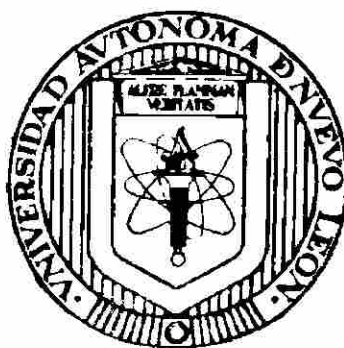


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**PREDICTORES DEL INICIO DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES  
DEL AREA METROPOLITANA DE MONTERREY, MEXICO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**Por**

**DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS  
LIC. ANA MARIA QUELOPANA DEL VALLE**

®

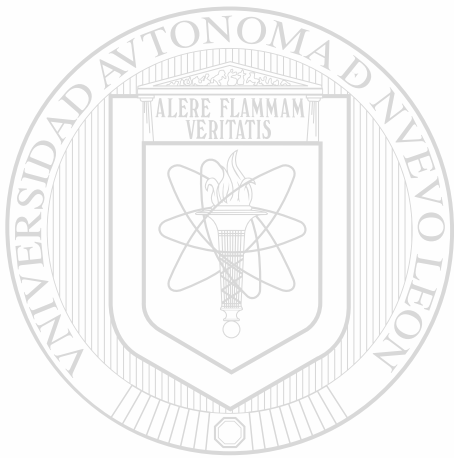
Como requisito parcial para obtener el grado de  
**DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**

**AGOSTO. 2006**





FONDO  
TESIS



# UANL

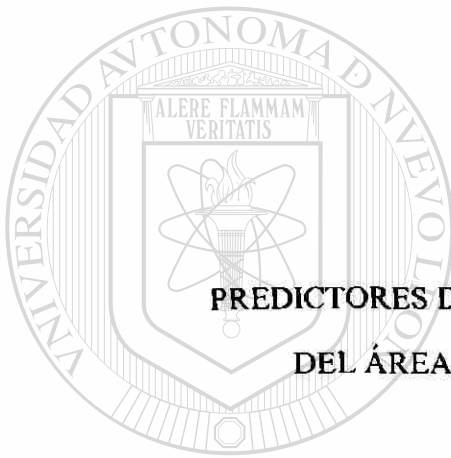
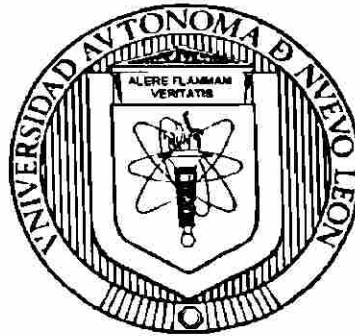
---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**PREDICTORES DEL INICIO DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES  
DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, MÉXICO**

UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Por

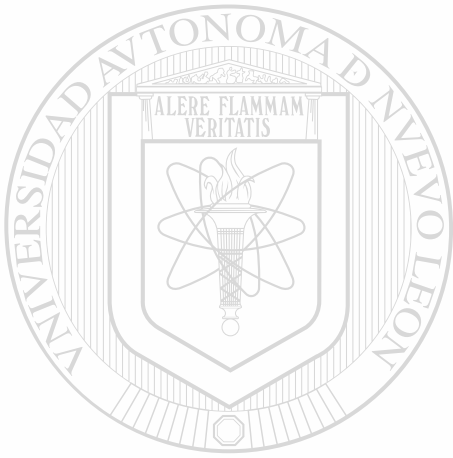
**LIC. ANA MARÍA QUELOPANA DEL VALLE**

®

Como requisito parcial para obtener el grado de  
**DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AGOSTO, 2006

D  
667  
N7  
11  
1006  
Q380



# UANL

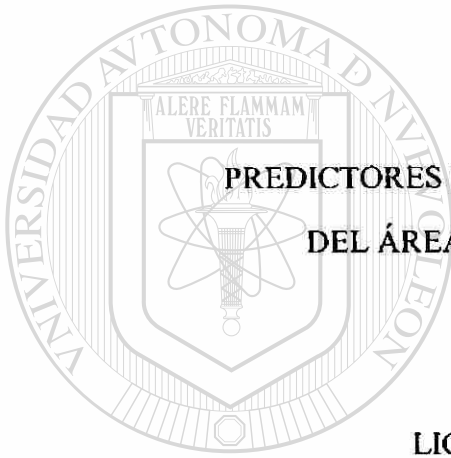
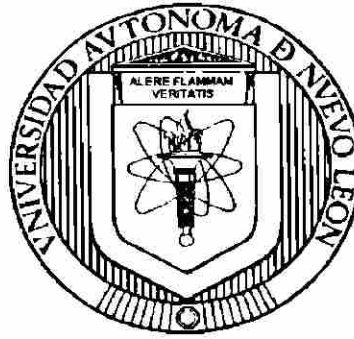
---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PREDICTORES DEL INICIO DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES  
DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, MÉXICO

Por

LIC. ANA MARÍA QUELOPANA DEL VALLE

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
Director de Tesis

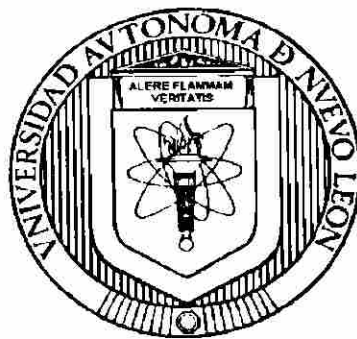
JANE DIMMITT CHAMPION, PHD, FNP, CNS  
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Como requisito parcial para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2006



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**PREDICTORES DEL INICIO DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES  
DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, MÉXICO**

Por

**LIC. ANA MARÍA QUELOPANA DEL VALLE**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

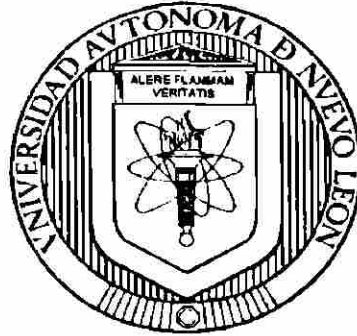
Co-Director de Tesis

**BERTHA CECILIA SALAZAR GONZÁLEZ, PHD**

Como requisito parcial para obtener el grado de  
**DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AGOSTO, 2006

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PREDICTORES DEL INICIO DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES  
DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, MÉXICO

Por

LIC. ANA MARÍA QUELOPANA DEL VALLE

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Asesor Estadístico

MARCOS VINICIO GÓMEZ MEZA, PHD


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Como requisito parcial para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2006

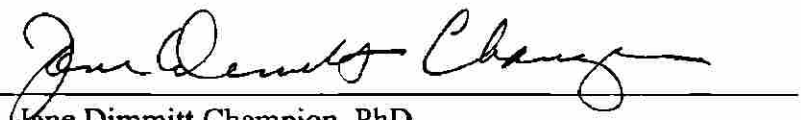
PREDICTORES DEL INICIO DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES  
DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, MÉXICO

Aprobación de Tesis



---

Jane Dimmitt Champion, PhD.  
Director de Tesis



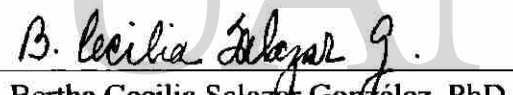
---

Jane Dimmitt Champion, PhD.  
Presidente




---

Esther C. Gallegos Cabriaes, PhD.  
Secretario



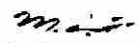
---

Bertha Cecilia Salazar González, PhD.  
1er. Vocal



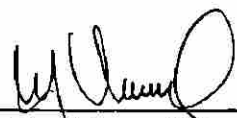
---

Ricardo Cerda Flores, PhD.  
2do. Vocal



---

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD.  
3er. Vocal



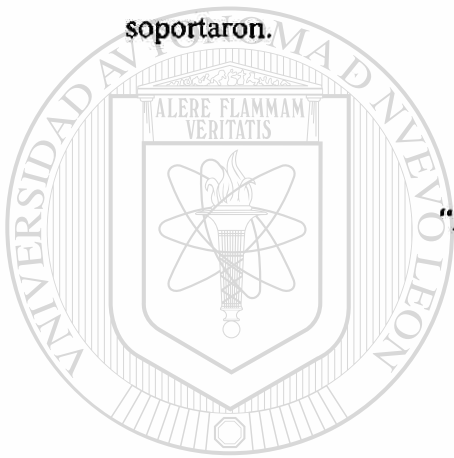
---

MSP. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## DEDICATORIAS

Esta tesis la dedico a mi amado esposo Calín por su amor, paciencia y apoyo constante. A mi maravillosa hija Jessica por ser mamá de sus hermanas en este tiempo de ausencia y por entregarme confianza y la alegría de conocer a Evita. A mis preciosas y especiales hijas Karina, Daniela y Pamela, quienes aprendieron en este tiempo que mamá no siempre estaba a su lado.

Finalmente, a mis amados padres Hugo y Ninfa que con sus oraciones me soportaron.



*"I am not afraid of storms for I am learning how to sail my ship"*

Louisa May Alcott

# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no habría logrado completarse sin la valiosa colaboración de Instituciones y personas que estuvieron prestos a escucharme, aconsejarme y fortalecerme.

Primero, quisiera dar mis agradecimientos a la Universidad de Tarapacá en Arica-Chile, por proveer el apoyo financiero para llevar a cabo mis estudios en México. Un especial agradecimiento al Dr. Emilio Rodríguez Ponce, Rector de dicha casa de estudio superior por otorgarme apoyo para completar mis presentaciones durante el programa de doctorado. Agradezco a todas mis colegas de la Universidad de Tarapacá por cubrir las horas de trabajo que me he ausentado durante estos años.

Quisiera expresar mi agradecimiento al Comité de Doctorado de la Facultad de Enfermería de la UANL por aconsejarme y guiarme en este trabajo. Un especial agradecimiento a la Dra. Jane Dimmitt Champion y la Dra. Bertha Cecilia Salazar González por entregar en forma individual y en colaboración su constante guía y fortaleza en el proceso de completar mis estudios.

---

Agradezco a las embarazadas que participaron en este estudio, las cuales compartieron sus experiencias y creencias acerca del control prenatal.

Un especial agradecimiento al Comité de Ética del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González por autorizar que se llevara a cabo esta investigación en ese nosocomio. Agradezco al Dr. José Luís Iglesias Benavides, Jefe de Consulta Externa de Obstetricia y a todo el personal de la consulta de obstetricia por su colaboración y buena disposición en facilitar mi trabajo durante el tiempo de levantamiento de la información.

Finalmente, expreso mi más profundo agradecimiento a todas esas nuevas amigas que encontré en este hermoso país y que me dieron la acogida y el apoyo durante estos años.

## RESUMEN

Ana María Quelopana del Valle  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto 2006

Título del Estudio: PREDICTORES DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES DEL  
ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, MÉXICO.

Número de Páginas: 135

Candidato para obtener el grado de  
Doctor en Ciencias de Enfermería

**Propósito y Método de Estudio:** El propósito del estudio fue identificar los factores que afectan el inicio del control prenatal (CPN) en embarazadas del área metropolitana de Monterrey. El Modelo de Promoción en Salud (MPS) constituyó el fundamento teórico del estudio. El diseño fue descriptivo correlacional, con un muestreo aleatorio sistemático. El tamaño de la muestra se estimó para análisis de regresión logística,  $RM = 2.0$ ,  $R^2 = .3$ , con una potencia de .95 y nivel de significancia .05. La población de interés ( $n = 253$ ) fue de mujeres embarazadas en la primera consulta de control prenatal. La muestra se dividió en primíparas ( $n_1 = 103$ ) y múltiparas ( $n_2 = 150$ ). Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Beneficios y Barreras del CPN y el Cuestionario de Abuso de la Mujer. Se aplicó análisis de factores para identificar los reactivos de los cuestionarios según los conceptos del MPS y construir subescalas validadas. Ambos cuestionarios presentaron consistencia interna aceptable para cada una de sus subescalas. Se probaron cuatro hipótesis mediante una serie de modelos de regresión múltiple. Se usó análisis de regresión logística para explorar las variables que aumentan o disminuyen la probabilidad de inicio tardío del CPN en ambos grupos.

**Contribución y Conclusión:** Cinco de los seis conceptos del MPS ayudaron a avanzar en el conocimiento de los factores que influyen la conducta de inicio del CPN. Los factores que predicen el inicio del CPN en primigestas son: vivir con la pareja, trabajar fuera de casa, las barreras percibidas y la actitud negativa hacia el embarazo. En las múltiparas los factores que predicen el inicio del CPN fueron: la experiencia previa de CPN precoz, los beneficios y las barreras percibidas y la actitud negativa hacia el embarazo. La probabilidad de inicio tardío en las primigestas aumentó 1.4 veces cuando perciben más barreras al CPN y aumentó 3.0 veces cuando la actitud hacia el embarazo es negativa; por el contrario disminuyó 0.2 veces cuando los ingresos mensuales son igual o superiores a \$4000. En las múltiparas la probabilidad de inicio tardío se incrementó 3.4 veces cuando la actitud hacia el embarazo es negativa y disminuyó 3.8 veces cuando refirió haber iniciado en forma precoz su CPN en embarazos previos. Se concluye que la actitud hacia el embarazo es el factor con mayor peso para determinar el inicio del CPN. Adicionalmente, se aportó un cuestionario validado de acuerdo al MPS. Se recomienda diseñar un estudio que explore los aspectos del embarazo no planeado y la relación con las prácticas de salud de la mujer.

Firma del Director de Tesis:



## Tabla de Contenido

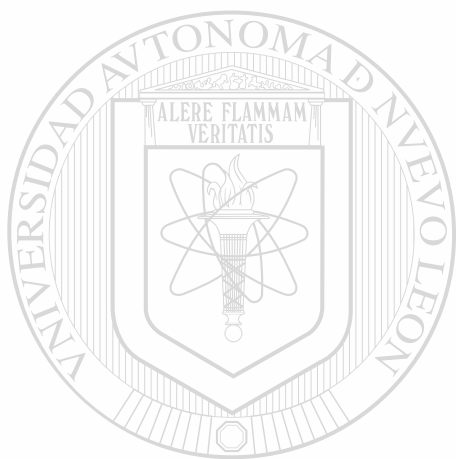
Contenido	Página
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>Marco Teórico Conceptual</b>	4
<b>Experiencia y Características Individuales</b>	6
Experiencia previa relacionada	6
Características personales	7
<b>Cogniciones y Afectos Específicos de la Conducta</b>	8
Beneficios percibidos para la acción	8
Barreras percibidas para la acción	9
Influencias interpersonales	9
Influencias situacionales	10
<b>Conducta Promotora de Salud</b>	11
<b>Estudios Relacionados</b>	13
<b>Síntesis</b>	20
<b>Proposiciones</b>	22
<b>Hipótesis</b>	23
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>METODOLOGÍA</b>	24
Diseño del Estudio	24
Población, Muestreo y Muestra	25
Criterios de Inclusión	25

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Instrumentos	26
Procedimiento de Recolección	29
Consideraciones Éticas	30
Análisis Estadístico	31
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>Análisis de los Instrumentos</b>	<b>33</b>
<b>Cuestionario de Beneficios y Barreras del CPN</b>	<b>33</b>
<b>Subescala de beneficios percibidos al CPN</b>	<b>33</b>
<b>Subescala de barreras percibidas al CPN</b>	<b>34</b>
<b>Subescala de actitud negativa hacia el embarazo</b>	<b>37</b>
<b>Cuestionario de Abuso de la Mujer</b>	<b>38</b>
<b>Análisis de los Datos</b>	<b>40</b>
<b>Características Sociodemográficas de las Sujetos</b>	<b>40</b>
<b>Embarazo Actual</b>	<b>43</b>
<b>Historia Reproductiva</b>	<b>44</b>
<b>Variables Relacionadas a los Servicios de Salud</b>	<b>44</b>
<b>Uso de Sustancias</b>	<b>46</b>
<b>Prueba de Normalidad de las Variables Continuas</b>	<b>47</b>
<b>Correlación de Variables Continuas</b>	<b>49</b>
<b>Prueba de Hipótesis</b>	<b>53</b>
<b>Hipótesis 1</b>	<b>53</b>
<b>Hipótesis 2</b>	<b>57</b>
<b>Hipótesis 3</b>	<b>65</b>



<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Hipótesis 4	74
Análisis Adicional	78
Análisis de Residuales	85
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN</b>	<b>88</b>
Características Individuales y Experiencia	88
Características Sociodemográficas	87
Experiencia Previa Relacionada	90
Cogniciones Específicas de la Conducta	91
Percepción de Beneficios al CPN	92
Percepción de Barreras al CPN	93
Influencias Interpersonales	95
Influencias Situacionales	96
Actitud negativa hacia el embarazo	96
Historia de violencia	97
Conducta Promotora de Salud	99
Conclusión	101
Limitaciones	104
Recomendaciones	105
Referencias	107
Apéndices	114
A. Estructura Conceptual Teórica Empírica	115
B. Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal	116

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>C. Cuestionario de Abuso de la Mujer</b>	<b>130</b>
<b>D. Carta Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario</b>	<b>133</b>
<b>E. Consentimiento Informado</b>	<b>134</b>
<b>F. Consentimiento Informado en Menores de Edad</b>	<b>135</b>



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Ponderación del componente de la Subescala de beneficios percibidos	34
2. Ponderación de los componentes de la Subescala de barreras percibidas	36
3. Ponderación de los componentes de la Subescala de actitud negativa hacia el embarazo	38
4. Ponderación de los componentes del Cuestionario de Abuso de la Mujer	39
5. Puntajes por subescalas y alpha de Cronbach	40
6. Características sociodemográficas según paridad	42
7. Características del embarazo actual según paridad	43
8. Distribución de variables relacionadas a los servicios de salud según paridad	45
9. Distribución de uso de sustancias según paridad	47
10. Prueba de normalidad de variables continuas	49
11. Correlación de Spearman de variables continuas con inicio del CPN en primigestas	51
12. Correlación de Spearman de variables continuas con inicio del CPN en multíparas.	52
13. Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de variables sociodemográficas y experiencia previa en multíparas	54

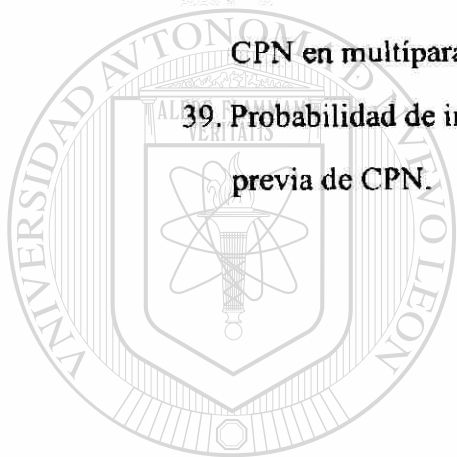
Tabla	Página
14. Modelo de regresión lineal simple del inicio del CPN a través de la experiencia previa de CPN precoz en multíparas (precedente Backward)	55
15. Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de variables sociodemográficas en embarazadas primigestas	56
16. Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de las variables sociodemográficas en primigestas (precedente Backward)	57
17. Modelo de regresión lineal múltiple de beneficios percibidos a través de variables sociodemográficas y experiencia previa en multíparas	58
18. Modelo de regresión lineal simple de beneficios percibidos a través de experiencia previa de CPN en multíparas (precedente Backward)	59
19. Modelo de regresión lineal múltiple de beneficios percibidos a través de variables sociodemográficas en primigestas	60 <sup>®</sup>
20. Modelo de regresión lineal múltiple de barreras percibidas a través de variables sociodemográficas y experiencia previa en multíparas	61
21. Modelo de regresión lineal múltiple de barreras percibidas al CPN a través de variables sociodemográficas en multíparas (precedente Backward)	62



Tabla	Página
22. Modelo de regresión lineal múltiple de barreras percibidas del CPN a través de variables sociodemográficas en primigestas	63
23. Modelo de regresión lineal múltiple de barreras percibidas del CPN a través de seleccionadas variables sociodemográficas en primigestas (precedente Backward)	64
24. Modelo de regresión lineal múltiple de apoyo social recibido a través de variables sociodemográficas en primigestas	66
25. Modelo de regresión lineal múltiple de apoyo social recibido a través de variables sociodemográficas y experiencia relacionada en multíparas	67
26. Modelo de regresión lineal múltiple de actitud negativa hacia el embarazo a través de variables sociodemográficas en primigestas	68
27. Modelo de regresión lineal múltiple de actitud negativa hacia el embarazo a través de variables sociodemográficas y experiencia relacionada en multíparas	69
28. Modelo de regresión lineal múltiple de actitud negativa hacia el embarazo a través de características sociodemográficas y experiencia relacionada en multíparas (precedente Backward)	70

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
29. Modelo de regresión lineal múltiple de historia de violencia a través de variables sociodemográficas en primigestas	71
30. Modelo de regresión lineal múltiple de historia de violencia a través de variables sociodemográficas en multíparas	73
31. Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de beneficios percibidos, barreras percibidas apoyo recibido, actitud hacia el embarazo e historia de violencia en primigestas	75
32. Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de las barreras y la actitud negativa hacia el embarazo en primigestas (precedente Backward)	76
33. Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de beneficios percibidos, barreras percibidas, apoyo recibido, actitud hacia el embarazo e historia de violencia en multíparas	77
34. Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de beneficios percibidos, barreras percibidas y actitud hacia el embarazo en multíparas (precedente Backward)	78
35. Modelo inicial de regresión logística del inicio tardío del CPN en primigestas	79

Tabla	Página
36. Modelo final de regresión logística del inicio tardío del CPN en primigestas (precedente Backward)	80
37. Modelo inicial de regresión logística del inicio del CPN en multiparas	83
38. Modelo final de regresión logística del inicio tardío del CPN en multiparas (precedente Backward)	84
39. Probabilidad de inicio tardío del CPN según experiencia previa de CPN.	85



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo inicial propuesto de factores predictivos del inicio del control prenatal en embarazadas del área metropolitana de Monterrey, México	12
2. Probabilidad de inicio tardío del CPN a través de las barreras percibidas al CPN en primigestas	81
3. Probabilidad de inicio tardío del CPN a través de la actitud negativa hacia el embarazo en primigestas	81
4. Residuales de barreras percibidas al CPN y actitud negativa hacia el embarazo relacionadas al inicio del CPN en primigestas	86
5. Residuales de barreras percibidas, beneficios percibidos y actitud negativa hacia el embarazo relacionadas al inicio del CPN en multíparas	87
6. Modelo final de los factores predictivos del inicio del CPN en embarazadas primigestas del área metropolitana de Monterrey, México	103
7. Modelo final de los factores predictivos del inicio del CPN en embarazadas multíparas del área metropolitana de Monterrey, México	104

## Capítulo I

### Introducción

El control prenatal (CPN) es uno de los servicios de promoción en salud más usado en el mundo y representa la piedra angular en el cuidado de salud tanto de la madre como de su futuro recién nacido. Existe consenso a nivel internacional que el CPN temprano y adecuado suministrado por un proveedor de salud puede mejorar los resultados perinatales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

Al igual que la OMS la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio recomienda que el inicio del CPN sea dentro de las primeras 12 semanas de gestación (OMS, 2003; Secretaría de Salud de México, 1993). La OMS realza la importancia de la primera visita por ser en esta consulta cuando se realiza una evaluación cuidadosa de los antecedentes de la mujer a través de la anamnesis, examen físico y exámenes de laboratorio que guían el plan a seguir con la madre para lograr un embarazo saludable. Otro beneficio incluye los

---

consejos que el proveedor de salud proporciona a la embarazada sobre prevención de riesgos y signos de alerta del embarazo.

El inicio temprano del CPN ha sido asociado a mejor peso al nacimiento, menor requerimiento de hospitalización del recién nacido, y reducción en la tasa de recién nacido de bajo o muy bajo peso en mujeres de nivel socioeconómico bajo, con alto riesgo de resultados adversos en el embarazo (Michigan Department of Community Health, 2004). Se ha reportado también que el CPN es un factor protector asociado a mortinato (Romero-Gutiérrez, Martínez-Ceja, Abrego-Olvira & Ponce-Ponce, 2005). Otro beneficio que conlleva el inicio temprano del CPN es la preparación de la madre en conductas saludables que le ayuden a afrontar su maternidad en forma más armoniosa y colaborar con la solución de problemas socio-psicológicos que puedan afectar el bienestar de ella y su hijo (Rooks, 1998; Rosenberg, 1998).

Aun cuando la Secretaría de Salud de México (1993) reconoce la importancia del inicio del CPN precoz, en el año 2003 sólo 35.2% de las embarazadas a nivel nacional inició el CPN durante el primer trimestre del embarazo, 33.7% lo hizo en el segundo trimestre y 31.1% en el tercer trimestre. En el Estado de Nuevo León se reporta que 38% inició en el primer trimestre, 32.6% en el segundo y 29.4% en el tercero (INEGI, 2006a). Estas cifras están por debajo de lo deseado y por lo tanto se convierte en un problema de salud que perjudica la salud de la población. Cabe mencionar que un número importante de las muertes maternas registradas en Nuevo León, son consideradas como evitables mediante la atención médica oportuna, siendo uno de los principales retos del programa de CPN, lograr que las mujeres acudan a consulta en etapas tempranas del embarazo y que participen de una 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 (Gobierno del Estado de Nuevo León, 2006).

El inicio del CPN es un acto voluntario y se refiere a la primera visita que realiza la mujer embarazada a un proveedor de salud que puede ser el médico, la enfermera o la partera. La conducta ideal y esperada es que la mujer acuda inmediatamente a CPN cuando confirma que está embarazada. Pender, Murdaugh y Parsons (2002) mencionan que “el individuo juega un rol crítico en determinar su propio estado de salud debido a que el autocuidado representa el modelo dominante de cuidado de salud en la sociedad actual” (p. 8). Muchas decisiones personales son hechas diariamente por el individuo, las cuales van a afectar su salud. Elegir participar en CPN en forma precoz es una forma de promoción de salud, porque en ausencia de enfermedad la mujer realiza pasos para promover no sólo su bienestar, sino también el de su hijo.

Cuando una embarazada no inicia el CPN en forma precoz puede deberse a múltiples factores asociados a esta conducta, y no sólo a una escasez en la disponibilidad de los servicios. Una revisión de programas de CPN en los EE.UU., muestra que muchos programas que facilitan el acceso a CPN fallan (Cook, Seling, Wedge & Gohn-Baube,

1999; Hulsey, 2001). Según estos autores las fallas reflejadas por la poca utilización de los servicios disponibles, se deben a múltiples factores biopsicosociales que afectan la decisión de la mujer de iniciar un control temprano de su embarazo. Es evidente que se requiere conocer más acerca de los factores biopsicosociales que están afectando la decisión de iniciar el CPN en forma temprana en las mujeres embarazadas de Nuevo León, México.

El Sector Salud del Gobierno del Estado de Nuevo León ha aceptado como principal compromiso el contribuir a la disminución de la mortalidad materna en un 50%, sobre todo de aquellas mujeres que tienen una alta posibilidad de evitarse, para esto los gobiernos Federal, Estatal y Municipal atienden y reconocen la necesidad de fortalecer las acciones y servicios dirigidos a favorecer la salud de la población que se encuentra en etapa reproductiva, entre esas, incrementar el inicio temprano del CPN (Gobierno del Estado de Nuevo León, 2006). El profesional de enfermería debe participar en la búsqueda de conocimiento que aumente la comprensión de los diferentes factores que expliquen la conducta de inicio del CPN. Para que esto se logre, es necesario estudiar el fenómeno en forma completa a través de un marco teórico conceptual apropiado que considere todos los posibles factores biopsicosociales que afectan la decisión de la embarazada de iniciar esta conducta de salud.

El Modelo de Promoción en Salud (MPS) descrito por Pender, Murdaugh y Parsons (2002) se consideró como marco teórico adecuado para guiar este estudio. El MPS es un modelo de enfermería que explora complejos procesos biopsicosociales que motivan al individuo a realizar conductas que busquen mejorar su salud. La aplicación de este modelo teórico al fenómeno del inicio del CPN permitió entender y ofrecer una explicación más completa de las características individuales, la experiencia previa relacionada y las conductas específicas de la embarazada que influyen en el inicio del CPN.

El propósito principal del presente estudio fue identificar los factores que afectan

el inicio del CPN a través de la verificación de algunos conceptos propuestos por el MPS (Pender et al., 2002). Este estudio permitió avanzar en el conocimiento y la comprensión de este fenómeno en embarazadas del Área Metropolitana de Monterrey, México. Como aporte adicional se identificaron las características sociodemográficas y los factores que aumentan la probabilidad de iniciar tardíamente el CPN en embarazadas primíparas y multíparas. A través de las relaciones de los conceptos del MPS que fueron verificados se propone la teoría de rango medio explicativa del inicio del CPN; la que a su vez brinda elementos para que enfermería pueda plantear intervenciones apropiadas que busquen motivar a la embarazada a tener un inicio precoz del control de su embarazo.

Para este estudio se utilizó un diseño descriptivo correlacional.

### *Marco Teórico Conceptual*

En este apartado se realiza una revisión del modelo teórico propuesto para este estudio. Se describen las relaciones de los conceptos elegidos del MPS y la definición

teórica y operacional de cada uno de ellos. Se muestra el diagrama del modelo propuesto y las interrelaciones de los conceptos utilizados en este estudio.

El MPS fue descrito al principio de los ochentas y ha sido modificado dos veces desde su aparición (Pender et al., 2002). El modelo integra constructos de la Teoría de la Expectativa-Valor (TEV) y de la Teoría Cognoscitiva Social (TCS), dentro de una perspectiva de enfermería. El MPS describe la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con su ambiente interpersonal y físico en busca de salud, por lo que este modelo ha sido utilizado en la investigación dirigida a la predicción de conductas de salud específicas.

Pender et al. (2002) realzan que debe distinguirse entre promoción en salud y protección en salud; esta diferencia se relaciona con la motivación que tiene el individuo para realizar la conducta. Los autores describen *promoción en salud* como “la conducta



motivada por el deseo de aumentar el bienestar y mejorar el potencial de salud del individuo". Por otro lado, la *protección en salud* se refiere a "las conductas motivadas por el deseo de evitar en forma activa la enfermedad, detectarla a tiempo o mantener la funcionalidad dentro de condiciones de enfermedad" (p. 7).

Los autores del MPS mencionan tres importantes diferencias teóricas entre promoción y protección en salud. Primero, promoción en salud no se relaciona con enfermedad o daño específico; protección en salud sí. Segundo, promoción en salud se enfoca en "acercarse" a un estado positivo de salud, mientras protección en salud se enfoca en "evitar" la enfermedad. Tercero, promoción en salud busca expandir el potencial de salud, mientras que protección en salud busca prevenir la ocurrencia de enfermedad. Según estos autores, "las conductas de promoción y de protección en salud son procesos complementarios y ambos son críticos para la calidad de vida en todas las etapas del desarrollo del individuo" (p. 8).

Según el MPS el individuo juega un rol crítico en determinar su propio estado de salud, debido a que muchas decisiones personales son hechas diariamente, las cuales van a afectar su estado de salud. Cuando una embarazada elige participar en CPN en forma precoz representa una instancia de promoción de salud, porque en ausencia de enfermedad la mujer realiza acciones para promover no sólo su bienestar, sino también el de su hijo.

En este estudio de los nueve conceptos que el MPS propone, se eligieron seis de ellos para ser verificados por considerarse congruentes con el fenómeno del inicio del CPN. Chinn y Kramer (1995) recomiendan que un estudio de investigación no deben ponerse a prueba todos los conceptos de una teoría, al contrario, es mejor seleccionar los que tengan relación y que puedan explicar mejor el fenómeno en estudio. A través de la estructura conceptual teórica empírica los conceptos son definidos desde su nivel más abstracto a un nivel más concreto a través de indicadores empíricos específicos para la conducta de inicio del CPN (Apéndice A).

Los conceptos y sus interrelaciones son descritos siguiendo la agrupación que el MPS propone, tal como experiencia y características individuales, cogniciones y afecto específicos de la conducta y conducta resultado.

### *Experiencia y Características Individuales*

El MPS (Pender et al., 2002) propone que “cada individuo tiene experiencias del pasado y características personales únicas que influirán en conductas posteriores” (p. 68). Estas experiencias y características pueden actuar como promotoras u obstáculos para realizar la conducta deseada.

#### *Experiencia previa relacionada.*

Según el MPS “la experiencia que adquiere una persona con la conducta en el pasado puede tener un efecto directo o indirecto sobre la probabilidad de realizar la conducta promotora de salud” (p. 68). El efecto directo estaría dado por la formación de hábitos, que predisponen al individuo a realizar la conducta en forma automática, asignando poca atención a las consecuencias de su ejecución. La experiencia previa puede tener una influencia indirecta en la conducta promotora de salud a través de los beneficios y barreras percibidas. Por un lado, si los beneficios son experimentados al inicio de la realización de la conducta, más probabilidad hay de que ésta se repita. Por otro lado, si se experimentan barreras éstas se almacenan en la memoria como obstáculos. Sólo cuando los obstáculos son superados, el individuo podrá comprometerse en realizar con éxito la conducta. Por esta razón, la experiencia previa relacionada se propone como modeladora de las cogniciones y afecto específicos de la conducta que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de comprometerse en una conducta específica de promoción en salud (Pender et al., 2002).

En este estudio la experiencia relacionada estuvo representada por la experiencia positiva o negativa de la mujer en un embarazo previo en caso de que sea múltipara e incluyó: experiencia de CPN y problemas en embarazos previos. En caso de ser

primigesta no se midió esta variable.

*Características personales.*

El MPS ofrece flexibilidad en la selección de las variables a ser medidas como características personales, de tal modo de capturar las variables que puedan ser altamente relevantes para una conducta de salud en particular o en una población objetivo. En el MPS las características individuales que afectarían la realización de la conducta promotora de salud serían los factores biológicos, psicológicos y socioculturales. El MPS propone que las características individuales pueden influir directamente la conducta de salud o indirectamente a través de la percepción de barreras y beneficios. Considerando que existen numerosas características individuales, sólo se incluyeron en este estudio aquellas que se consideraron, de acuerdo a la literatura, relevantes para explicar o predecir la conducta de inicio del CPN.

En la literatura revisada se pueden identificar las siguientes características: edad de la madre (Hulsey, 2001; Johnson et al., 2003); estado civil de la madre, nivel socioeconómico, nivel educacional, seguridad social, ocupación de la madre y número de personas viviendo con la embarazada (Bloom et al., 2004; Erci, 2003; Fuller & Gallagher, 1999; Johnson et al.; Hulsey).

Según Pender et al. (2002) mencionan que estas características “pueden influir las cogniciones y afecto de la conducta y la propia conducta de salud, sin embargo, algunas de estas variables son difíciles de cambiar por lo que no deben incorporarse en caso de intervenciones de enfermería” (p. 69), pero en este estudio sirvieron para identificar las características sociodemográficas del grupo con mayor riesgo de iniciar el CPN en forma tardía. Las características individuales que se incluyeron en este estudio tanto para el grupo de primigestas como multíparas fueron: edad de la madre, estado civil, vive con la pareja, ingresos mensuales, nivel educacional, ocupación de la madre y número de personas viviendo con la embarazada.

### *Cogniciones y Afecto Específicos de la Conducta*

Las cogniciones y afecto específicos de la conducta dentro del MPS son conceptos considerados de gran significancia motivacional. Como variables constituyen el núcleo crítico para una futura intervención, ya que son sujetas a modificación a través de las acciones de enfermería. En este estudio se usaron cuatro de los conceptos del MPS que componen este nivel: beneficios percibidos a la acción, barreras percibidas a la acción, influencia interpersonales e influencia situacionales.

#### *Beneficios percibidos para la acción.*

El MPS (Pender et al., 2002) propone que la anticipación de beneficios a una acción son “representaciones mentales de las consecuencias positivas que traerá la realización de la conducta” (p. 70). Los beneficios percibidos son considerados motivadores directos de la conducta. La importancia motivacional de anticipar beneficios se basa en el conocimiento personal de los resultados en experiencias previas o a través de observaciones de acciones de otros individuos que realizaron la conducta. Los individuos “tienden a invertir tiempo y esfuerzo en actividades en las que tengan una gran probabilidad de conseguir resultados positivos” (p. 70) ya sea que se den en forma intrínseca o extrínseca. Los beneficios intrínsecos incluyen percepciones personales, en cambio los extrínsecos pueden incluir recompensas económicas o de tipo social que pueden ocurrir como resultado de realizar una acción. Los beneficios extrínsecos de una conducta pueden ser de alta importancia motivacional para el inicio de una conducta de salud, en cambio, los beneficios intrínsecos pueden ser más poderosos en motivar la continuidad de una conducta de salud.

Aun cuando en este estudio la conducta resultado es el inicio del CPN y por lo tanto los beneficios extrínsecos serían de mayor impacto en la conducta, estos no fueron medidos considerando que el Servicio de Salud de México no otorga recompensa especial a las embarazadas que inician temprano su CPN. Para este estudio los beneficios percibidos al CPN estuvieron representados por los beneficios intrínsecos y

fueron definidos como la percepción personal de consecuencias positivas que llevaron a la embarazada tanto primigesta como múltipara a iniciar su CPN, tales como: tener un niño sano, aprender sobre el cuidado de salud de su embarazo y prepararse para el parto.

*Barreras percibidas para la acción.*

Las barreras son “percepciones acerca de la no disponibilidad, inconveniencias, costos, dificultades, o tiempo requerido para realizar una acción en particular” (Pender et al., 2002, p. 70). Estas barreras según el MPS, pueden ser reales o imaginarias y son vistas como obstáculos y costos personales de emprender una acción dada. Las barreras usualmente despiertan motivos de evasión en relación a una conducta. Para este estudio las barreras percibidas del CPN estuvieron representadas por todo factor reportado por la embarazada que impidió o retrasó el inicio del CPN, tales como: problemas personales o familiares, desconocer donde acudir a CPN, dificultades con el proveedor de salud, problemas económicos, dificultad con las citas, problemas de vivienda y antecedentes de consumo de cigarrillo, alcohol o droga.

*Influencias interpersonales.*

Las influencias interpersonales son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actitudes de otros. Las fuentes principales de influencia interpersonal en la conducta promotora de salud son los familiares, los amigos y los proveedores de salud que afectan la conducta a través de las presiones sociales o estímulos para realizar la acción. Según el MPS “los individuos difieren en su sensibilidad a los deseos, ejemplos y elogios de los demás. Para que las influencias interpersonales tengan un efecto, los individuos deben prestar atención a las conductas, deseos y contribuciones de otros” (p. 72).

En la promoción de conductas de salud es importante entender el contexto social en el cual el individuo vive y se desenvuelve. En las interrelaciones humanas tanto los individuos como los grupos dan y reciben apoyo social, el cual se ha definido como un “proceso interactivo recíproco que presta ayuda, asistencia, motivación e información”

(Pender et al., 2002, p. 283). El MPS propone que “familiares, amistades y proveedores de salud son importantes fuentes de influencias interpersonales que pueden incrementar o decrecer la realización de una conducta de salud” (p. 64). Basado en esta proposición, la influencia que obtenga la mujer embarazada por parte de la familia, amistades y el personal de salud influiría en la conducta de inicio del CPN.

Para este estudio las influencias interpersonales del inicio del CPN estuvieron representadas por el apoyo proporcionado tanto por la familia (madre, hermana, otros), pareja, pares (amigos, vecinos, compañeros de trabajo) y personal de salud (médico, enfermera y trabajador social) a través de estímulos instrumentales tales como: motivar a asistir a CPN, ayuda en el transporte, acompañar a la cita, cuidados de otros hijos, información acerca del CPN y ayuda en el pago de la consulta de CPN.

#### *Influencias situacionales.*

Pender et al. (2002) mencionan que “las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto pueden facilitar o impedir la conducta promotora de salud” (p. 72). Según el MPS los individuos son incitados a desempeñarse y se desempeñan más competentemente en situaciones o contextos ambientales en los cuales se sienten identificados en lugar de aislados, seguros y tranquilos en lugar de inseguros o amenazados. Las circunstancias y situaciones pueden afectar directamente la conducta presentando un medio ambiente “cargado” de señales que motivan o desmotiven la acción.

La literatura menciona dos situaciones que han sido reportadas por su alto impacto en desmotivar el inicio precoz del CPN y son: el embarazo no planeado (Cook et al., 1999; Delgado-Rodríguez, Gómez-Olmedo, Bueno-Cavadilla & Gálvez-Vargas, 1997; Erci, 2003; Johnson et al., 2003; Roberts et al., 1998; Tyson, Higgins & Tyson, 1999) y disfunción familiar o violencia interpersonal (El-Mohandes et al., 2003; Huth-Bocks, Levendosky & Bogat, 2002; McFarlene, Parker & Soeken, 1996; Tyson et al.).

Cuando una mujer tiene un embarazo no planeado puede manifestar una serie de



conductas de negación hacia éste, las cuales afectan el proceso de decisión de iniciar el CPN en forma precoz. Estas conductas de negación son consideradas la forma en que la mujer afronta la situación estresante del medio exterior, esto significa que si el contexto situacional cambiara, posiblemente la actitud hacia el embarazo también cambiaría (Mize, 1999). Los hallazgos claramente sugieren que el ambiente psicosocial en que vive la mujer que rechaza su embarazo es causado por problemas en su ambiente exterior (Bouchard, 2005). En este estudio la influencia situacional se representó por la actitud negativa hacia el embarazo como: rechazar necesidad de CPN, estar pensando en abortar, no estar feliz de estar embarazada, ocultar el embarazo, entre otros.

La historia de violencia reportada por la embarazada fue la segunda situación que se consideró como influencia situacional y se definió como: cualquier acto de violencia tanto psicológica, física o sexual referida por la mujer, ya sea en el pasado o en la actualidad.

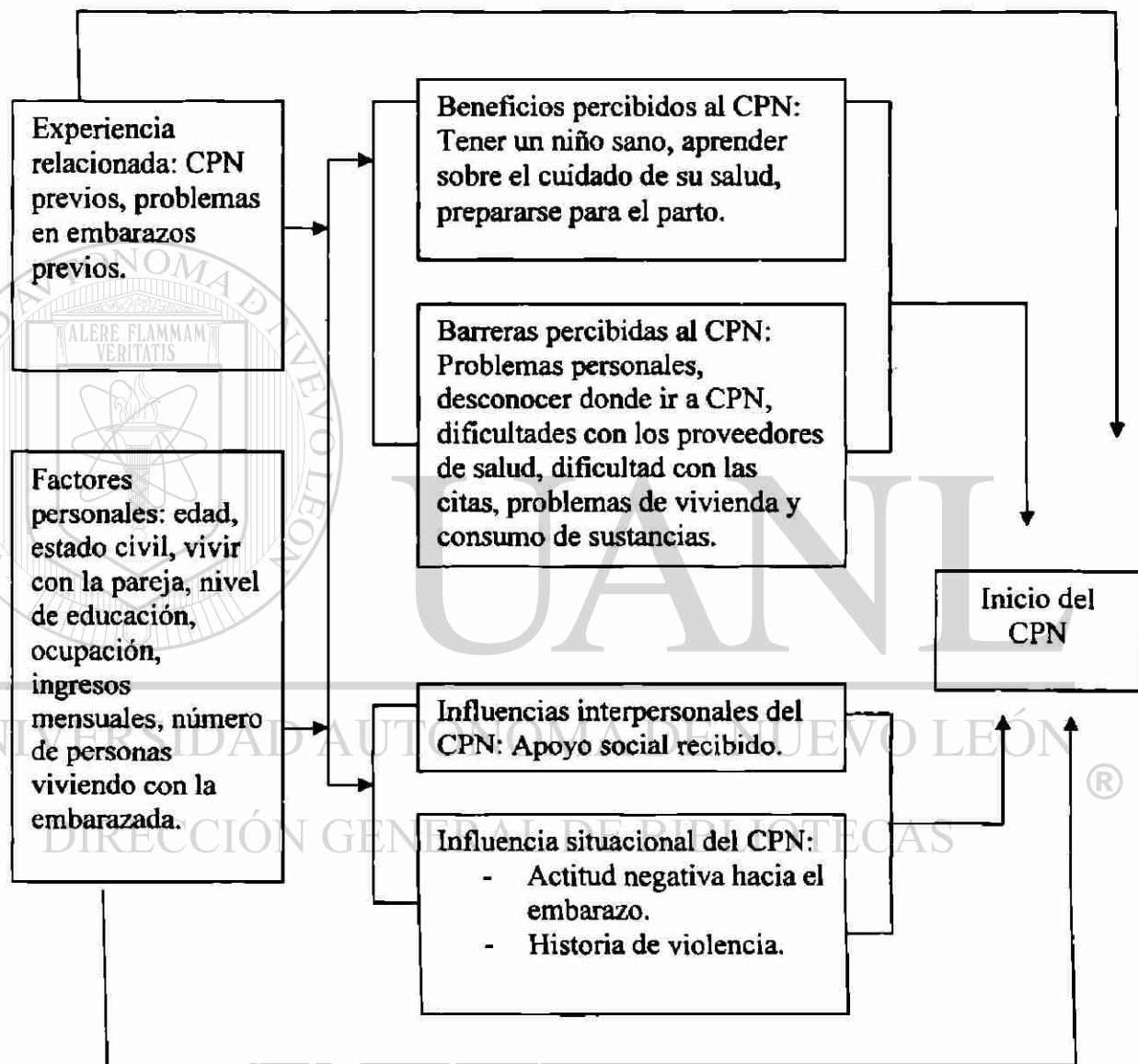
#### *Conducta Promotora de Salud*

En el MPS la conducta promotora de salud es el punto final y debe ser la conducta que busque un resultado positivo de salud para la persona. En este estudio se propuso como conducta promotora de salud el inicio del CPN y correspondió a las semanas de gestación en que la embarazada asistió por primera vez a la consulta. En la figura 1 se muestra el modelo inicial que se propuso en este estudio para las embarazadas con el flujo de las interrelaciones hipotéticas de tipo directo e indirecto de los seis conceptos del MPS y la variable respuesta. Cada una de las relaciones propuestas se llevó a verificación empírica con el fin de generar la teoría de rango medio de los factores predictivos del inicio del CPN en embarazadas del Área Metropolitana de Monterrey, México.

Experiencia y  
características  
individuales

Cogniciones y afecto  
específicos de la conducta

Conducta  
resultado



*Figura 1.* Modelo inicial propuesto de factores predictivos del inicio del control prenatal en embarazadas del Área Metropolitana de Monterrey, México. Adaptado del MPS (Pender et al., 2002).



### *Estudios Relacionados*

A continuación se muestra la revisión de la literatura relevante publicada a nivel internacional y en México relacionada al fenómeno en estudio. Se realizó una revisión de reportes de tesis que han utilizado el modelo teórico de Pender et al. (2002) para investigar conductas relacionadas con el CPN, además, se revisaron investigaciones que reportan algunas variables aisladas como factores determinantes para el inicio temprano versus inicio tardío del CPN en diferentes poblaciones. Finalmente, se presenta una síntesis de las barreras y beneficios hasta ahora descritos en la literatura y que afectan la conducta de inicio del CPN.

El MPS de Pender ha sido utilizado para explicar la utilización de CPN en mujeres de Jordania a través de los conceptos estado de salud percibido, definición de salud, beneficios percibidos, barreras percibidas, autoeficacia percibida, afecto de actividades relacionadas y algunas características demográficas. Se utilizó un diseño descriptivo correlacional ex post facto, en una muestra probabilística de 124 mujeres casadas, con embarazos no patológicos, que tuvieron un bebé vivo, con edades de 18 a

45 años y que tuvieron su parto en dos hospitales públicos de Jordania. La entrevista se realizó en el período de posparto; usaron cuatro instrumentos, de los cuales reportan alphas por encima de .70 y dos preguntas.

La variable dependiente fue “utilización del CPN” y se calculó según las semanas en que la embarazada ingresó a CPN y el número total de visitas que tuvo durante su control, dividiéndose el grupo en adecuado e inadecuado CPN. Del total del grupo 53.2% recibió CPN adecuado y 46.8% fue inadecuado. Las variables sociodemográficas de edad, educación, nivel socioeconómico y paridad, influyeron sobre la percepción de barreras y el afecto de actividades relacionadas; el estado de salud, la definición de salud, los beneficios percibidos y la autoeficacia percibida no fueron influidos por las variables sociodemográficas.

El procedimiento de análisis de regresión logística escalonada mostró que las barreras percibidas y estatus de salud percibido fueron predictores de la utilización del CPN. El modelo final fue significativo ( $X^2 = 10.96, p = .004$ ) con una clasificación correcta de 66%. Las mujeres que percibían más barreras al CPN tenían menos probabilidad de utilizar un CPN en forma adecuada en comparación con las que percibían pocas barreras (Razón de Momios [RM] = .96,  $p < .05$ ). Por el contrario, mujeres que percibían su estado de salud como excelente o bueno tenían mayor probabilidad de utilizar un CPN adecuado en comparación con aquellas que percibían su estado de salud como pobre (RM = 1.81,  $p < .05$ ). Las variables que no explicaron el modelo de predicción fueron beneficios percibidos, definición de salud, autoeficacia percibida y afecto de actividades relacionadas (Al-Obeisat, 1999).

Otro estudio que usó el MPS investigó la relación entre factores personales, beneficios percibidos, barreras percibidas, autoeficacia percibida, apoyo social y utilización del CPN en mujeres de Tailandia. Se utilizó un diseño descriptivo correlacional ex post facto, con una muestra intencional de 110 puérperas de cuatro hospitales públicos. Se usaron cuatro instrumentos validados que reportan alphas de Cronbach superior a .75. En este estudio la variable resultado "utilización del CPN" fue definida como número total de visitas de CPN realizadas por la mujer durante su embarazo. El procedimiento de análisis de regresión múltiple escalonada indicó un coeficiente de determinación de 22%, es decir, este porcentaje de la varianza de la frecuencia del CPN puede ser explicada a través de la combinación lineal de las variables beneficios percibidos, autoeficacia percibida, edad y paridad. Los resultados sugieren que dentro del grupo de estudio las mujeres con más edad, con menor número de embarazos, que percibieron más beneficios y que poseían alta autoeficacia tenían más frecuencias de visitas prenatales. Las variables de educación, ingresos mensuales, barreras percibidas y apoyo social no fueron significativas ( $p > .05$ ) (Cananub, 2005).

A través del MPS se examinó la relación entre experiencia en embarazos previos,

variables demográficas, factores situacionales, apoyo social, barreras y beneficios percibidos al CPN y tiempo de inicio del CPN, en una muestra por conveniencia de 150 embarazadas en Reno, Nevada, EE.UU. Se usaron dos instrumentos validados que reportan alphas de Cronbach superior a .70. Los factores situacionales fueron representados por embarazo planeado y vivir con la pareja. El análisis de regresión múltiple determinó que el embarazo planeado ( $p = .03$ ) y la percepción de barreras ( $p < .001$ ) predicen el inicio del CPN. Las mujeres que planearon su embarazo iniciaron más temprano el CPN; las mujeres que percibieron más barreras iniciaron más tarde el CPN. En este estudio las variables edad, educación, ingresos mensuales, vivir con la pareja, la experiencia previa de CPN, el apoyo social y los beneficios percibidos al CPN no contribuyeron en el modelo de predicción del inicio del CPN (McKeon, 1997).

Roberts et al. (1998) condujeron un estudio en una muestra intencional de 813 embarazadas de clase media de Minnesota, EE.UU., con el objetivo de describir barreras percibidas y factores asociados al inicio tardío del CPN. En la primera visita de CPN las embarazadas completaron un cuestionario autoadministrado diseñado por los autores y que fue puesto a prueba a través de un estudio piloto pero no se reporta alpha de

Cronbach. El modelo de regresión logística mostró que las embarazadas multiparas ( $RM = 3.9$ , 95% intervalo de confianza  $[IC] = 2.5-14.6$ ) y aquellas que tenían 35 años o más ( $RM = 2.9$ , 95%  $IC = 1.2-6.8$ ), percibían el inicio del CPN como menos importante en comparación con las mujeres sin embarazos anteriores y de menor edad.

Un estudio transversal fue conducido por Cook et al. (1999) para determinar las barreras psicosociales para el acceso al CPN en una muestra por conveniencia de 115 embarazadas de bajo nivel socioeconómico y que tenían acceso gratuito a CPN. Los autores aplicaron un cuestionario diseñado por ellos mismos de 24 reactivos que medían barreras sociales, ambientales y psicosociales a un grupo de mujeres hospitalizadas en la unidad de post parto de un centro de salud urbano de los EE.UU.; no se reportó coeficiente de confiabilidad del instrumento. Para valorar el CPN se usó el "Índice de

utilización del CPN adecuado”, dividiéndose el grupo en CPN adecuado e inadecuado. Cuatro barreras fueron asociadas a mayor probabilidad de recibir inadecuado CPN: sentirse cansada ( $RM = 1.6$ ,  $95\% IC = 1.12 - 7.67$ ); problemas personales ( $RM = 3.6$ ,  $95\% IC = 1.49 - 14.37$ ); querer ocultar su embarazo ( $RM = 4.7$ ,  $95\% IC = 1.82 - 124.9$ ); y falta de ayuda para llegar a la clínica ( $RM = 2.8$ ,  $95\% IC = 1.27 - 31.93$ ). Este estudio mostró que aun cuando las embarazadas contaban con acceso a CPN gratis, las barreras psicosociales y ambientales experimentadas retrasaron significativamente el inicio del CPN.

Jonhson et al. (2003) realizaron un estudio en una muestra intencional de 303 embarazadas afroamericanas de nivel socioeconómico bajo, que tenían acceso gratuito a CPN de Washington DC, EE.UU. En su primera visita a CPN las embarazadas respondieron una entrevista estructurada utilizando un cuestionario diseñado por los autores. No se informa coeficiente de confiabilidad del instrumento. Los investigadores reportan que la actitud negativa hacia el embarazo disminuyó la probabilidad de inicio temprano del CPN, entre esas: embarazo no deseado ( $RM = .49$ ,  $95\% IC = .29 - .82$ ), estar considerando el aborto ( $RM = .38$ ,  $95\% IC = .22 - .66$ ), sentirse infeliz por el embarazo ( $RM = .34$ ,  $95\% IC = .19 - .62$ ) y negar la necesidad de requerir CPN ( $RM = .39$ ,  $95\% IC = .15 - 1.00$ ).

Los factores psicosociales que disminuyeron la probabilidad de tener un CPN temprano fueron: sentirse bajo estrés ( $RM = .43$ ,  $95\% IC = .24 - .77$ ), sentirse deprimida ( $RM = .37$ ,  $95\% IC = .20 - .68$ ), tener problemas personales ( $RM = .31$ ,  $95\% IC = .16 - .60$ ), no estar pensando en el embarazo ( $RM = .41$ ,  $95\% IC = .21 - .83$ ), no sentirse bien acerca de ella misma ( $RM = .36$ ,  $95\% IC = .15 - .82$ ) y problemas familiares ( $RM = .41$ ,  $95\% IC = .18 - .93$ ). Dos barreras de tipo económicas se asociaron a menor probabilidad de inicio temprano: no tener seguridad social ( $RM = .49$ ,  $95\% IC = .28 - .86$ ) y no tener dinero para pagar el CPN ( $RM = .49$ ,  $95\% IC = .27 - .90$ ). La consideración del aborto fue el factor más importante que influyó el inicio del CPN

temprano. Entre las mujeres que no consideraron el aborto, el 75.1% inició el CPN temprano, en cambio de las que si lo consideraron sólo 53.3% inició en forma temprana el CPN ( $p < .05$ ). Finalmente, los autores concluyeron que las barreras psicosociales tales como actitud negativa hacia el embarazo y problemas personales son de mayor importancia que las barreras estructurales.

Este estudio identificó dos motivadores relacionados al inicio del CPN temprano: el incentivo por parte de familiares a ingresar a CPN ( $RM = .56$ , 95%  $IC = .32 - .96$ ) y el apoyo de la familia o amigos en el cuidado de otros niños en horas de visita a la clínica ( $RM = .53$ , 95%  $IC = .29 - .98$ ) (Jonhson et al., 2003).

El número de hijos y su influencia en el CPN fue investigado por Bloom et al. (2004) quienes a través de un diseño descriptivo estudiaron la percepción de barreras al CPN en una muestra intencional de 47 mujeres embarazadas o que habían tenido su hijo durante los últimos 6 meses en el Noreste de Florida, EE.UU. Ellos usaron un instrumento validado y reportan coeficiente de confiabilidad por subescala mayor a .70 a excepción de la subescala de dificultades con .67. Del total de la muestra, 75.61%

percibieron barreras para el inicio del CPN, observándose que existía una asociación entre el número de hijos que vivían con la mujer y la percepción de barreras que dificultan el acceso al CPN ( $r = .58$ ,  $p = .01$ ); y entre número de hijos y dificultad de asistir al CPN ( $r = .46$ ,  $p = .04$ ). Los autores reportan que las mujeres manifestaron que la mayor barrera era no tener quien cuidara los niños durante la cita al CPN.

Otro predictor del inicio tardío del CPN es la violencia doméstica y la disfunción familiar. McFarlane et al. (1996) reportaron que mujeres de EE.UU. que sufrieron de abuso tuvieron el doble de probabilidad de iniciar el CPN durante el tercer trimestre del embarazo. Otro estudio (Tyson et al., 1999) buscó sustentar la hipótesis que “en sistemas de salud con escasas barreras externas, las mujeres que no asisten a CPN tienen alto índice de disfunción familiar en comparación con las que si asisten a CPN” (p.111). Para este estudio se incluyeron todos los partos ( $n = 2213$ ) ocurridos durante enero de 1980 a

diciembre de 1985 en Santa Fe, Nuevo México, EE.UU. La disfunción familiar fue más frecuente en familias de mujeres sin CPN que en las familias de mujeres con CPN (57% y 12% respectivamente,  $RM = 14$ , 95%  $IC = 4.7- 41.6$ ). El abuso físico a la madre también se asoció a embarazo sin CPN ( $RM = 5$ , 95%  $IC = 1.3-19.6$ ) junto con el consumo de alcohol en la familia ( $RM = 4.5$ , 95%  $IC = 1.1 - 18.2$ ).

En México se reporta que el 24.5% de las embarazadas sufren algún tipo de violencia durante su embarazo, pero no se reporta su relación con el inicio del CPN (Castro, Peek-Asa & Ruiz, 2003). Valdez-Santiago y Sanín-Aguirre (1996), determinaron la prevalencia de violencia doméstica durante el embarazo en una muestra de 110 embarazadas de Morelos, México, reportando que la falta de CPN fue mayor en el grupo de embarazadas con violencia doméstica (59%) respecto al grupo de embarazadas sin violencia doméstica (33%).

Finalmente, el consumo de sustancias ilícitas durante el embarazo como alcohol y drogas se ha reportado como barrera para el inicio del CPN. Un estudio cualitativo (Jessup, Humphreys, Brindis & Lee, 2003) realizado en California EE.UU., informó que la mayoría de las mujeres embarazadas pensó en el CPN pero tuvo temor de acciones de represalia por parte de las instituciones de salud y de los proveedores de salud, lo que generó que no asistieran en forma temprana a CPN. El-Mohandes et al. (2003) realizaron un análisis prospectivo incluyendo 6673 mujeres residentes de Washington, DC, EE.UU., que tuvieron su parto en cuatro hospitales de la ciudad. Los datos sobre la madre, inicio del CPN, número de CPN, historia de uso de drogas y resultado del test de toxicología en orina se obtuvieron de la ficha clínica, siendo la madre entrevistada sólo en los casos en que faltaba algún dato. El uso de drogas ilícitas fue 4.2% en mujeres con CPN adecuado, 26.2% en mujeres con CPN inadecuado y 55.2% en mujeres sin CPN ( $p < .001$ ).

Los motivadores para un inicio temprano del CPN han sido escasamente reportados en la literatura. Un estudio conducido por Erci (2003) con el objetivo de



identificar barreras en la utilización del servicio de CPN en una muestra por conveniencia de 446 mujeres de Turquía hospitalizadas en el área de posparto, reporta que el apoyo familiar ( $p = .009$ ), tener empleo ( $p = .002$ ) y un embarazo deseado ( $p = .005$ ) se asociaron como motivadores del inicio del CPN temprano.

En México, Martínez-González, Reyes-Frausto y García-Peña (1996) realizaron un estudio en una muestra por conveniencia de 394 mujeres derechohabientes de 12 a 49 años de edad, que cursaban un embarazo de 28 a 42 semanas y que estaban en el área de hospitalización o de alta en un hospital del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) en el Distrito Federal, México. Los autores se enfocaron en variables de tipo demográficas, económicas y de acceso al CPN. Del total del grupo estudiado, 99.2% asistió a consulta prenatal, de las cuales 75% inició el CPN en el primer trimestre del embarazo y 25% lo hizo en el segundo o tercer trimestre. Interesante es mencionar que 96.7% de las participantes mencionaron que sabían que debían iniciar el CPN en el primer trimestre, pero de éstas sólo 74.1% lo hizo así. Los autores reportan que las mujeres con escolaridad de preparatoria o más tuvieron 1.3 veces más probabilidad de utilizar los servicios de CPN en forma adecuada ( $p = .01$ ), en comparación con las que sólo habían estudiado la primaria; las que trabajaban fuera del hogar tuvieron 1.15 veces más probabilidad ( $p = .001$ ) que las que no lo hacían; las que tenían ingresos familiares superiores a dos salarios mínimos tuvieron 1.06 veces más probabilidad ( $p = .01$ ) comparadas con la de ingresos inferiores; las mujeres que vivían en familias de una a cinco personas tenían .8 veces más probabilidad ( $p = .02$ ) que las que vivían con un número mayor de integrantes; y las mujeres que se tardaban menos de 30 minutos en trasladarse a su CPN tuvieron una probabilidad .8 veces más de utilizar los servicios en forma adecuada ( $p = .04$ ), comparadas con las mujeres que tardaban 30 minutos o más.

Frank et al. (2004) condujeron un estudio en un grupo seleccionado por conveniencia de 565 mujeres de posparto de ocho hospitales de la Secretaría de Salud, ubicados en los estados de Jalisco y Michoacán, México. Aunque el objetivo principal

de los autores fue identificar factores relacionados con el bajo peso de nacimiento, algunos resultados relacionados a variables sociodemográficas son útiles de mencionar. Se reporta que 63.3% del grupo inició su CPN durante el primer trimestre del embarazo, 24.5% lo hizo en el segundo o tercer trimestre y 12.2% no tuvo CPN. Al examinar las variables sociodemográficas y socioeconómicas como determinantes de la utilización del CPN, las mujeres jóvenes ( $RM = .39$ , 95%  $IC = .16 - .99$ ), sin pareja ( $RM = .28$ , 95%  $IC = .10 - .82$ ) y viviendo en áreas urbanas ( $RM = .34$ , 95%  $IC = .15 - .76$ ) presentaron una disminución en la probabilidad de utilización del CPN; en cambio las mujeres con edad mayor de 35 años ( $RM = 9.5$ , 95%  $IC = 3.38 - 26.6$ ), que cursaban su primer embarazo ( $RM = 3.01$ , 95%  $IC = 1.02 - 8.83$ ) y que trabajaban fuera de casa durante su embarazo ( $RM = 2.51$ , 95%  $IC = 1.07 - 5.93$ ) presentaron un aumento en la utilización del CPN.

A través de un enfoque cualitativo Sword (2003), estudió una población en Canadá, donde existe un sistema universal de seguridad social que proporciona acceso a control prenatal a todas las mujeres. Aun así, muchas mujeres de escasos recursos inician su control en forma tardía. El autor describe que la experiencia de la mujer embarazada con el proveedor de salud puede actuar como incentivo o barrera del CPN dependiendo de la credibilidad, la actitud, el estilo de interacción, conductas de poder y capacidad de relacionarse del proveedor de salud. Este autor provee una explicación teórica recalcando que la decisión de la mujer de iniciar su CPN se basa en la evaluación de pros y contras, tomando finalmente lo más conveniente en términos de que es más valioso para ella.

### *Síntesis*

Los estudios revisados reflejan un interés internacional por la problemática del CPN. El MPS de Pender et al. (2003) ha sido ampliamente usado para la explicación de conductas relacionadas con el CPN. Los autores han puesto a prueba varios conceptos



del modelo: experiencia previa, beneficios percibidos, barreras percibidas, estatus de salud, definición de salud, afecto de actividades relacionadas, autoeficacia percibida, influencia situacional (embarazo planeado), apoyo social y características sociodemográficas como edad, ingresos mensuales, nivel de educación y paridad (Al-Obeisat, 1999; Cananub, 2005; McKeon, 1997).

Los resultados de los estudios han sido contradictorios posiblemente por el uso de diferentes instrumentos. Otra causa, puede deberse a que la variable dependiente varía según el estudio; mientras uno usó un cálculo entre número de visitas a CPN y tiempo de inicio del CPN (utilización del CPN) (Al-Obeisat, 1999); otro midió el número de visitas de CPN (Cananub, 2005); y otro usó tiempo de inicio del CPN (McKeon, 1997).

Aun cuando algunos conceptos del MPS han sido verificados, la varianza explicada no ha superado el 26%. Los beneficios percibidos fueron significativos sólo en el estudio de Cananub; barreras percibidas fue estadísticamente significativa en dos estudios (Al-Obeisat; McKeon); el estado de salud fue significativo en uno (Al-Obeisat); y autoeficacia en uno (Cananub) de los dos que la midieron. El resto de los conceptos no explicaron la conducta de CPN.

Otros estudios han reportado las siguientes barreras como predictores del inicio tardío del CPN: problemas personales y actitud negativa hacia el embarazo y el CPN (Cook et al., 1999; Jonhson et al., 2003); problemas de transporte (Cook et al.), tiempo de esperas prolongados, edad menor de 24 y mayores de 35 (Frank et al., 2003; Roberts et al., 1998); número de hijos (Bloom et al, 2004); violencia interpersonal y disfunción familiar (McFarlane et al., 1996; Tyson et al, 1999; Valdez-Santiago & Sanin-Aguirre, 1996); y uso de sustancias ilícitas (El-Mohandes et al, 2003; Jessup et al, 2003).

Los motivadores del CPN han sido documentados en menor grado, debido a que los autores parecen estar más interesados en identificar los obstáculos de la conducta como una forma de promover posteriores estudios de intervención en los grupos de

riesgo. Dentro de los motivadores del inicio oportuno del CPN que se mencionan como relevantes: percepción de beneficios para el bebe, embarazo deseado, tener entre 24 y 35 años, contar con apoyo familiar tanto de tipo estructural como emocional (Erci, 2003; Jonhson et al., 2003).

En México se han realizado escasos estudios en relación al tema del CPN y se han enfocado a la utilización del CPN y no al inicio de éste. Los factores estudiados predominantemente han sido los sociodemográficos y se han asociado a mejor utilización del CPN los siguientes: escolaridad, trabajar fuera de casa, ingreso superior a \$4000 mexicanos, vivir en familia no mayor de cinco personas (Martínez-González et al., 1996), mayor a 35 años y ser primípara (Frank et al., 2004). Se observó una falta de literatura científica en relación a las barreras psicosociales en la población de México y no se puede aseverar que las características reportadas por los autores que estudiaron esta conducta en otras poblaciones del mundo puedan presentarse en el Área Metropolitana de Monterrey, México, en especial por que las características culturales, contextuales y opciones de ingreso a CPN varían enormemente entre estas poblaciones.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

*Proposiciones*



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Basado en la revisión de la literatura relacionada, las siguientes fueron las proposiciones que se adaptaron del MPS (Pender et al., 2002, p. 63-64) y guiaron este estudio:

1. La experiencia previa y las características individuales del individuo influyen en los afectos y resultados de la conducta promotora de salud.
2. Las personas realizan una conducta que anticipan proporcionará beneficios personales deseables.
3. La percepción de barreras puede impedir que se realice una conducta promotora de salud.

4. Cuando sentimientos o afectos negativos están asociados con una conducta, la probabilidad de participar en la acción disminuye.
5. Familiares, pares y personal de salud son recursos importantes de influencia interpersonal que pueden aumentar o disminuir la participación en una conducta de promoción de salud.
6. Las influencias situacionales que vive la persona pueden aumentar o disminuir el que participe en una conducta de promoción de salud.

### *Hipótesis*

Basado en las proposiciones anteriores, las siguientes hipótesis fueron puestas a prueba en este estudio:

H1: La experiencia en embarazos previos y las características sociodemográficas influyen directamente sobre el inicio del CPN.

H2: Los beneficios y barreras percibidos al CPN son función de las características sociodemográficas de la embarazada y de la experiencia en embarazos previos.

H3: El apoyo social recibido, la actitud negativa hacia el embarazo y la historia de violencia son función de las características sociodemográficas que posee la embarazada.

H4: El inicio del CPN es función de los beneficios percibidos, las barreras percibidas, el apoyo social recibido, la actitud negativa hacia el embarazo y la historia de violencia de la embarazada.

## Capítulo II

### Metodología

Este capítulo aborda los aspectos metodológicos del presente estudio y hace mención del diseño y los procedimientos realizados para conducir la investigación. Se describe la población, tipo de muestreo y muestra con los criterios de inclusión de las participantes. Se brinda una explicación del proceso de selección, traducción y adaptación de los instrumentos que se usaron en este estudio. Se explica el procedimiento de recolección de datos describiendo como se abordó a las participantes para la obtención de la información y el tiempo requerido para este procedimiento. Finalmente, se describen las consideraciones éticas y el análisis estadístico.

#### *Diseño del Estudio*

El diseño fue de tipo descriptivo correlacional. El propósito de este tipo de estudio es “examinar las relaciones existentes en una situación específica” (Burns & Grove, 2001, p. 256). El uso de este diseño facilitó la identificación de múltiples interrelaciones entre las variables investigadas y permitió identificar los predictores del CPN. La predicción se desarrolla para examinar la relación causal entre variables independientes (VIs) y la variable dependiente (VD). La predicción “requiere el desarrollo de hipótesis basadas en teoría que propongan las variables que se espera que predigan en forma más efectiva la variable dependiente. Las hipótesis son puestas a prueba con análisis de regresión” (Burns & Grove, 2001, p. 257). En este estudio el inicio del CPN es la variable dependiente, y los factores explicativos del modelo que determinan el inicio del CPN constituyen las variables independientes.

### *Población, Muestreo y Muestra*

La población que participó en este estudio se compuso por mujeres embarazadas sin seguridad social. Se enfocó en mujeres que pertenecen a este grupo de población por ser “la población más vulnerable a desarrollar problemas de salud, la que usualmente experimenta peores resultados de salud y que posee escasos recursos para mejorar su condición” (Pender et al, 2002, p. 104)

El estudio fue planeado a realizar en la población de embarazadas que asistían a CPN a la Consulta de Obstetricia de un hospital de tercer nivel del Área Metropolitana de Monterrey, México. Este hospital tiene una Consulta de Obstetricia que acepta consultar a toda embarazada que desea ingresar a CPN, indiferente de la edad gestacional de su embarazo, lo que hizo accesible que la investigadora aplicara los cuestionarios en la primera visita de CPN o lo más cercana a esta consulta. Esto no ocurre en otros hospitales públicos de la ciudad, donde sólo se aceptan las embarazadas que son referidas de los Centros de Salud de Atención Primaria al final de su embarazo o que consultan espontáneamente, pero que estén en el tercer trimestre de gestación.

Se obtuvo un muestreo aleatorio sistemático con una amplitud de intervalo de una de dos de las embarazadas que cumplían los criterios de inclusión. El cálculo de la muestra se realizó a través del programa nQuery Advisor, versión 4 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 1997). La muestra se estimó para análisis de regresión logística,  $RM = 2.0$ ,  $R^2 = .3$ , con una potencia de .95 y nivel de significancia .05. El resultado arrojó una muestra de 253 participantes.

### *Criterios de Inclusión*

Los siguientes criterios fueron usados para la selección de la muestra: a) mujeres embarazadas que asistían a su primera consulta de CPN. Los criterios de inclusión se

verificaron al momento de invitar a la embarazada a participar en el estudio.

### *Instrumentos*

No se localizaron instrumentos validados con muestras de embarazadas en población Mexicana. Por este motivo, luego de un proceso de búsqueda de instrumentos usados en otros países, se seleccionaron y adaptaron dos cuestionarios utilizados en estudios previos en población de EE.UU. Los cuestionarios originales fueron proporcionados por sus autores.

Para iniciar la adaptación de estos cuestionarios a la población de México se realizaron las traducciones al Español de cada uno ellos. Para esto, se entregaron las versiones en Inglés a dos traductores intérpretes bilingües; ambos profesionales contaban con una amplia y reconocida experiencia en trabajos de traducción en ciencias de la salud. Terminada las traducciones, se realizó una revisión de los contenidos de los instrumentos por expertos. Para esto, un grupo de enfermeras expertas en cuidado prenatal más la investigadora principal realizaron una revisión de los contenidos de los instrumentos, revisaron si los cuestionarios incluían los elementos relevantes de los conceptos que se pretendían medir en el estudio y su congruencia con el marco teórico del MPS. Los instrumentos adaptados fueron el Barriers, Motivators and Facilitators of Prenatal Care Utilization (BMFPNC) (Jonhson et al., 2003) y el Women Abuse Screen (WAS) (Champion, 2001).

El Barriers, Motivators and Facilitators of Prenatal Care Utilization es un cuestionario que fue diseñado por Jonhson et al. (2003) para medir las determinantes del inicio tardío del embarazo en mujeres de Washington, DC. Para su diseño se requirió una cuidadosa revisión de literatura y reexaminación de instrumentos usados en estudios previos que midieron barreras, motivadores y facilitadores de la utilización del CPN. Los autores refieren que las preguntas fueron extraídas e incorporadas al cuestionario

quedando 63 reactivos con la siguiente distribución: a) 10 reactivos de motivadores; b) 10 reactivos de facilitadores del CPN; c) 14 reactivos de barreras del CPN; d) 15 reactivos que los autores llaman “creencias” y se relacionan con la actitud hacia el embarazo y el CPN; y e) 14 reactivos sobre estrés psicológico y problemas personales. Este cuestionario además, cuenta con otras secciones como: información sociodemográfica, historia reproductiva, información sobre el embarazo actual, información acerca del apoyo social recibido e información acerca de factores conductuales.

Se realizó una revisión minuciosa de cada reactivo para poder aglomerarlos por subescalas de acuerdo al MPS, tratando de mantener el orden original del cuestionario. El instrumento en Español se le llamó: Cuestionario de Beneficios y Barreras del CPN. La palabra facilitadores no se consideró debido a que estos reactivos fueron reubicados en las subescalas de beneficios y barreras. Se eliminaron 11 reactivos relacionados a problemas migratorios y características exclusivas del Servicio de Salud de EEUU.

La descripción del Cuestionario de Beneficios y Barreras del CPN (CBBCPN) y el orden que se dio a las subescalas es la siguiente: a) Subescala de Beneficios

Percibidos al CPN con seis reactivos que corresponden a beneficios personales;

b) Subescala de Barreras Percibidas al CPN con 20 reactivos que indagan sobre barreras de tipo personal y estructural para el acceso a CPN; y c) Subescala de Actitud hacia el

Embarazo con 11 reactivos relacionados con la actitud negativa sobre el embarazo y el CPN. El cuestionario además cuenta con una sección de información sociodemográfica que contiene 10 preguntas que indagan sobre aspectos sociodemográficos y económicos que corresponden a las variables de características personales del participante; una sección de la historia reproductiva que contiene 18 preguntas que indagan sobre antecedentes y experiencia en embarazos anteriores y que corresponde a la variable de experiencia previa; una sección de información del embarazo actual que contiene nueve preguntas que indagan sobre aspectos del embarazo actual; una sección de apoyo



recibido con siete reactivos que indagan sobre fuentes y tipo de apoyo; y la información sobre factores conductuales que contiene 11 preguntas que indagan sobre uso de alcohol, cigarrillo y drogas (Apéndice B).

El cuestionario se responde de manera dicotómica en términos de si = 1, o no = 0. En cada categoría o subescala se suman los reactivos y se obtiene el puntaje, que en el caso de beneficios percibidos al CPN oscila entre cero y seis puntos; barreras percibidas al CPN oscila de cero a 20 puntos; y actitud negativa hacia el embarazo oscila de cero a 11 puntos. A mayor puntaje obtenido, mayor presencia de la variable.

Para observar si los problemas en embarazos previos podían influir en la conducta de inicio del CPN se sumó el puntaje que correspondió a problemas en embarazos previos. El puntaje oscila entre cero y nueve; donde cero equivale a sin problemas y uno a nueve equivale a presencia de problemas en embarazos previos.

El apoyo social recibido incluyó seis de los siete reactivos que posee; uno de estos “consiguió ayuda con el cuidado de los niños” no se consideró ya que no todas las embarazadas multiparas tenían hijos vivos. El puntaje de apoyo recibido oscila entre cero y seis.

Los autores no reportan confiabilidad. Por contacto electrónico con el autor principal, informó que no se calculó el coeficiente de confiabilidad debido a que ellos utilizaron cada reactivo como una variable independiente.

El segundo instrumento que se utilizó es el Women Abuse Screen (Champion, 2001). Este instrumento originalmente fue diseñado como escrutinio para la experiencia de violencia doméstica de mujeres hispanas residentes en EE.UU. El proceso de traducción y adaptación fue similar al descrito para el instrumento anterior. Este instrumento mantuvo sus ocho reactivos y se agregó un reactivo que se consideró apropiado después de ponerlo a prueba en un estudio piloto y fue ¿le da miedo expresar lo que piensa por que se enojan con usted? El instrumento en Español se denominó Cuestionario de Abuso de la Mujer y posee nueve reactivos que indagan la historia de



violencia de tipo psicológica, física y sexual en la mujer con su pareja actual y con alguna otra persona, ya sea con anterioridad o en el presente (Apéndice C). Las respuestas son de tipo dicotómicas con sí = 1 o no = 0, y su puntaje oscila entre cero y nueve puntos. A mayor puntaje mayor historia de violencia.

### *Procedimiento de Recolección*

Las participantes fueron reclutadas en la Clínica de Obstetricia durante Septiembre del 2005 a Febrero del 2006. Cada día el investigador escribió una lista de las embarazadas que consultaban por primera vez según el orden de llegada y les asignó en forma correlativa un número del 1...k (lista numerada). A través de un procedimiento aleatorio fueron seleccionadas una de cada dos embarazadas de la lista numerada. Para iniciar la selección, se realizó al azar tirando una moneda al aire.

Las mujeres elegibles fueron llamadas a un cubículo privado asignado para la realización de la entrevista. Se les explicaba en detalle los objetivos del estudio e invitaba a participar voluntariamente. A las embarazadas que aceptaban ser entrevistadas se les leyó el consentimiento informado y se les pidió que lo firmaran. Todas las entrevistas fueron realizadas por la investigadora principal.

Las mujeres fueron entrevistadas para el llenado de los instrumentos en el siguiente orden: primero el Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal y segundo el Cuestionario de Abuso de la Mujer. Las preguntas fueron leídas por la entrevistadora y la participante daba la respuesta en voz alta; con lo cual la entrevistadora marcaba la elección en el cuestionario.

El tiempo promedio de realización de la entrevista fue de 29 (DE 6.3) minutos por participante. Una vez terminada la aplicación de los cuestionarios se le agradecía a la embarazada por su tiempo y colaboración.

### *Consideraciones Éticas*

El estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación estipulados en el Capítulo I de este reglamento (Secretaría de Salud, 1987). Antes de ser aplicados los instrumentos se obtuvo el dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y de la Comisión de Ética del hospital donde se realizó el levantamiento de datos (Apéndice D).

El consentimiento informado fue rigurosamente obtenido de las participantes como lo establece el artículo 21. Este consentimiento en su texto explica los siguientes puntos: a) objetivos del estudio; b) beneficios potenciales; c) aprobación de los Comités de Ética e Investigación; d) procedimiento y tiempo requerido; e) ofrecimiento de respuesta a las dudas; f) derecho a participar voluntariamente y retirarse si lo estima conveniente sin perjuicio a la atención de salud; y g) garantiza el anonimato y la confidencialidad de los datos (Apéndice E).

El consentimiento fue leído en voz alta y se entregó por escrito según lo estipula el artículo 14, fracción V (Secretaría de Salud, 1987). Tanto la investigadora como la participante firmaron el consentimiento informado antes de iniciar la entrevista; en los casos que la participante era una menor de edad, este consentimiento fue firmado por la investigadora, la participante y su representante legal como lo establece el artículo 34, excepto cuando se trató de mayores de 16 años emancipadas (Apéndice F).

Para asegurar la confidencialidad de la entrevista, ésta se realizó a puerta cerrada y en donde sólo estaba la investigadora y la embarazada. En cualquier momento que lo solicitara la participante podía suspenderse la entrevista, pero esta situación nunca se presentó. Para asegurar el anonimato de las participantes, en ningún momento se escribió el nombre de la embarazada en el cuestionario. Se le asignó un número al cuestionario en forma correlativa desde el uno al 253 para su ordenamiento. Los

cuestionarios fueron guardados rigurosamente bajo llave por la investigadora y fueron de acceso exclusivo de ella.

Esta investigación según el artículo 17, inciso I se consideró con riesgo mínimo por la aplicación del Cuestionario de Abuso de la Mujer que aborda preguntas de tipo sensitivo que podían ser conflictivas por la indagación de aspectos de la conducta de la embarazada y de quienes la rodean. Por este motivo, para asegurar que la embarazada pudiera expresarse con libertad, siempre la entrevista fue a puerta cerrada. El nosocomio donde se realizó el levantamiento de la información tiene un manejo de la violencia familiar que se ajusta a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar (Secretaría de Salud, 1999). Para asegurar un manejo adecuado de las embarazadas que manifestaron historia de violencia, a cada una se les informaba todas las opciones a las que podía recurrir, se entregaba asesoría y consejería y finalmente se ofrecía si voluntariamente deseaba informarlo a la trabajadora social de la institución, quien podía referirla a asesoría de tipo legal y/o psicológica. En los casos que la participante rechazó informarlo a la trabajadora social se respetó su decisión sin ejercer presión.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
*Análisis Estadístico*  
 DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

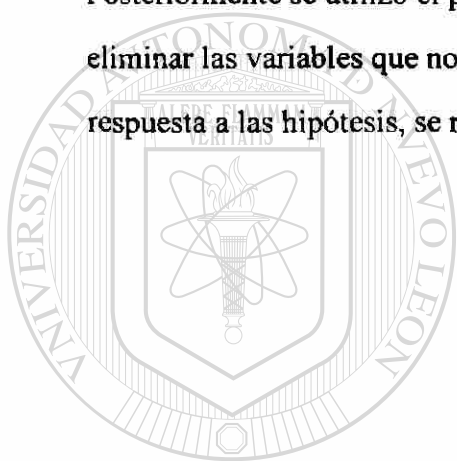
Los datos fueron procesados a través del paquete computacional SPSS, versión 10. Antes de realizar el análisis de los datos se determinó el Coeficiente Alpha de Cronbach y se llevó a cabo análisis de factores para obtener los componentes de cada una de las subescalas. Se obtuvieron índices para las subescalas de beneficios percibidos, barreras percibidas, actitud negativa hacia el embarazo e historia de violencia de la mujer. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial obteniéndose frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad. Se realizó prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov en las variables continuas para observar si

presentaban distribución normal y decidir estadístico a utilizar.

Se realizó correlación bivariada de Spearman para conocer la asociación entre las variables. Para poner a prueba las cuatro hipótesis propuestas se realizó regresión lineal múltiple. A través del procedimiento de eliminación de variables “Backward” se confirmaron las variables que más explican los modelos (Polit & Hungler, 2000).

Adicionalmente, usando regresión logística binaria se investigó la probabilidad de inicio tardío del CPN en el grupo de primigestas y en el grupo de múltiparas.

Posteriormente se utilizó el procedimiento de eliminación de variables “Backward” para eliminar las variables que no contribuyeron al modelo (Polit, 1996). Una vez que se dio respuesta a las hipótesis, se realizó análisis de residuales (Burns & Grove, 2001).



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



### Capítulo III

#### Resultados

En este apartado se describe el análisis de los instrumentos a través de coeficiente alpha y de análisis de factores, así como los resultados obtenidos después del análisis estadístico realizado para poner a prueba las cuatro hipótesis y encontrar los factores que influyen en la probabilidad de inicio tardío del CPN.

#### *Análisis de los Instrumentos*

El proceso de adaptación y validación de los instrumentos en población de México se completó a partir de los datos obtenidos de la muestra de 253 mujeres embarazadas mediante el coeficiente de confiabilidad y de análisis de factores con el objetivo de encontrar los componentes de cada una de las subescalas del Cuestionario de Beneficios y Barreras del CPN y del Cuestionario de Abuso de la Mujer. Se utilizó un mínimo de valores característicos (Eigenvalues) de 1.0 como criterio para los factores de cada subescala. Se recurrió al método de extracción con análisis de componentes y rotación Varimax con normalización de Kaiser; se utilizó supresión de valores absolutos inferiores a .40.

#### *Cuestionario de Beneficios y Barreras del CPN*

##### *Subescala de beneficios percibidos al CPN.*

Esta subescala originalmente tenía nueve reactivos de los cuales seis son de percepciones personales de beneficios al inicio del CPN y tres son facilitadores estructurales de su inicio del CPN. El análisis de confiabilidad obtuvo un alpha estandarizada de .58, pero se retiran tres de los reactivos que corresponde a los facilitadores estructurales obteniéndose un coeficiente estandarizado alpha de .70. Los

reactivos que se retiran son incorporados a las variables de uso de los servicios de salud.

Se realizó análisis de factores con los seis reactivos de percepción personal de beneficios al CPN, revelando un sólo componente en la matriz con una varianza explicada de 41.08%. No se realiza rotación por tener sólo un componente (tabla 1).

Tabla 1

*Ponderación del componente de la Subescala de beneficios percibidos*

Reactivo	Factor 1
Aprender hábitos de salud	.782
Aprender a proteger su salud	.716
Hablar acerca de su embarazo	.662
Tener un bebe sano.	.614
Temor a tener problemas	.578
Aprender acerca del parto	.437
Valores característicos (Eigenvalues)	2.46
% de Varianza explicada	41.08

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

*Subescala de barreras percibidas al CPN.*

Esta subescala tenía 25 reactivos originalmente y corresponden a percepciones de dificultad que tiene la embarazada para ir a CPN. El coeficiente estandarizado alpha fue de .65. Se decidió retirar cinco reactivos que correlacionaron muy bajo y que al observarlos correspondían a dificultades con el acceso a CPN por lo que son incorporados con las variables de uso de los servicios de CPN.

Con los 20 reactivos que corresponden a la nueva Subescala de barreras se obtuvo un alpha estandarizada .70. El análisis de factores reveló siete componentes en la matriz con una varianza explicada de 68.22%. El primer factor explicó 19.42%, el

segundo factor 11.50%, el tercero 10.45%, el cuarto 7.55%, el quinto 6.87%, el sexto 6.55% y el séptimo 5.86%. Se observa en la tabla 2 que el primer componente agrupa seis reactivos que corresponden a problemas propios o con algún miembro de la familia; el segundo agrupa cuatro reactivos que corresponden a dificultades con la cita de CPN; el tercero componente tiene dos reactivos que corresponden a desconocer donde asistir a CPN; el cuarto componente con dos reactivos que corresponde a relación con el proveedor de salud; el quinto con dos reactivos de problemas de comunicación; el sexto con dos reactivos de problemas económicos; y el séptimo con dos reactivos de problemas de vivienda.



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Tabla 2

*Ponderación de los componentes de la Subescala de barreras percibidas*

Reactivo	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	F 7
Sentirse deprimida	.859						
Sentirse estresada	.843						
Sentirse triste	.776						
Problema personal	.749						
Problema con su pareja	.741						
Problema familiar	.643						
Mucha espera para obtener cita		.871					
Horas de la clínica inadecuadas		.801					
No encontrar cita		.580					
Mucha espera antes de su atención		.563					
No saber donde obtener CPN			.923				
No conseguir ayuda para pagar el CPN			.901				
No le gusta el proveedor de salud				.884			
Miedo de exámenes médicos				.867			
No le gusta actitud del personal					.867		
Falta de comunicación con el personal					.840		
Falta de seguridad social						.851	
Falta de dinero para el CPN						.812	
No tener donde vivir.							.795
Cambio de casa.							.759
Valores característicos (Eigenvalues)	3.89	2.30	2.09	1.51	1.37	1.31	1.17
% de Varianza explicada acumulada	19.4	30.9	41.3	48.9	55.8	62.3	68.2

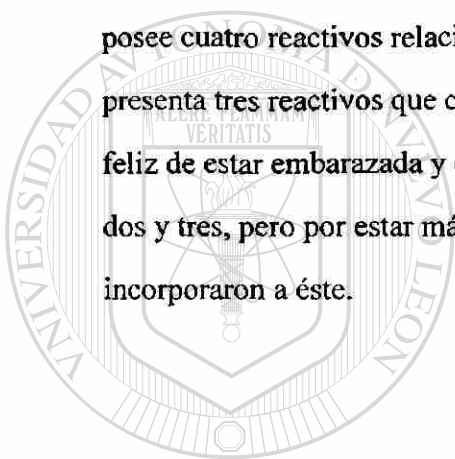
Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kayser. Rotación convergente en 6 iteraciones.



*Subescala de actitud negativa hacia el embarazo.*

Esta subescala contiene 11 reactivos que indagan sobre la actitud negativa acerca del embarazo y el CPN. El análisis de coeficiente de confiabilidad global obtuvo un alpha estandarizado .71.

El análisis de factores con los 11 reactivos reveló tres componentes en la matriz con una varianza explicada de 57.85%. El primer factor explicó 26.62%, el segundo factor 21.17% y el tercero 10.05%. Se observa en la tabla 3 que el primer componente agrupa cuatro reactivos que corresponden a actitud negativa acerca del CPN, el segundo posee cuatro reactivos relacionados a actitud negativa acerca del embarazo y el tercero presenta tres reactivos que corresponden a otros problemas. Dos reactivos (no estaba feliz de estar embarazada y el embarazo no fue planeado) cargaron en el componente dos y tres, pero por estar más fuertemente relacionados con el componente dos, se incorporaron a éste.



UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Tabla 3

*Ponderación de los componentes de la Subescala de actitud negativa hacia el embarazo*

Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor3
Pensar que no necesita CPN	.885		
Pensar que puede cuidarse sola	.834		
Preferir ir a emergencia	.729		
Preferir los consejos de familiares y amigos.	.650		
Estar pensando en abortar		.790	
No querer que la gente sepa del embarazo		.740	
No estar feliz por el embarazo		.629	.476
Embarazo no planeado		.468	.440
Estar ocupada con otras responsabilidades			.765
No estar pensando claro			.667
Acudir tarde a confirmar embarazo			.582
Valores característicos (Eigenvalues)	2.92	2.33	1.10
% de Varianza explicada acumulada	26.62	47.80	57.85

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación:

Varimax con normalización Kayser. Rotación convergente en 5 iteraciones.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

*Cuestionario de Abuso de la Mujer*

Este cuestionario contiene nueve reactivos que indagan sobre historia de violencia de tipo psicológica, física y sexual en el presente y en el pasado. El análisis de coeficiente de confiabilidad obtuvo un alpha estandarizada .85. El análisis de factores reveló tres componentes en la matriz con una varianza explicada de 77.77%. El primer factor explicó 49.23% de la varianza, el segundo factor 16.43% y el tercer factor 12.11%. Se observa en la tabla 4 que el primer componente agrupa tres reactivos que corresponden a violencia sexual, el segundo posee tres reactivos que corresponde a

violencia psicológica y el tercer componente con tres reactivos de violencia física. El reactivo “¿Alguien ha tratado de forzarla a hacer algo que no quería hacer, amenazando con lastimarla?” cargó tanto en el componente uno como en el dos pero se deja en el dos por relacionarse más con este componente; lo mismo ocurre con el reactivo “¿Alguien la ha puesto al suelo, dado puñetazos, pateado o tratado de estrangularla?” que cargó en el componente dos y tres, pero se deja en el tres por relacionarse más con este componente.

Tabla 4

*Ponderación de los componentes del Cuestionario de Abuso de la Mujer*

Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Tener sexo cuando usted no quería	.964		
Lastimarla deliberadamente durante el sexo	.950		
Hacerla sentir miedo de decir no al sexo	.950		
Tener temor de expresar lo que piensa	.438	.861	
Criticarla o reprimirla		.827	
Forzarla a hacer algo amenazando con lastimarla		.695	
Recibir cachetadas, puñetazos, pateado u otro golpe		.589	.427
Ser atacada con cuchillo, pistola u otra arma			.826
Recibir celos extremos, como si fuera su dueño			.722
Valores característicos (Eigenvalues)	4.43	1.47	1.09
% de Varianza explicada acumulada	49.23	65.66	77.77

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación:

Varimax con normalización Kayser. Rotación convergente en 5 iteraciones.

La tabla 5 resume la información de los cuestionarios incluyendo los coeficientes de confiabilidad por subescala. Se concluye que el análisis de factores sirvió para identificación de los componentes por subescala. Las subescalas obtuvieron coeficientes

de confiabilidad de .70 lo que es aceptable para nuevas escalas psicosociales, confirmándose que las mediciones mantienen una congruencia interna y una homogeneidad integrada de sus reactivos (Burns & Grove, 2001).

Tabla 5

*Puntajes por subescalas y alpha de Cronbach*

Subescala por cuestionario	Número de reactivos	Rango de puntajes	Alpha de Cronbach
Cuestionario de Beneficios y Barreras del CPN			
- Beneficios percibidos.	6	0 – 6	.70
- Barreras percibidas.	20	0 – 20	.70
- Actitud negativa hacia el embarazo.	11	0 – 11	.71
Cuestionario de Abuso de la Mujer.	9	0 – 9	.85

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

*Análisis de los Datos*

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

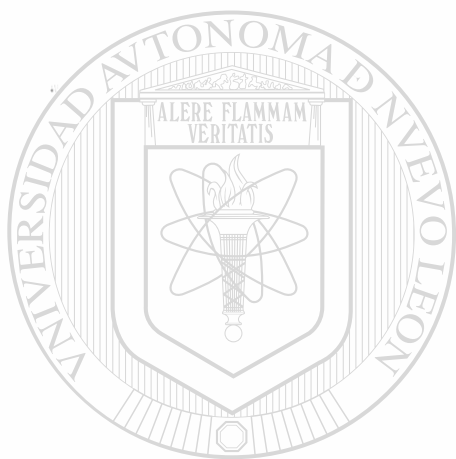
Para el análisis de los resultados se dividió el grupo de participantes por paridad.

El grupo de primigestas estuvo constituida por 103 (40.7%) embarazadas y el de múltiparas por 150 (59.3%) embarazadas.

#### *Características Sociodemográficas de las Participantes*

Dentro de las características de las embarazadas que muestra la tabla 6, se encuentra que la mayoría de las primigestas son menores de 20 años en cambio las múltiparas se ubican mayormente en el grupo de 20 a 29 años. En ambos grupos el porcentaje de solteras y casadas es casi idéntico, predominando levemente las solteras

dentro de las primigestas. La educación de secundaria terminada o más fue lo más representativo en ambos grupos; en general no trabajan fuera de casa, viven más con su pareja las multíparas, y en los hogares viven cinco o menos personas. Los ingresos menores a \$4000 pesos se presentaron más en las multíparas, lo que equivale a 2.8 veces al salario mínimo del Estado de Nuevo León (Comisión Nacional de Salarios Mínimos, 2006).



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Tabla 6

*Características sociodemográficas según paridad*

Característica	Primigesta	Múltipara
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Edad (años): - < 20	56 (54.4)	16 (10.7)
- 20 a 29	40 (38.8)	86 (57.3)
- 30 a 39	6 (5.8)	45 (30.0)
- ≥ 40	1 (1.0)	3 (2.0)
Estado civil: - Soltera	56 (54.4)	74 (49.3)
- Casada	47 (45.6)	76 (50.7)
Estudios: - Sin instrucción	--	3 (2.0)
- < Secundaria completa	20 (19.4)	49 (32.7)
- ≥ Secundaria completa	83 (80.6)	98 (65.3)
Empleada fuera de casa:		
- Sí	26 (25.5)	30 (20.0)
- No	77 (74.8)	120 (80.0)
Vive con su pareja:		
- Sí	67 (65.0)	129 (86.0)
- No	36 (35.0)	21 (14.0)
Personas viviendo con ella:		
- ≤ 5	66 (64.1)	113 (75.3)
- ≥ 6	37 (35.9)	37 (24.7)
Ingreso mensual:		
- < \$ 4000	32 (31.1)	70 (46.7)
- ≥ \$ 4000	40 (38.8)	64 (42.6)
- No sabe	31 (30.1)	16 (10.7)

### *Embarazo Actual*

En ambos grupos el hecho que no llegara su periodo menstrual le hizo pensar que estaba embarazada, seguido porque se sentía mareada o con náuseas y un pequeño porcentaje por otras causas (presentía, se sentía hinchada, cansada, senos sensibles, necesidad de orinar, entre otras.). Se desarrolló una variable dicotómica de inicio del CPN, donde aquellas mujeres que habían tenido su primera visita dentro de las primeras 12 semanas de embarazo fueron clasificadas como inicio precoz del CPN, mientras que las que habían iniciado posterior a las 12 semanas de gestación fueron clasificadas como inicio tardío del CPN. Para la decisión anterior se siguió la recomendación de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio (Secretaría de Salud, 1993). El 54.4% de las primigestas y el 52% de las multíparas iniciaron en forma precoz el CPN (tabla 7).

Tabla 7

*Características del embarazo actual según paridad*

Variable	Primigestas <i>f (%)</i>	Multíparas <i>f (%)</i>
Pensó que estaba embarazada		
- no llegó su regla	71 (68.9)	99 (66.0)
- sentía mareos o náuseas	20 (19.4)	31 (20.7)
- otra causa	12 (11.7)	20 (13.3)
Inicio del CPN		
- Precoz: $\leq$ 12 semanas	56 (54.4)	78 (52.0)
- Tardío: $>$ 12 semanas	47 (45.6)	72 (48.0)

*n* = 253

### *Historia Reproductiva*

Para observar la experiencia en embarazos anteriores, a las embarazadas multíparas se les preguntó si habían iniciado el CPN en embarazos previos en forma precoz; 55.3% ( $n_1 = 83$ ) refiere que si inició el CPN en forma precoz en sus embarazos anteriores y 44.7% que no ( $n_2 = 67$ ). En relación a problemas en embarazos anteriores el 86.7% refirió haber tenido al menos un problema, y 13.3% que no tuvo.

### *Variables Relacionadas a los Servicios de Salud*

El uso del camión como medio de transporte para llegar a la consulta de CPN fue lo más común en ambos grupos, seguido por el uso de auto propio. En relación al tiempo que tardó la embarazada en llegar a la consulta de CPN, la mayoría refiere que le llevó de 31 a 60 minutos. Cuando se le preguntó si consideraba fácil llegar a la consulta de CPN, 69.9% de las primigestas y 57.3% de las multíparas señalaron que "sí".

El 89.3% de las primigestas y 85.3% de las multíparas refirieron que pagarían totalmente el costo de la consulta que equivalía a \$ 120 pesos mexicanos. En relación al pago por la atención del parto 41.7% de las primigestas y 40% de las multíparas aceptó aun no saber como lo pagaría; un porcentaje mínimo refirió que no pagaría por tener convenio con el hospital. La mayoría de las embarazadas en ambos grupos manifestaron no importarles si era atendida por un proveedor de salud hombre o mujer (tabla 8).



Tabla 8

*Distribución de variables relacionadas a los servicios de salud según paridad*

Variable	Primigesta <i>f</i> (%)	Múltipara <i>f</i> (%)
<b>Modo de transporte</b>		
- caminando	2 (1.9)	3 (2.0)
- camión o bus	50 (48.5)	87 (58.0)
- automóvil propio	27 (26.2)	32 (21.3)
- taxi	14 (13.6)	19 (12.7)
- metro	10 (9.7)	9 (6.0)
<b>Tiempo de transporte</b>		
- hasta 30 minutos	38 (36.9)	45 (30.0)
- entre 31 a 60 minutos	44 (42.7)	55 (44.0)
- entre 61 a 90 minutos	19 (18.4)	28 (18.7)
- 91 o más minutos	2 (1.9)	11 (7.3)
<b>Fue fácil llegar a la cita de CPN</b>		
- Sí	72 (69.9)	86 (57.3)
- No	31 (30.1)	64 (42.7)
<b>Pago del CPN</b>		
- a través de convenio	2 (1.9)	12 (8.0)
- pagará parte de los gastos	6 (5.8)	3 (2.0)
- pagará el total de los gastos	92 (89.3)	128 (85.3)
- otra ayuda temporal	3 (2.9)	7 (4.7)

(Tabla 8 continúa) *n* = 253

(Tabla 8 continúa)

Variable	f (%)	f (%)
<b>Pago del parto</b>		
- a través de convenio	3 (2.9)	9 (6.0)
- pagará parte de los gastos	20 (19.4)	22 (14.7)
- pagará el total de los gastos	31 (30.1)	54 (36.0)
- otra ayuda temporal	6 (5.8)	5 (3.3)
- no sabe	43 (41.7)	60 (40.0)
<b>Preferencia por el sexo del proveedor de salud</b>		
- mujer	38 (36.9)	28 (18.7)
- hombre	---	3 (2.0)
- sin preferencia	65 (63.1)	119 (79.3)

n = 253

*Uso de Sustancias*

La tabla 9 muestra que la mayoría de las embarazadas tanto primigestas como multiparas refieren que nunca han fumado (58.3% y 64.7% respectivamente) y sólo un 1.9% en primigestas y 4.0% en multiparas acepta estar fumando actualmente. El uso de alcohol también presenta una frecuencia baja, incluso aproximadamente el 50% de cada grupo refiere nunca haber bebido alcohol. En relación al uso de droga el 100% refirió no estar consumiendo drogas en la actualidad; 1.9% de primigestas y 3.3% de multiparas aceptó haberlo hecho alguna vez en su vida. Cuando se les preguntó si el consumo de alguna de estas sustancias impidió que asistiera a CPN, en el grupo de primigestas sólo una (3.3%) manifestó que no asistió por que estaba consumiendo alcohol; mientras que en las multiparas una (.7%) no lo hizo por que fumaba.

Tabla 9

*Distribución de uso de sustancias según paridad*

Variable	Primigestas <i>f</i> (%)	Multiparas <i>f</i> (%)
Uso de tabaco		
- nunca ha fumado	60 (58.3)	97 (64.7)
- dejó de fumar antes del embarazo	21 (20.4)	22 (14.7)
- dejó de fumar por el embarazo	20 (19.4)	25 (16.7)
- fuma actualmente	2 (1.9)	6 (4.0)
Uso de alcohol		
- nunca ha bebido	50 (48.5)	83 (55.3)
- dejó de beber antes del embarazo	23 (22.3)	36 (24.0)
- dejó de beber por el embarazo	26 (25.2)	29 (19.3)
- bebe actualmente	4 (3.9)	2 (1.3)
Uso de drogas		
- nunca ha usado droga	101 (98.1)	145 (96.7)
- dejó de usar droga antes del embarazo	2 (1.9)	5 (3.3)

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS *n* = 253

*Prueba de Normalidad de las Variables Continuas*

Para saber si las variables continuas tenían distribución normal se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En esta prueba se consideró todo el grupo de embarazadas juntas y reveló que existe significancia estadística en las variables continuas ( $p < .01$ ), indicando que no se puede asumir que estas diez variables presentan una distribución normal, por lo tanto se aplicó correlación de Spearman (tabla 10).

Se puede observar que la edad gestacional (EG) media en que las participantes

iniciaron su CPN fue de 14.9 ( $DE= 8.59$ ) semanas. La edad de las embarazadas osciló de 13 a 46 años. En relación a los años de estudio, tanto la mediana como la moda fueron de nueve años de estudio, lo que equivale a enseñanza secundaria terminada.

La moda del Índice de beneficios percibidos fue de seis; lo que significa que la mayor parte de las participantes percibieron muchos beneficios relacionados con el inicio del CPN. El Índice de barreras percibidas obtuvo una media de 3.32 ( $DE= 2.59$ ) que corresponde a menos del 25% del puntaje máximo posible (20 puntos). En relación al Índice de actitud negativa hacia el embarazo se observa que aun cuando hubo participantes que obtuvieron puntajes altos (8 de un total de 11 puntos), la moda fue de cero. Llama la atención que el Índice de historia de violencia obtuvo como puntaje máximo nueve puntos, lo que significa que hubo participantes que tuvieron el máximo de este índice. El Índice de apoyo social recibido tuvo una moda de seis, lo que significa que el puntaje más frecuente fue el máximo para este índice. Finalmente, el Índice de Problemas en embarazos anteriores obtuvo una mediana y moda de dos; es decir lo más común es que las participantes refirieran dos problemas en los embarazos anteriores

(tabla 10).

Tabla 10

*Prueba de normalidad de variables continuas*

Variable	Media	Mdn	Moda	DE	Min	Max	KS	Valor <i>p</i>
Semanas inició PNC	14.9	12	7*	8.59	4	39	2.69	.001
Edad actual	24.19	23	17*	6.40	13	46	1.66	.008
Personas en el hogar	4.77	5	5	2.23	1	22	2.63	.001
Años de estudio	9.31	9	9	2.83	0	17	3.30	.001
Beneficios	4.66	5	6	1.50	0	6	4.07	.001
Barreras	3.32	2	2	2.59	0	11	3.44	.001
Actitud embarazo	1.68	1	0	1.90	0	8	3.69	.001
Violencia	1.05	0	0	1.89	0	9	5.77	.001
Apoyo social	4.61	5	6	1.24	1	6	3.11	.001
Problemas embarazo <sup>&amp;</sup>	2.16	2	2	1.47	0	8	1.92	.001

\* Existen múltiples Modas. Se muestra el valor más bajo.

*n* = 253<sup>&</sup> *n* = 150

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

*Correlación de Variables Continuas*

Como análisis preliminar para conocer como se asociaban las variables independiente entre ellas y con la variable dependiente se realizó una matriz de correlación de Spearman. La tabla 11 muestra que en las embarazadas primigestas las semanas de inicio del CPN se asocian negativamente con edad actual; años de estudio y beneficios percibidos; es decir cuando estas variables aumentan, las semanas en que la embarazada inicia su CPN disminuyen. Por el contrario las semanas de inicio del CPN se asocian positivamente a barreras percibidas, actitud negativa hacia el embarazo y violencia; esto significa que al aumentar estas variables también aumentan las semanas

en que la primigesta inicia su CPN.

Los beneficios percibidos se asociaron negativamente a actitud negativa hacia el embarazo; es decir cuando uno aumenta el otro disminuye. En cambio las barreras percibidas se asociaron positivamente a actitud negativa hacia el embarazo y violencia; esto significa que al aumentar las barreras también incrementan la actitud negativa hacia el embarazo y la historia de violencia en la participante primigesta.

En las embarazadas multiparas (tabla 12) el inicio del CPN se asoció negativamente a años de estudio y a beneficios percibidos. Por el contrario se asoció positivamente al número de personas viviendo en el hogar, barreras y actitud negativa hacia el embarazo. Llama la atención que el índice de problemas en embarazos anteriores sólo se asoció con historia de violencia; es decir, cuando aumenta el número de problemas reportados por la embarazada multipara en embarazos anteriores también aumenta la historia de violencia reportada por ésta. Las barreras se asociaron positivamente a actitud negativa hacia el embarazo e historia de violencia; y negativamente a beneficios percibidos y apoyo recibido; esto significa que a medida que incrementa la percepción de barreras para el CPN también incrementan la actitud negativa hacia el embarazo y la violencia reportada. Por el contrario, cuando aumentan las barreras los beneficios y el apoyo disminuyen significativamente en la embarazada multipara.

Tabla 11

*Correlación de Spearman de variables continuas con inicio del CPN en primigestas*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Semanas inicio CPN	--							
2. Edad actual	-.280**	--						
3. Personas en el hogar	.073	-.226*	--					
4. Años de estudio	-.276**	.414**	-.135	--				
5. Beneficios percibidos	-.220**	-.031	-.004	-.010	--			
6. Barreras percibidas	.452**	-.245**	.151	-.237*	-.131	--		
7. Actitud negativa hacia el embarazo	.397**	-.327**	.259**	-.132	-.328**	.398**	--	
8. Historia de violencia	.202*	-.159	.034	-.210*	.005	.447**	.148	--
9. Apoyo social obtenido	-.124	-.197*	.011	.046	.095	.188	.068	-.011

*n* = 103

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

154541

Tabla 12

*Correlación de Spearman de variables continuas con inicio del CPN en multiparas*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Semanas inicio CPN	--								
2. Edad actual	-.105	--							
3. Personas en el hogar	.161*	-.060	--						
4. Años de estudio	-.210**	.032	-.188*	--					
5. Beneficios percibidos	-.350**	.122	-.080	.060	--				
6. Barreras percibidas	.438**	-.216**	.149	-.030	-.216**	--			
7. Actitud negativa hacia el embarazo	.620**	-.105	.155	-.135	-.367**	.517**	--		
8. Historia de violencia	.147	.143	.142	-.055	.013	.343**	.249**	--	
9. Apoyo social obtenido	-.088	-.031	-.066	.136	.037	-.214**	-.122	-.109	--
10. Problemas embarazos anteriores	-.025	.032	.075	.038	-.037	.061	.009	.226**	.019

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

$n = 150$



### *Prueba de Hipótesis*

A continuación se presentan las pruebas estadísticas usadas para corroborar o refutar las hipótesis planteadas en este estudio. Importante es, hacer notar que en algunos modelos de regresión el número de individuos varía. Esto se debe a que del total de las participantes, existe un grupo de embarazadas ( $n = 47$ ) que respondieron “no sé” a la pregunta “ingresos mensuales por familia”; por lo tanto, cuando esta variable ingresa en el modelo como variable independiente (VI), el sistema no considera a estas participantes. De las 47 participantes que respondieron “no sé” a la pregunta ingresos mensuales, 31 son primigestas y 16 son multiparas.

#### *Hipótesis I*

La experiencia en embarazos previos y las características sociodemográficas influyen directamente sobre el inicio del CPN.

Para este modelo se ingresaron las siete variables sociodemográficas, de las cuales fueron dicotómicas: vive con su pareja, trabaja fuera de casa, está casada e ingresos mensuales mayor o igual a \$4000. Las variables continuas fueron: edad actual, personas viviendo en el hogar y años de estudio. También se incluyeron dos variables que comprendieron la experiencia relacionada y fueron el índice de problemas en embarazos anteriores y experiencia previa de CPN precoz. La tabla 13 muestra que el modelo inicial es significativo ( $p = .012$ ) con una varianza explicada de 15%. Se muestra el peso de cada una de las variables sociodemográficas y de experiencia relacionada integradas en el modelo, destacándose que “experiencia previa de CPN precoz” es la única significativa.

Tabla 13

*Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de variables sociodemográficas y experiencia previa en multiparas*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	1616.724	9	179.636	2.50	.012
Residual	8900.298	124	71.777		
Total	10517.022	133			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	-9.011E-02	.134	-.059	-.67	.501
Vive con la pareja	-1.091	2.541	-.040	-.42	.668
Personas viviendo en el hogar	.782	.472	.145	1.65	.101
Trabaja fuera de casa	1.557	2.091	.069	.74	.458
Casada	-1.730	1.622	-.097	-1.06	.288
Ingresos mensuales $\geq$ \$ 4000	-2.190	1.566	-.123	-1.39	.164
Años de estudio	-.107	.258	-.038	-.41	.679
Índice de problemas	-.446	.523	-.073	-.85	.395
embarazos anteriores					
Experiencia previa de CPN precoz	-4.344	1.570	-.243	-2.76	.007

$R^2 = .15$

$n = 134$

A través del procedimiento de eliminación de variables “Backward” se confirmó que la variable “experiencia previa de CPN precoz” es la única significativa. La tabla 14

muestra que el modelo final fue significativo ( $p < .001$ ), con una varianza explicada de 10%. Se observa el peso de esta variable y el efecto inverso que tienen sobre las semanas de inicio del CPN.

Tabla 14

*Modelo de regresión lineal simple del inicio del CPN a través de la experiencia previa de CPN precoz en multiparas (precedente Backward)*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	1338.963	1	1338.963	17.96	.001
Residual	11031.037	148	74.534		
Total	12370.000	149			
Variable del Modelo	B	EE	B	t	Valor p
Experiencia previa de CPN precoz.	-6.010	1.418	-.329	-4.23	.001

$R^2 = .10$

$n = 150$

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Considerando que en las primigestas no se midió experiencia relacionada se observó a través de un modelo de regresión si las características sociodemográficas influían directamente sobre el inicio del CPN. La tabla 15 muestra que el modelo es significativo ( $p < .001$ ) con varianza explicada de 34%. Se muestra el peso de cada variable sociodemográfica del modelo, destacándose que “vive con su pareja” y “trabaja fuera de casa” son significativas ( $p < .05$ ).

Tabla 15

*Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de variables sociodemográficas en embarazadas primigestas*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	1579.565	7	225.652	4,78	.001
Residual	3015.713	64	47.121		
Total	4595.278	71			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	-.8.144E-02	.154	-.061	-.52	.599
Vive con su pareja	-6.619	1.920	-.394	-3.44	.001
Personas viviendo en el hogar	8.497E-02	.298	.031	.28	.776
Trabaja fuera de casa	-5.400	2.141	-.311	-2.52	.014
Casada	.269	2.064	.015	.13	.897
Ingresos mensuales ≥ \$ 4000	-1.230	1.910	-.076	-.64	.522
Años de estudio	-.589	.347	-.191	-1.69	.095

$R^2 = .34$

$n = 72$

El procedimiento de eliminación de variables “Backward” confirmó las variables que más explican el modelo, obteniéndose que “vive con su pareja” y “trabaja fuera de casa” son significativas ( $p < .01$ ). La tabla 16 muestra que el modelo final es significativo ( $p < .001$ ) con una varianza explicada de 17%. Se puede observar el efecto inverso que tienen estas dos variables sobre las semanas de inicio del CPN.

Tabla 16

*Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de las variables sociodemográficas en primigestas (precedente Backward)*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	1028.870	2	514.435	10.281	.001
Residual	5003.732	100	50.037		
Total	6032.602	102			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Vive con la pareja	-4.207	1.476	-.262	-2.85	.005
Trabaja fuera de casa	-6.288	1.620	-.357	-3.88	.001

$R^2 = .17$   $n = 103$

Los resultados obtenidos muestran que el modelo de las características sociodemográficas asociadas a la experiencia relacionada es significativo; sin embargo las características sociodemográficas no contribuyeron a la explicación del inicio del CPN en las embarazadas multiparas. En el grupo de embarazadas primigestas sólo dos de las siete características propuestas (vive con su pareja y trabaja fuera de casa) son las que predicen el inicio del CPN. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis uno.

### *Hipótesis 2*

Los beneficios y barreras percibidos al CPN son función de las características sociodemográficas de la embarazada y de la experiencia en embarazos previos.

La tabla 17 muestra la influencia de las variables sociodemográficas y de experiencia relacionada en la percepción de beneficios en el grupo de multiparas. Este modelo no es significativo ( $p = .337$ ). Sin embargo, la variable “experiencia previa de CPN precoz” es significativa ( $p = .005$ ).

Tabla 17

*Modelo de regresión lineal múltiple de beneficios percibidos a través de variables sociodemográficas y experiencia previa en multiparas.*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrado	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	24.185	9	2.687	1.14	.337
Residual	291.367	124	2.350		
Total	315.552	133			

Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	1.249E-02	.024	.047	.51	.606
Vive con la pareja	.231	.460	.049	.50	.616
Personas viviendo en el hogar	-3.511	.085	-.004	-.04	.967
Trabaja fuera de casa	.330	.378	.085	.87	.385
Casada	-.182	.293	-.059	-.62	.536
Ingresos mensuales $\geq$ \$4000	.137	.283	.045	.48	.629
Años de estudio	5.758E-03	.047	.012	.12	.902
Índice de problemas embarazos anteriores	2.297E-02	.095	.022	.24	.808
Experiencia previa de CPN precoz.	.804	.284	.260	2.83	.005

$R^2 = .07$

$n = 134$

El procedimiento de eliminación de variables “Backward” confirmó que la “experiencia previa de CPN precoz” es significativa. La tabla 18 muestra el modelo final de percepción de beneficios en las participantes multíparas ( $p = .001$ ), con una varianza explicada de 6%; se observa que haber consultado en los embarazos previos en forma precoz aumenta la percepción beneficios al CPN.

Tabla 18

*Modelo de regresión lineal simple de beneficios percibidos a través de experiencia previa de CPN en multíparas (precedente Backward)*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	24.950	1	24.950	10.86	.001
Residual	339.744	148	2.296		
Total	364.693	149			

Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Experiencia previa de CPN precoz.	.820	.249	.262	3.29	.001

$R^2 = .06$

$n = 150$

A través de un modelo de regresión se observó si las característica sociodemográficas influían en la percepción de beneficios en las primigestas. La tabla 19 muestra que el modelo no es significativo ( $p > .05$ ) y que ninguna de las variables ingresadas en el modelo es significativa.

Tabla 19

*Modelo de regresión lineal múltiple de beneficios percibidos a través de variables sociodemográficas en primigestas*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	8.781	7	1.254	.53	.804
Residual	149.664	64	2.338		
Total	158.444	71			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	3.650E-02	.034	.147	1.06	.292
Vive con la pareja	.117	.428	.038	.27	.786
Personas viviendo en el hogar	-1.365E-03	.066	-.003	-.02	.984
Trabaja fuera de casa	-.452	.477	-.140	-.94	.347
Casada	-.281	.460	-.084	-.61	.543
Ingresos mensuales $\geq$ \$ 4000	.687	.425	.230	1.61	.111
Años de estudio	1.179E-02	.077	.021	.15	.879

$R^2 = .05$  DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS  $n = 72$

En las participantes múltiples se exploró si las características sociodemográficas y la experiencia relacionada influían en la percepción de barreras. La tabla 20 muestra que el modelo es significativo ( $p < .001$ ) con una varianza explicada de 41%. Al observar el peso de las variables ingresadas “vive con su pareja” y “casada” son significativas ( $p < .001$ ) y número de personas viviendo en el hogar tiene una tendencia ( $p = .065$ ). Sin embargo, las variables relacionadas a la experiencia previa no influyeron en este modelo.



Tabla 20

*Modelo de regresión lineal múltiple de barreras percibidas a través de variables sociodemográficas y experiencia previa en multiparas*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	292.201	9	32.467	9.76	.001
Residual	412.195	124	3.324		
Total	704.396	133			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	-4.375E-02	.029	-.111	-1.52	.130
Vive con la pareja	-2.437	.547	-.345	-4.45	.001
Personas viviendo en el hogar	.190	.102	.136	-1.86	.065
Trabaja fuera de casa	.597	.450	.103	1.32	.187
Casada	-1.316	.349	-.286	-3.77	.001
Ingresos mensuales $\geq$ \$4000	-.664	.337	-.145	-1.97	.051
Años de estudio	-3.174E-02	.055	-.044	-.57	.568
Índice de problemas embarazos anteriores	-.127	.113	-.081	-1.13	.260
Experiencia previa de CPN precoz	-.448	.338	-.097	-1.32	.187

$$R^2 = .41$$

$$n = 134$$

El procedimiento de eliminación de variables “Backward” confirmó las variables que explican el modelo; vive con la pareja y casada. La tabla 21 muestra el modelo final ( $p < .001$ ), con una varianza explicada de 35%. Se observa que ambas variables tienen

un efecto negativo sobre las semanas de inicio del CPN.

Tabla 21

*Modelo de regresión lineal múltiple de barreras percibidas a través de variables sociodemográficas en múltiparas (precedente Backward)*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	285.932	2	142.966	40.46	.001
Residual	519.401	147	3.533		
Total	805.333	149			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Vive con la pareja	-2.568	.469	-.385	-5.47	.001
Casada	-1.599	.325	-.345	-4.91	.001

$$R^2 = .35$$

$$n = 150$$

Se exploró si las características sociodemográficas influían en la percepción de barreras al CPN en las embarazadas primigestas. La tabla 22 muestra que el modelo es significativo ( $p < .001$ ) con una varianza explicada de 33%. Al observar el peso de las variables ingresadas en el modelo, dos de éstas son significativas ( $p < .05$ ): vive con la pareja y años de estudio. Se observa que la edad de la embarazada tiene una tendencia ( $p = .052$ ) a influir en el modelo.

Tabla 22

*Modelo de regresión lineal múltiple de barreras percibidas del CPN a través de variables sociodemográficas en primigestas*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	217.590	7	31.084	4.55	.001
Residual	436.729	64	6.824		
Total	654.319	71			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	-.116	.059	-.231	-1.98	.052
Vive con la pareja	-2.590	.731	-.409	-3.54	.001
Personas viviendo en el hogar	.126	.113	.120	1.11	.270
Trabaja fuera de casa	-.634	.815	-.097	-.77	.439
Casada	.684	.785	.100	.87	.387
Ingresos mensuales $\geq$ \$4000	-.710	.727	-.117	-.97	.332
Años de estudio	-.268	.132	-.230	-2.02	.047

$R^2 = .33$  DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS  $n = 72$

Para confirmar las variables de peso en el modelo se realizó el procedimiento de eliminación de variables “Backward”. La tabla 23 muestra un modelo final significativo ( $p < .001$ ) en donde el 22% de la varianza en la percepción de barreras en las primigestas puede ser explicada a través de la combinación lineal de la edad, vivir con pareja y años de estudio. Todas las variables influyeron negativamente sobre el índice de percepción de barreras; es decir, a medida que aumenta la edad, cuando la paciente vive con su pareja y aumentan los años de estudios; disminuye el índice de percepción de barreras.

Dentro de las variables continuas se observa que por cada año más que tiene la embarazada, disminuye en .11 puntos el índice de percepción de barreras; y por cada año más de estudio, disminuye en .25 puntos el índice de percepción de barreras del CPN.

Tabla 23

*Modelo de regresión lineal múltiple de barreras percibidas del CPN a través de seleccionadas variables sociodemográficas en primigestas (precedente Backward)*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	195.234	3	65.078	9.48	.001
Residual	679.640	99	6.865		
Total	874.874	102			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	-.111	.049	-.206	-2.26	.026
Vive con la pareja	-2.186	.547	-.358	-3.99	.001
Años de estudio	-.257	.113	-.207	-2.27	.025

$$R^2 = .22$$

$$n = 103$$

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los resultados obtenidos muestran que todas las características sociodemográficas propuestas y la experiencia relacionada no influyen en la percepción de beneficios ni de barreras en las múltiparas. Sin embargo, algunas de éstas son significativas; se observó que la experiencia de CPN precoz en embarazos previos influye en la percepción de beneficios al CPN y que dos características sociodemográficas (vive con la pareja y casada) influyeron en la percepción de barreras al CPN en este grupo de múltiparas. En relación a las primigestas sólo la percepción de barreras es influida por tres de las siete características sociodemográficas propuestas

(edad actual, vive con la pareja y años de estudio). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis dos.

### *Hipótesis 3*

El apoyo social recibido, la actitud negativa hacia el embarazo y la historia de violencia son función de las características sociodemográficas que posee la embarazada.

Se realizó análisis de regresión lineal múltiple para analizar tres modelos de regresión según la paridad de la embarazada. En los tres modelos las VIs fueron las características sociodemográficas, pero la VD varió según el modelo. El primer modelo la VD fue el índice de apoyo, en el segundo fue el índice de actitud negativa hacia el embarazo y en el tercer modelo fue el índice de historia de violencia.

La tabla 24 muestra el primer modelo en primigestas, observándose que es significativo ( $p < .001$ ) con una varianza explicada de 34%. Se muestra el peso por variable, encontrándose que “edad actual”, “trabaja fuera de casa” y “años de estudio” son significativas ( $p < .05$ ).

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Tabla 24

*Modelo de regresión lineal múltiple de apoyo social recibido a través de variables sociodemográficas en primigestas*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	23.129	7	3.304	4.76	.001
Residual	44.371	64	.693		
Total	67.500	71			

Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	-3.927E-02	.019	-.242	-2.10	.040
Vive con la pareja	-.297	.250	-.146	-1.27	.207
Personas viviendo en el hogar	3.099E02	.036	.092	.85	.394
Trabaja fuera de casa	-.878	.260	-.418	-3.38	.001
Casada	-8.541E02	.250	-.039	-.34	.734
Ingresos $\geq$ 4000 mensual	3.418E-02	.232	.018	.14	.883
Años de estudio	.137	.042	.367	3.26	.002

$R^2 = .34$

$n = 72$

En las embarazadas múltiparas se exploró si las características sociodemográficas unidas a la experiencia relacionada influían en el apoyo recibido. La tabla 25 muestra que el modelo es significativo ( $p < .001$ ) y que el 22% de la varianza del apoyo recibido puede explicarse con este modelo. Las variables “vive con su pareja”, “trabaja fuera de casa” y “casada” son significativas ( $p < .05$ ).

Tabla 25

*Modelo de regresión lineal múltiple de apoyo social recibido a través de variables sociodemográficas y experiencia relacionada en multiparas*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	44.789	9	4.977	3.88	.001
Residual	158.920	124	1.282		
Total	203.709	133			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	-1.128E-02	.018	-.053	-.63	.528
Vive con la pareja	.847	.339	.223	2.49	.014
Personas viviendo en el hogar	-2.970E-02	.063	-.040	-.47	.639
Trabaja fuera de casa	-.683	.279	-.219	-2.44	.016
Casada	.432	.217	.175	1.99	.048
Ingresos $\geq$ 4000 mensual	6.178E-02	.209	.025	.29	.768
Años de estudio	6.182E-02	.034	.158	1.79	.075
Índice de problemas	5.309E-02	.070	.063	.76	.449
embarazos anteriores					
Experiencia previa de CPN precoz	6.485E-02	.210	.026	.30	.758

$R^2 = .22$

$n = 134$

El segundo modelo muestra si las variables sociodemográficas influyen en la actitud negativa hacia el embarazo. La tabla 26 muestra que el modelo en primigestas es significativo ( $p < .05$ ) con una varianza explicada de 20%. Al observar el peso por

variable ingresada en el modelo, sólo la variable “edad actual” es significativa ( $p = .032$ ).

Tabla 26

*Modelo de regresión lineal múltiple de actitud negativa hacia el embarazo a través de variables sociodemográficas en primigestas*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	34.602	7	4.943	2.30	.037
Residual	137.384	64	2.147		
Total	171.986	71			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	-7.231E-02	.033	-.280	-2.19	.032
Vive con la pareja	-.580	.410	-.179	-1.41	.162
Personas viviendo en el hogar	.124	.064	.231	1.95	.055
Trabaja fuera de casa	-.228	.457	-.068	-.49	.620
Casada	-3.899E-03	.441	-.001	-.01	.993
Ingresos $\geq$ 4000 mensuales	-.273	.408	-.088	-.67	.505
Años de estudio	-3.489E-03	.074	-.058	-.47	.640

$R^2 = .20$

$n = 72$

El segundo modelo que se probó en las múltiples incluyó las características sociodemográficas más la experiencia relacionada para determinar si influyen en la actitud negativa hacia el embarazo. La tabla 27 muestra que el modelo es significativo ( $p = .021$ ) con una varianza explicada de 14%. Sin embargo al observar el peso por



variable ingresada en el modelo, ninguna es significativa, aunque se observa tendencia de la experiencia previa de CPN precoz.

Tabla 27

*Modelo de regresión lineal múltiple de actitud negativa hacia el embarazo a través de variables sociodemográficas y experiencia relacionada en multiparas*

Modelo	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	83.318	9	9.258	2.29	.021
Residual	501.220	124	4.042		
Total	584.537	133			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	-8.522E-03	.032	-.024	-.26	.788
Vive con la pareja	-.744	.603	-.115	-1.23	.220
Personas viviendo en el hogar	.122	.112	.096	1.09	.278
Trabaja fuera de casa	.529	.496	.100	1.06	.288
Casada	-.485	.385	-.116	-1.26	.210
Ingresos $\geq$ 4000 mensuales	-.282	.372	-.067	-.75	.450
Años de estudio	-8.586E-02	.061	-.130	-1.40	.163
Índice de problemas embarazos anteriores	-.122	.124	-.085	-.98	.328
Experiencia previa de CPN precoz	-.660	.372	-.157	-1.77	.079

$$R^2 = .14$$

$$n = 134$$

Para observar cuál variable estaba ejerciendo peso para hacer el modelo significativo, se decidió realizar el procedimiento de eliminación de variable hacia atrás “Backward”. La tabla 28 muestra el modelo final significativo ( $p = .002$ ) con una varianza explicada de 10%. Las variables que tuvieron peso son “vive con la pareja”, “años de estudio” y “experiencia previa de CPN precoz”. Estas variables muestran una influencia negativa sobre la actitud negativa hacia el embarazo; es decir, cuando la embarazada vive con su pareja, tiene más años de estudio y tiene experiencia de haber iniciado precozmente sus CPN previos, el índice de actitud negativa hacia el embarazo disminuye.

Tabla 28

*Modelo de regresión lineal múltiple de actitud negativa hacia el embarazo a través de características sociodemográficas y experiencia relacionada en multiparas (precedente Backward)*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	62.906	3	20.969	5.22	.002
Residual	521.631	130	4.013		
Total	584.537	133			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Vive con la pareja	-1.252	.543	-.194	-2.30	.023
Años de estudio	-.121	.057	-.183	-2.13	.035
Experiencia previa de CPN precoz	-.754	.357	-.179	-2.11	.037

$$R^2 = .10$$

$$n = 134$$

El tercer modelo prueba si las variables sociodemográficas influyen en la historia de violencia en el grupo de embarazadas primigestas. La tabla 29 muestra que el modelo es significativo ( $p < .05$ ) con una varianza explicada de 19%. Al observar el peso por variable ingresada en el modelo son significativas ( $p < .05$ ) “vive con su pareja” y “años de estudio”.

Tabla 29

*Modelo de regresión lineal múltiple de historia de violencia a través de variables sociodemográficas en primigestas*

Modelo	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	19.108	7	2.730	2.17	.048
Residual	80.170	64	1.253		
Total	99.278	71			

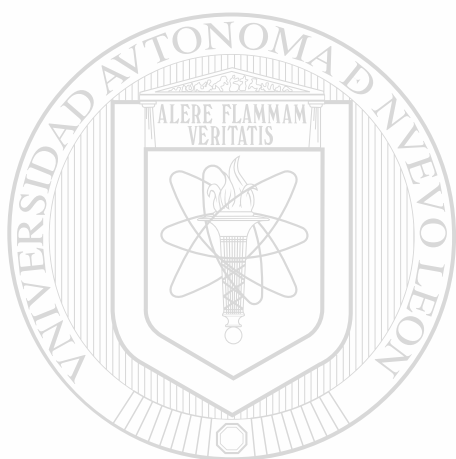
  

Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	-2.293E-02	.025	-.117	-.91	.365
Vive con la pareja	-.868	.313	-.352	-2.77	.007
Personas viviendo en el hogar	1.718E-02	.049	.042	.35	.724
Trabaja fuera de casa	-2.990E-02	.349	-.012	-.08	.932
Casada	.338	.337	.127	1.00	.319
Ingresos $\geq$ 4000 mensuales	.120	.311	.051	.38	.702
Años de estudio	-.138	.057	-.304	-2.43	.018

$R^2 = .19$

$n = 206$

En las múltiparas se probó un modelo con las características sociodemográficas y la experiencia relacionada en respecto a la historia de violencia. La tabla 30 muestra que el modelo es significativo ( $p < .001$ ) con una varianza explicada de 21%. Al observar el peso por variable ingresada en el modelo, tres variables son significativas ( $p < .05$ ): edad actual, casada e índice de problemas en embarazos previos.



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Tabla 30

*Modelo de regresión lineal múltiple de historia de violencia a través de variables sociodemográficas en multiparas*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	136.758	9	15.195	3.70	.001
Residual	508.026	124	4.097		
Total	644.784	133			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Edad actual	7.615E-02	.032	.201	2.38	.019
Vive con la pareja	-1.101	.607	-.163	-1.81	.072
Personas viviendo en el hogar	-4.814E-02	.113	-.036	-.42	.671
Trabaja fuera de casa	-.783	.499	-.141	-1.56	.119
Casada	-1.270	.387	-.289	-3.27	.001
Ingresos $\geq$ 4000 mensuales	-.261	.374	-.060	-.69	.486
Años de estudio	-2.349E-02	.062	-.034	-.38	.703
Índice de problemas	.315	.125	.210	2.52	.013
embarazos anteriores					
Experiencia previa de CPN precoz	.346	.375	.078	.92	.358

$R^2 = .21$

$n = 134$

Con los resultados obtenidos en estos tres modelos en las participantes primigestas se observa que no todas las características sociodemográficas propuestas son significativas en influir en el apoyo social recibido, la actitud negativa hacia el embarazo

y la historia de violencia. De la misma manera, en el grupo de embarazadas multíparas no todas las características sociodemográficas, ni las variables de experiencia relacionada influyeron significativamente en el apoyo recibido, la actitud negativa hacia el embarazo y la historia de violencia. Por lo tanto se rechaza la hipótesis 3

#### *Hipótesis 4*

El inicio del control prenatal es función de los beneficios percibidos, las barreras percibidas, el apoyo social recibido, la actitud negativa hacia el embarazo y la historia de violencia de la embarazada.

La tabla 31 muestra que este modelo en primigestas es significativo ( $p < .001$ ), con una varianza explicada de 25%. Al observar el peso por variable, se observa que barreras y actitud negativa hacia el embarazo son significativas ( $p < .05$ ) y tiene un efecto positivo sobre las semanas de inicio del CPN; es decir, cuando incrementan las barreras percibidas y la actitud negativa hacia el embarazo también incrementan las semanas de inicio del CPN.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Tabla 31

*Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de beneficios percibidos, barreras percibidas, apoyo recibido, actitud hacia el embarazo e historia de violencia en primigestas.*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	1505.728	5	301.146	6.453	.001
Residual	4526.874	97	46.669		
Total	6032.602	102			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Beneficios percibidos	-.484	.526	-.089	-.91	.360
Barreras percibidas	.715	.280	.272	2.55	.012
Apoyo recibido	-.231	.737	-.028	-.31	.755
Actitud hacia embarazo	1.246	.534	.243	2.33	.022
Historia de violencia	.569	.658	.083	.86	.390

$R^2 = .25$  DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS  $n = 103$

El procedimiento de eliminación de variables “Backward” confirmó que las barreras y la actitud negativa hacia el embarazo explican el modelo. La tabla 32 muestra que el modelo final es significativo ( $p < .001$ ), en donde el 23% de la varianza de las semanas en que inician el CPN las primigestas puede ser explicado a través de la combinación lineal de barreras percibidas y actitud negativa hacia el embarazo. Estas variables tienen un efecto positivo en el inicio del CPN; es decir a medida que incrementan las barreras y la actitud negativa hacia el embarazo, incrementan las

semanas en que inicia el CPN la embarazada.

Tabla 32

*Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de las barreras y la actitud negativa hacia el embarazo en primigestas (precedente Backward)*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	1426.967	2	713.484	15.49	.001
Residual	4605.635	100	46.056		
Total	6032.602	102			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	T	Valor p
Barreras percibidas	.793	.253	.302	3.13	.002
Actitud negativa hacia el embarazo	1.412	.494	.275	2.85	.005

$R^2 = .23$   $n = 103$

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

La tabla 33 muestra el mismo modelo pero en multiparas. Se observa que este modelo es significativo ( $p < .001$ ), con una varianza explicada de 44%. El peso por variable indica que beneficios percibidos y actitud hacia el embarazo son significativas ( $p < .001$ ). Los beneficios percibidos tienen un efecto negativo sobre las semanas de inicio del CPN; es decir, cuando incrementan los beneficios disminuyen las semanas de inicio del CPN. En relación a la actitud negativa hacia el embarazo se observa que a medida que ésta incrementa también incrementan las semanas de inicio del CPN.



Tabla 33

*Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de beneficios percibidos, barreras percibidas, apoyo recibido, actitud hacia el embarazo e historia de violencia en multiparas.*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	5522.628	5	1104.526	23.22	.001
Residual	6847.372	144	47.551		
Total	12370.000	149			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Beneficios percibidos	-2.107	.403	-.362	-5.22	.001
Barreras percibidas	.569	.292	.145	1.94	.053
Apoyo recibido	6.185E-02	.478	.008	.12	.897
Actitud hacia embarazo	1.478	.337	.341	4.38	.001
Historia de violencia	2.751E-03	.265	.001	.01	.992

$$R^2 = .44$$

$$n = 150$$

El procedimiento de eliminación de variables “Backward” confirmó que los beneficios, las barreras y la actitud negativa hacia el embarazo explican el modelo. La tabla 34 muestra que el modelo final es significativo ( $p < .001$ ) y que el 44% de la varianza del tiempo de inicio del CPN en las embarazadas multiparas puede explicarse a través de la combinación lineal de las variables beneficios percibidos, barreras percibidas y actitud negativa hacia el embarazo.

Tabla 34

*Modelo de regresión lineal múltiple del inicio del CPN a través de beneficios percibidos, barreras percibidas y actitud hacia el embarazo en multiparas (precedente Backward)*

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	F	Valor p
Regresión	5521.828	3	1840.609	39.24	.001
Residual	6848.172	146	46.905		
Total	12370.000	149			
Variable del Modelo	B	EE	Beta	t	Valor p
Beneficios percibidos	-2.108	.399	-.362	-5.27	.001
Barreras percibidas	.560	.276	.143	2.02	.044
Actitud hacia embarazo	1.479	.332	.341	4.45	.001
$R^2 = .44$					$n = 150$

Los resultados muestran que en las primigestas las barreras y la actitud hacia el embarazo influyen en las semanas de inicio del CPN. En las multiparas las variables que influyen en el inicio del CPN son: los beneficios percibidos, las barreras percibidas y la actitud hacia el embarazo. El apoyo recibido y la historia de violencia no contribuyen en la explicación del inicio del CPN, por lo tanto se rechaza la hipótesis cuatro.

#### *Análisis Adicional*

Para conocer las variables que aumentaban la probabilidad de inicio tardío del CPN tanto en las embarazadas primigestas como en multiparas, se analizaron dos modelos de regresión logística. La tabla 35 muestra que el modelo en las embarazadas

primigestas es significativo ( $\chi^2 = 49.049, p < .001$ ) con una clasificación correcta de 80.6%. Al observar el peso por variable se observa que las variables significativas ( $p < .05$ ) son: vive con su pareja y actitud negativa hacia el embarazo; barreras presenta una tendencia ( $p = .66$ ).

Tabla 35

*Modelo inicial de regresión logística del inicio tardío del CPN en primigestas*

	$\chi^2$	gl	-2 Log Verosimilitud	Valor p		Clasificación correcta
<b>Modelo</b>	49.049	12	50.542	.001		80.6
<b>Variable del Modelo</b>	<b>B</b>	<b>EE</b>	<b>Wald</b>	<b>Valor p</b>	<b>Exp. (B)</b>	<b>95% IC</b>
Edad actual	.006	.066	.00	.926	1.006	.88- 1.14
Vive con la pareja	2.252	1.028	4.80	.028	9.508	1.26-71.29
Personas en el hogar	-.119	.142	.69	.403	.888	.67- 1.17
Trabaja fuera de casa	.956	1.052	.82	.363	2.603	.33-20.47
Casada	-.544	.955	.32	.569	.580	.08- 3.77
Ingresos $\geq$ \$ 4000	1.208	.925	1.70	.191	3.348	.54-20.51
Años de estudio	-.097	.179	.29	.587	.907	.63- 1.28
Beneficios percibidos	-.027	.292	.00	.927	.974	.55- 1.72
Barreras percibidas	.322	.175	3.38	.066	1.380	.97- 1.94
Actitud negativa hacia embarazo	1.296	.497	6.80	.009	3.654	1.38- 9.67
Historia de violencia	-.284	.386	.54	.461	.753	.35- 1.60
Apoyo recibido	-.309	.481	.41	.521	.734	.28- 1.88

n = 72

El procedimiento de eliminación de variables “Backward” reveló tres variables que explican el modelo: ingresos, barreras percibidas y actitud negativa hacia el embarazo (tabla 36). Llama la atención que “vive con la pareja” deja de ser significativo y en cambio “ingresos” pasa a ser significativo en el modelo. El modelo obtuvo una predicción final significativa ( $X^2 = 42.161$ ,  $p < .001$ ) con una clasificación correcta de 83%. Se observa que la probabilidad de que una primigesta inicie tardíamente el CPN disminuyó 0.23 veces cuando sus ingresos son iguales o superiores a \$4000. Por el contrario, la probabilidad de iniciar tardío el CPN aumentó 1.46 veces cuando aumenta el índice de barreras percibidas; y aumentó 3.01 veces cuando el índice de actitud negativa hacia el embarazo se incrementa.

Tabla 36

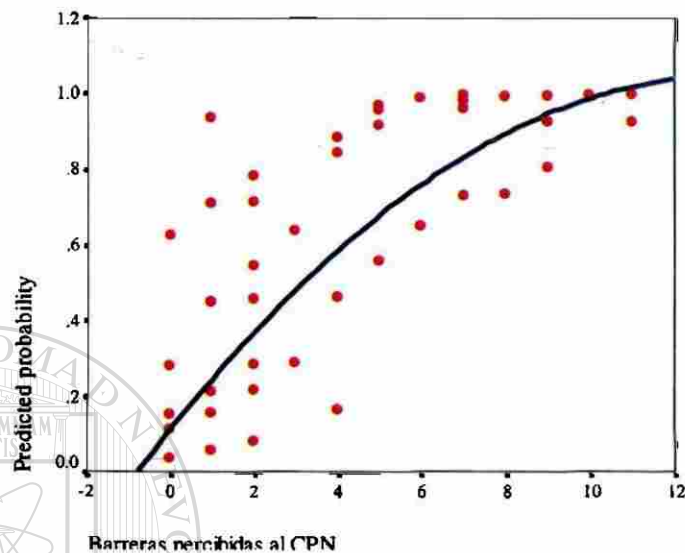
*Modelo final de regresión logística del inicio tardío del CPN en primigestas (precedente Backward)*

	$X^2$	<i>gl</i>	-2 Log Verosimilitud	Valor <i>p</i>	Clasificación correcta	
Modelo	42.161	3	57.429	.001	83.3	
Variable del Modelo	B	<i>EE</i>	Wald	Valor <i>p</i>	Exp. (B)	95% IC
Ingresos $\geq$ \$ 4000	-1.459	.683	4.56	.033	.232	.06- .88
Barreras percibidas	.384	.144	7.10	.008	1.469	1.10-1.94
Actitud negativa hacia el embarazo	1.104	.356	9.61	.002	3.016	1.50-6.05

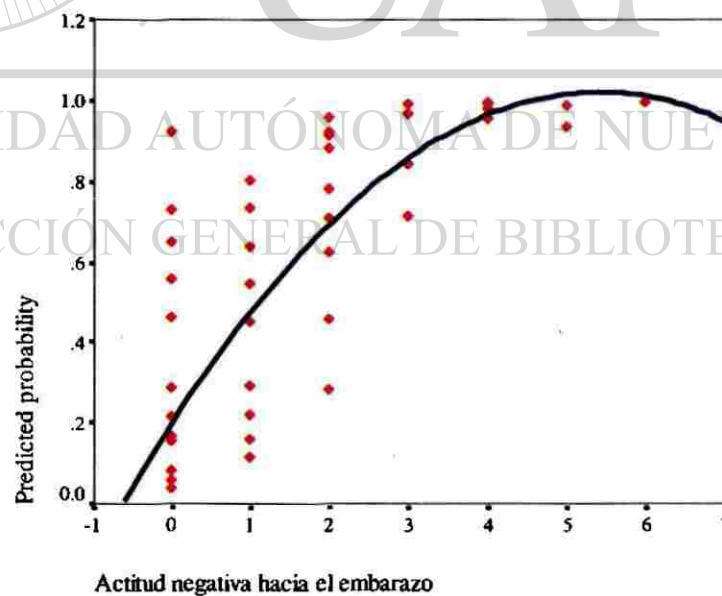
$n = 72$

Las variables que predicen más fuertemente el inicio tardío del CPN fueron las

barreras y actitud negativa hacia el embarazo. En la figura 2 y 3 se observa claramente como aumenta la probabilidad de inicio tardío a medida que aumentan estas variables.

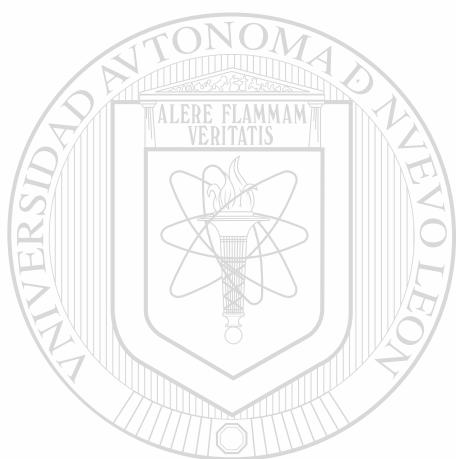


**Figura 2.** Probabilidad de inicio tardío del CPN a través de las barreras percibidas al CPN en primigestas.



**Figura 3.** Probabilidad de inicio tardío del CPN a través de la actitud negativa hacia el embarazo en primigestas.

Se exploró en el grupo de embarazadas múltiparas si al incluir la experiencia previa con el resto de variables sociodemográficas producía algún cambio en la probabilidad de inicio tardío del CPN. La tabla 37 muestra que este modelo de regresión logística fue significativo ( $\chi^2 = 96.88, p < .001$ ) con una clasificación correcta de 84.3%. Al observar el peso por variable se observa que sólo la actitud negativa hacia el embarazo es significativa ( $p < .001$ ), aun cuando hay una tendencia de experiencia previa a la significancia ( $p = .097$ ).



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Tabla 37

*Modelo inicial de regresión logística del inicio tardío del CPN en multiparas*

	$X^2$	gl	-2 Log Verosimilitud	Valor p		Clasificación correcta
Modelo	96.88	14	88.614	.001		84.3
Variable del Modelo	B	EE	Wald	Valor p	Exp. (B)	95% IC
Edad actual	-.035	.057	.36	.544	.966	.86-1.08
Vive con la pareja	-1.702	1.083	2.47	.116	.182	.02-1.52
Personas en el hogar	.260	.166	2.43	.119	1.296	.93-1.79
Trabaja fuera de casa	-1.474	.957	2.37	.124	.229	.03-1.49
Casada	.856	.660	1.68	.195	2.353	.64-8.57
Ingresos $\geq$ 4000	-.322	.633	.25	.611	.725	.21-2.50
Años de estudio	-.098	.115	2.37	.396	.907	.72-1.13
Experiencia previa de CPN precoz	-1.042	.627	2.76	.097	.353	.10-1.20
Problemas embarazo anterior	-.106	.198	.28	.591	.899	.61-1.32
Beneficios percibidos	-.350	.237	2.18	.139	.704	.44-1.12
Barreras percibidas	.119	.170	.49	.484	1.127	.80-1.57
Actitud negativa hacia embarazo	1.268	.290	19.18	.001	3.554	2.01-6.26
Historia de violencia	-.136	.166	.67	.413	.873	.63-1.20
Apoyo recibido	.316	.275	1.32	.250	1.372	.80-2.35

n = 134

El procedimiento de eliminación de variables “Backward” (tabla 38) confirmó dos variables que explican el modelo: experiencia previa de CPN precoz y actitud negativa hacia el embarazo. El modelo obtuvo una predicción final significativa ( $X^2 = 93.81, p < .001$ ) con una clasificación correcta de 80%. Se observa que la probabilidad de iniciar tardío el CPN disminuyó 3.8 veces cuando la embarazada tiene experiencia de haber iniciado en forma precoz el o los embarazos previos. Por el contrario, la probabilidad de iniciar tardío el CPN aumentó 3.4 veces cuando el índice de actitud negativa hacia el embarazo aumentó.

Tabla 38  
Modelo final de regresión logística del inicio tardío del CPN en multiparas (precedente Backward)

	$X^2$	gl	-2 Log Verosimilitud	Valor p	Clasificación correcta	
Modelo	93.81	2	113.886	.001	80.0	
Variable del Modelo	B	EE	Wald	Valor p	Exp. (B)	95% IC
Experiencia previa de CPN precoz	-1.345	.480	7.85	.005	3.837	1.49-9.82
Actitud hacia el embarazo	1.224	.207	34.95	.001	3.400	2.26-5.10

$n = 150$

Para observar más claramente como influyó la experiencia previa de CPN en las embarazadas multiparas, se comparó la probabilidad media de predecir el inicio tardío de ambos grupos. Se observa en la tabla 39 que la embarazada que no había iniciado sus embarazos anteriores en forma precoz tenía casi el doble de probabilidad de iniciar



nuevamente en forma tardía su CPN ( $\bar{X}$ .65), en comparación con la embarazada que si había tenido CPN precoz en embarazos previos ( $\bar{X}$ .33).

Tabla 39

*Probabilidad de inicio tardío del CPN según experiencia previa de CPN*

Experiencia previa de CPN precoz.	$\bar{X}$	$f$	$EE$
- No	.6567	67	.3166
- Sí	.3373	83	.3326
Total	.4799	150	.3615

Los resultados obtenidos muestran que la probabilidad de inicio tardío del CPN es afectada por diferentes factores en las primigestas y las múltiparas. Mientras en las primigestas son significativos las barreras y los ingresos mensuales por familia; en la múltiparas lo es el tener la experiencia de inicio precoz en un embarazo anterior. Sin

embargo la actitud negativa hacia el embarazo llegó a ser un predictor fuerte y se presentó en ambos grupos.

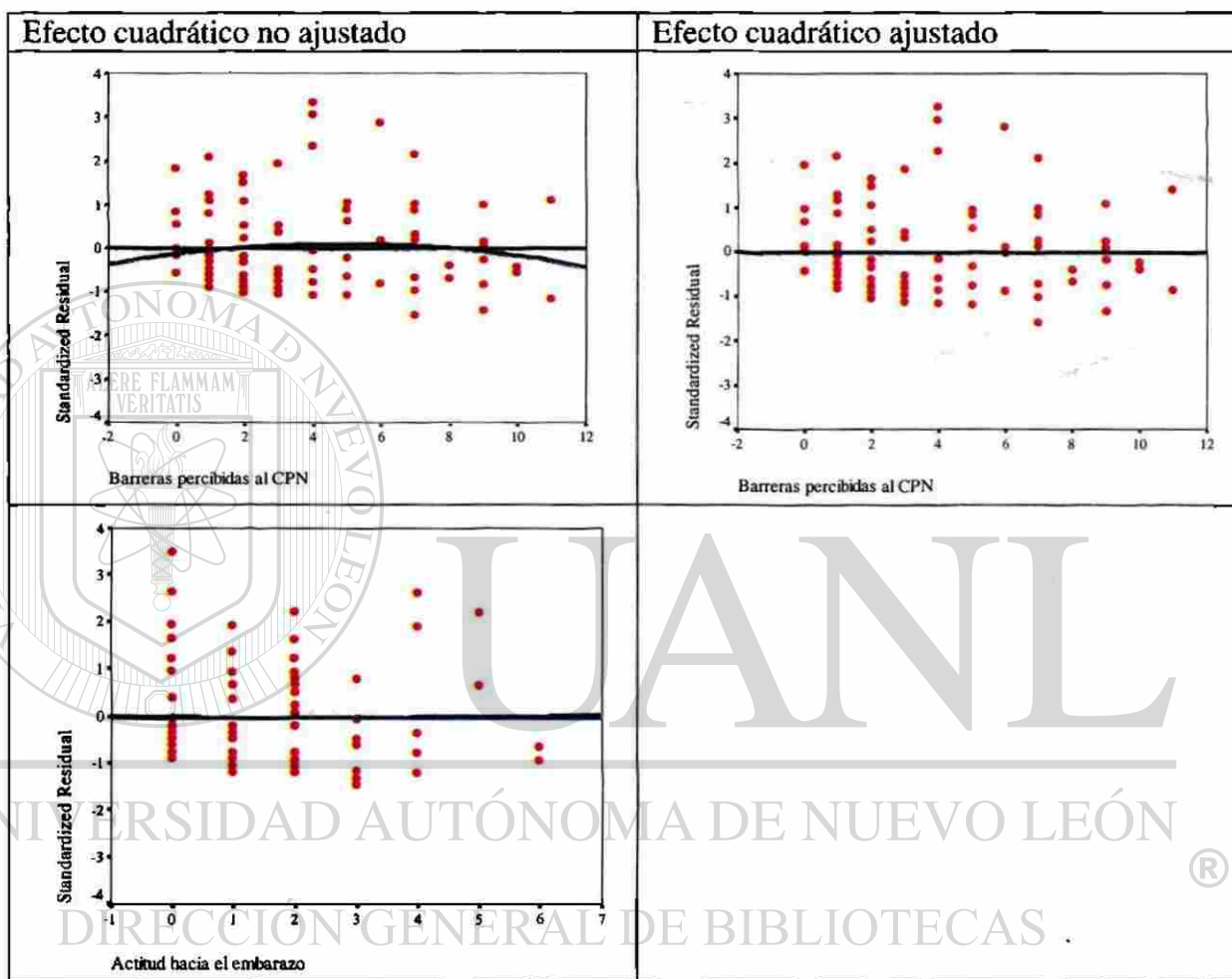
## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

### *Análisis de Residuales*

Al observar la gráfica del efecto cuadrático de las variables predictoras en primigestas y múltiparas, se encuentran algunos puntos aberrantes que indican que no hay normalidad en los residuales. Se realiza el ajuste del modelo lográndose un leve incremento de la varianza explicada. Para esto se ingresaron en los modelos las variables significativas más las variables al cuadrado.

La figura 4 muestra el efecto cuadrático en las variables barreras y actitud negativa hacia el embarazo relacionadas al inicio del CPN en primigestas. En el caso de las barreras se logró corregir el comportamiento al ingresar en el modelo barreras al

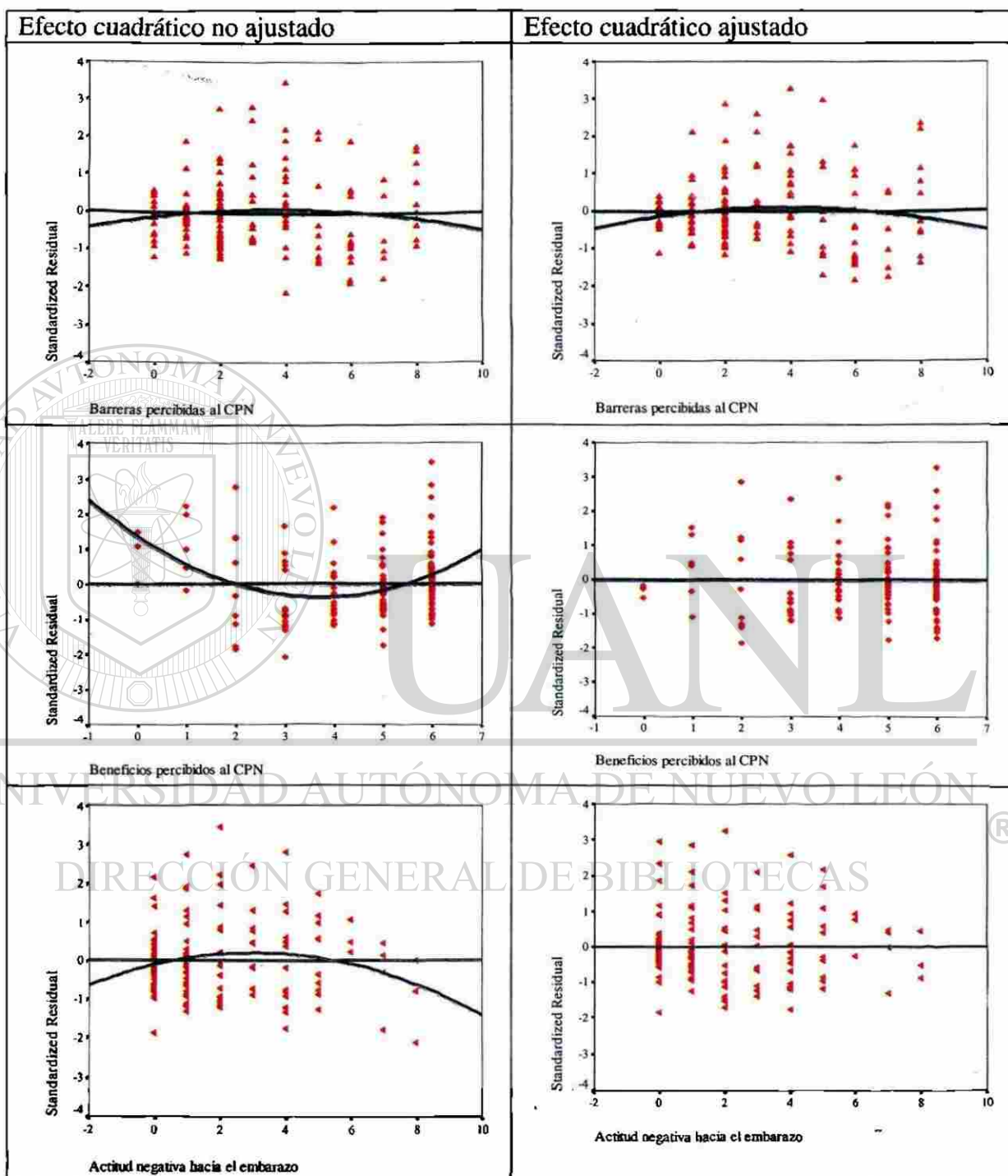
cuadrado. En relación a la actitud negativa hacia el embarazo, no se realizó ajuste ya que no se presenta efecto cuadrático. Al realizar el ajuste del modelo la varianza explicada aumenta de 23% a 24%.



**Figura 4:** Residuales de barreras percibidas al CPN y actitud negativa hacia el embarazo relacionadas al inicio del CPN en primigestas.

La figura 5 muestra el comportamiento cuadrático de las variables significativas en el modelo de regresión final en múltiparas. Las barreras percibidas no corrigieron el efecto debido a que barreras al cuadrado no fueron significativas. En cambio, en los casos de beneficios y actitud hacia el embarazo se corrigió debido a que tanto beneficios al cuadrado como actitud hacia el embarazo fueron significativos. La varianza explicada

del modelo aumenta de 44% en el modelo original a 53% en el modelo ajustado.



**Figura 5:** Residuales de barreras percibidas, beneficios percibidos y actitud negativa hacia el embarazo relacionadas al inicio del CPN en múltiparas.

## Capítulo IV

### Discusión y Conclusión

El propósito principal del presente estudio fue identificar los factores que afectan el inicio del CPN a través de la verificación de algunos conceptos propuestos por el MPS (Pender et al., 2002). Como aporte adicional se identificaron las características sociodemográficas y los factores que aumentan la probabilidad de iniciar tardíamente el CPN en embarazadas primíparas y multíparas. Este capítulo presenta una discusión de los hallazgos de la investigación y se muestra a través de un diagrama las relaciones de los conceptos del MPS que fueron verificados.

#### *Características Individuales y Experiencia*

##### *Características Sociodemográficas*

El mayor porcentaje de embarazadas primigestas tenía menos de 20 años, mientras que en las multíparas la edad predominante fue de 20 a 29 años. Esta diferencia puede considerarse lógica ya que unas embarazadas están teniendo su primer hijo y por lo tanto tienen menor edad; mientras que para las otras es el segundo o más hijos. Un grupo mayor de primigestas refirió estar solteras en comparación con las multíparas; éstas últimas refirieron vivir más con pareja que las primigestas.

El nivel de estudio de ambos grupos superó a lo reportado por INEGI para el Estado de Nuevo León en el año 2000 (INEGI, 2006b). Sin embargo, el que tuvieran mayor instrucción no influyó en que tuvieran un ingreso mensual mayor por familia. Los ingresos mensuales en las primigestas superaron los \$4000, mientras que en las multíparas la mayoría refirió vivir con menos de \$4000 al mes, lo que equivale a 2.8 veces el salario mínimo para Nuevo León según la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (2006). Tanto en el grupo de primigestas como de multíparas se observa que la

gran mayoría reportan ser amas de casa. Llamó la atención del investigador el hecho que varias mujeres al realizarles esta pregunta contestaron “¡pero si tengo pareja!”, esto deja ver la asociación al rol de proveedor que otorgan al hombre y que el rol que ellas deben cumplir es el ser amas de casa. Castro (2004) reporta en un estudio de embarazadas que se atendieron en la Secretaria de Salud que la mayoría eran amas de casa a diferencia de un grupo que se atendían en el IMSS, donde cerca de la mitad del grupo contaban con un empleo. Este autor menciona que en las clases marginadas las mujeres enfrentan objeciones por parte de su pareja para trabajar; esto es un “proceso de desempoderamiento” que se asocia a la búsqueda de control por parte del hombre hacia la mujer (Castro, 2004).

En general, se puede concluir que las características sociodemográficas del grupo de primigestas y multíparas corresponden a sujetos con características de población abierta que viven en zonas urbanas. En suma la mayoría de las embarazadas son amas de casa, con ingresos económicos restringidos, que viven con su pareja y que al menos han completado sus estudios de secundaria.

La prueba de hipótesis mostró que en las primigestas el vivir con su pareja influyó positivamente sobre las semanas de inicio del control prenatal; las mujeres que vivían con su pareja iniciaron en forma más precoz el CPN que las que no vivían con su pareja. Trabajar fuera de casa también tuvo un efecto positivo sobre el inicio del CPN; la embarazada primigesta que trabajaba inició el CPN en forma más precoz que la que no lo hizo. Esto se asemeja a lo reportado por otros autores que mencionan que el trabajar fuera de casa se asocia a inicio precoz del CPN (Frank et al., 2004; Martínez-González et al., 1996).

Las variables edad, años de estudio, estado civil, número de personas viviendo con la embarazada e ingresos mensuales por familia no influyeron significativamente en la predicción del inicio del CPN en primigestas y además, en las multíparas las variables sociodemográficas no se asociaron a inicio precoz del CPN. Esto difiere a lo reportado

por Frank et al. (2004) con una población de Jalisco y Michoacán encontraron que la edad y el estado civil influyeron significativamente en inicio del CPN.

Martínez-González et al. (1996) reportaron que el número de familiares viviendo con la embarazada y los ingresos mensuales por familia también influían en el inicio del CPN, cosa que no ocurrió en las participantes de este estudio. Sin embargo, la relación propuesta por el MPS (Pender et al., 2002) acerca de que ciertas características sociodemográficas del individuo influyen directamente sobre una conducta de salud, fue confirmada en las primigestas y al menos dos de las características elegidas explican la conducta de inicio del CPN en este grupo de embarazadas.

La varianza explicada del modelo en las primigestas fue relativamente baja (17%), lo que podría estar confirmando que las variables sociodemográficas no son precisamente las que más explican la conducta de inicio del CPN, como lo han reportado otros autores (Cook et al., 1999; Jonhson et al., 2003). Lo anterior sugiere que son otros factores los que afectan el fenómeno de interés; Pender et al. (2002) refieren que los factores personales pueden afectar la conducta de forma directa e indirectamente a través de la percepción de beneficios y barreras, posteriormente se describe el efecto indirecto de las variables sociodemográficas sobre el inicio del CPN.

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

### *Experiencia Previa Relacionada*

Con base en el supuesto que “la experiencia previa...puede afectar directamente e indirectamente...la conducta promotora de salud” (Pender et al., 2002, p. 68), se investigó si la embarazada tenía experiencia de CPN precoz y si refería haber tenido algún tipo de problemas en embarazos previos.

La experiencia de inicio temprano del control en un embarazo previo influyó en el inicio del CPN. Este hallazgo es relevante debido a que algunos estudios han reportado que la experiencia previa no predice el inicio del CPN (McKeon, 1997; Roberts et al., 1998). La diferencia entre esos hallazgos y el de este estudio podría ser



explicada debido a que los autores consideraron la experiencia de CPN previa sin importar su inicio.

Pender et al. (2002) mencionan que la experiencia previa va a afectar la conducta en forma positiva o negativa, dependiendo de cómo se de la experiencia anterior; “si se experimentan beneficios, más probabilidad hay que la conducta se repita; por otro lado, si se experimentan barreras, éstas se almacenan en la memoria como obstáculos para la realización de la conducta” (p. 69). Basada en esto, puede ser que la mujer embarazada con CPN precoz en un embarazo previo almacenó los beneficios que esta experiencia le brindó; al contrario la embarazada que no tuvo esta experiencia, no pudo almacenar que era importante iniciar temprano el CPN.

El referir problemas en los embarazos anteriores no influyó en el inicio del CPN. Este hallazgo se opuso a lo reportado por la literatura (Robert et al., 1998) y sorprendió a la autora del estudio ya que como profesional de la salud se piensa que el experimentar problemas en un embarazo previo haría pensar a la embarazada sobre un posible riesgo de que se repitieran los problemas y entonces acudir al CPN tempranamente. Sin embargo, el MPS advierte que “el *temor o miedo* no son los principales motivadores de conductas de salud, en especial, en individuos que por muchas razones pueden no percibirse como vulnerables de enfermar” (Pender et al., 2002, p. 61). Al parecer este fue el caso de algunas embarazadas en este estudio.

### *Cogniciones Específicas de la Conducta*

Las cogniciones específicas de la conducta son consideradas de gran significancia motivacional en el MPS (Pender et al., 2002). En este estudio se investigaron cuatro de los conceptos que propone el modelo: beneficios percibidos, barreras percibidas, influencia interpersonal e influencia situacional.

### *Percepción de Beneficios al CPN*

Pender et al. (2002) mencionan que “factores sociodemográficos pueden afectar la percepción de beneficios de una conducta específica de salud” (p. 68). Por esta razón, primero se indagó si las características sociodemográficas afectaban la percepción de beneficios al CPN. Los hallazgos muestran que ninguna característica sociodemográfica en el grupo de primigestas ni en el grupo de multiparas influyó significativamente en la percepción de beneficios. Este hallazgo podría deberse a que las participantes constituyeron un grupo relativamente homogéneo en sus características sociodemográficas. Otra razón podría ser que a pesar de las diferencias que existen en las características sociodemográficas, la percepción de beneficios no se relaciona a éstas; lo que estaría negando la relación propuesta en el MPS. Sin embargo estos resultados deben tomarse con cautela ya que la asociación entre factores personales y beneficios percibidos ha sido poco estudiada por los autores que usaron el MPS como guía de sus estudios. De los estudios revisados sólo uno de ellos (Al-Obeisat, 1999) reporta haber investigado esta asociación y encontró que los factores personales no se relacionaron a beneficios percibidos

El MPS también menciona que la experiencia previa relacionada influye en la percepción de beneficios. La experiencia de CPN precoz en embarazos previos influyó significativamente en la percepción de beneficios. Esto verifica lo propuesto por el MPS que hace mención de que “la experiencia previa es la modeladora” de la percepción de beneficios (Pender et al., 2002, p. 69). Esta relación no ha sido investigada por ningún otro autor entre la literatura revisada. Sin embargo, constituye evidencia de que la experiencia previa puede ser reflejo de los beneficios previos.

En el grupo de las multiparas a medida que aumentan los beneficios disminuyen significativamente las semanas de inicio del CPN. Estos hallazgos sustentan lo propuesto por el MPS (Pender et al., 2002) en relación a que “los beneficios percibidos actúan como motivadores directos de la conducta” (p. 69). Esta relación también fue



reportada por Cananub (2004) en un estudio en embarazadas de Tailandia.

En el grupo de primigestas los beneficios percibidos tuvieron la dirección correcta, sin embargo no influyeron significativamente en el inicio del CPN. Otros autores como McKeon (1997) y Al-Obeisat (1999) reportan que los beneficios percibidos no tuvieron ningún impacto sobre el tiempo de inicio del CPN ni utilización del CPN en embarazadas de Nevada y Jordania. Sin embargo, estos autores no hacen diferencia según la paridad de las participantes como en el estudio actual. La diferencia que se produjo entre el grupo de primigesta y multíparas en este estudio podría tener una explicación en la experiencia previa que carecía la primera en relación con la otra, sin embargo, esto se opone a lo reportado por Roberts et al. (1998) en donde embarazadas multíparas percibieron el inicio del CPN como menos importante en relación a las primigestas.

#### *Percepción de Barreras al CPN*

El MPS (Pender et al., 2002) propone que las características personales afectan directamente la percepción de barreras y por lo tanto indirectamente la conducta promotora. En este estudio se encontró que en las primigestas tener menor edad, no vivir con pareja y tener menos años de estudio, se asociaron con un aumento significativo en la percepción de barreras al CPN. En cambio en las multíparas el vivir con pareja y el estar casada disminuyó la percepción de barreras al CPN. Conocer estas características sirvió para identificar las características sociodemográfica de las embarazadas que perciben más barreras para iniciar un CPN precoz, por lo tanto futuros grupos a los cuales deben ir dirigidas las intervenciones.

En el grupo de multíparas se observó que la experiencia previa no influyó en la percepción de barreras lo que se opone a la relación propuesta por el MPS. Sin embargo, esta relación no ha sido investigada por otros autores de la literatura revisada y por lo tanto estos hallazgos no pueden compararse.

Tanto en las primigestas como en las múltiparas a medida que incrementan las barreras incrementan las semanas de inicio del CPN. Esta relación ha sido verificada por varios estudios en población de embarazadas (Al-Obeisat, 1999; McKeon, 1997. Esto apoya lo postulado por Pender et al. (2002) de que “las barreras usualmente despiertan motivos de evasión en relación a una conducta dada” (p. 70).

Adicionalmente se preguntó por alguna otra razón por la cual inició tarde el CPN. Un 18% contestó que no asistió a CPN en forma precoz por que se realizó un ultrasonido y por lo tanto consideraba innecesario iniciar el CPN con el médico. Esto llamó la atención del investigador debido a que esta conducta se presentó incluso en algunas embarazadas que reportaron iniciar en forma temprana el CPN, con la variante que ellas iniciaban el CPN pero luego no acudían con regularidad a sus citas, pero si se realizaban un ultrasonido. Estas mujeres parecen tener la creencia de que un ultrasonido es la mejor manera de asegurar que todo marcha bien con el embarazo. Los autores de un estudio cualitativo (Harris, Connor, Bisits & Higginbotham, 2004) en embarazadas de Australia advierten que se ha producido una “normalización” del ultrasonido en el cuidado prenatal, tanto por las mujeres como por los médicos, sin entenderse adecuadamente el propósito del procedimiento. Según estos autores, el “fenómeno del ultrasonido” no deriva por la autoridad del médico, sino por la convergencia de poderes que representa en la realidad entre lo visual y lo científico.

El ultrasonido “ha sido sobreestimado por la mujer por diferentes razones, incluyendo el placer de ver al bebe cuando aun está en el útero y por la sensación que es parte del manejo responsable de su embarazo que aumenta la posibilidad de un buen resultado” (Harris et al., 2004, p. 40). Estos hallazgos se asemejan a lo reportado por Al-Obeisat (1999); la autora menciona que el ultrasonido es muy valioso para las mujeres de Jordania como una manera de asegurar la salud de su hijo y conocer el sexo de su bebe. Sin embargo, este fenómeno puede estar dándose en Nuevo León con algunas variaciones; por un lado por la facilidad que existe para acceder a realizarse un

ultrasonido en diferentes clínicas que lo ofrecen a bajo costo y sin la necesidad de consultar al médico; y por otro lado por que las embarazadas refieren que no necesitan ir a CPN ya que el proveedor de salud que les realiza el procedimiento les informa como está el bebe. Esto deja ver el inadecuado entendimiento que tienen estas mujeres acerca de que el CPN involucra no sólo saber que el bebe está bien, sino que incluye la promoción y protección de su salud para un buen término del embarazo.

### *Influencias Interpersonales*

La influencia interpersonal se midió a través del apoyo social recibido. No todos los factores personales estudiados influyeron en el apoyo recibido; sin embargo, los hallazgos muestran que tanto en las primigestas como en las multiparas algunas de estas características se asociaron significativamente con apoyo social recibido. El modelo en las primigestas verificó que las variables significativas son: edad actual, trabaja fuera de casa y años de estudio; a medida que incrementan los años de estudio incrementa el apoyo recibido; por el contrario, a medida que incrementa la edad menor es el apoyo recibido en este grupo de embarazadas. En el grupo de multiparas se encontró que vivir con la pareja, trabajar fuera de casa y estar casada influyen en el apoyo recibido; las embarazadas que vivían con pareja y que estaban casadas señalaron recibir mayor apoyo. Un hallazgo en ambos grupos de embarazadas fue que trabajar fuera de casa se asoció con menor apoyo social en forma significativa. Este hallazgo puede relacionarse a que la embarazada que trabaja lo realiza por una necesidad económica y por no tener quien la apoye en su manutención, y por lo tanto reporta menor apoyo social.

Al indagar si el apoyo social recibido predecía el inicio del CPN, se encontró que ni en las primigestas ni en las multiparas fue significativo para explicar ésta conducta. Este hallazgo difiere a lo reportado por algunos autores que han evaluado en forma aislada algunos reactivos de apoyo recibido como: recibió apoyo familiar y recibió incentivo por parte de la familia a iniciar el CPN (Erci, 2003; Jonhson et al., 2003). Sin

embargo, otros autores que usaron el MPS han reportado al igual que este estudio que el apoyo social no explicó la conducta de CPN (Cananub, 2004; McKeon, 1997). Una justificación que soportaría esta diferencia entre los estudios que usan modelo y los que no lo hacen, podría deberse a la instrumentación. Mientras los estudios de Erci y Jonhson et al. usaron algunas preguntas en cuestionarios construidas por los autores y de los cuales no reportan coeficiente de confiabilidad, los estudios de Cananub y McKeon lo hicieron a través de instrumentos validados.

Se debe considerar que el MPS advierte que los individuos varían en el grado al cual son sensibles a los deseos, ejemplos y elogios de los demás. Para que las influencias interpersonales tengan un efecto, los individuos deben prestar atención a las conductas, deseos y contribuciones de otros. Probablemente la población estudiada aun cuando recibió apoyo social, no lo asociaron como una motivación para asistir precozmente a CPN. Pender et al. (2002) mencionan que “el tipo de apoyo que es benéfico en una situación dada puede variar, dependiendo de la naturaleza y el estado de la situación enfrentada” (p. 239). Basado en esto, el instrumento que se usó en el presente estudio midió el apoyo social instrumental que “recibió” la embarazada como una forma más empírica de medición en comparación con el apoyo social percibido que es más subjetivo. Sin embargo, los resultados obtenidos no apoyaron la relación descrita en el MPS de que las influencias interpersonales afectan la conducta promotora de salud (Pender et al., 2002).

### *Influencia Situacionales*

Se exploró la influencia de dos situaciones que han sido reportadas como influencias negativas del inicio del CPN: la actitud negativa hacia el embarazo y la historia de violencia.

#### *Actitud negativa hacia el embarazo.*

De todos las características sociodemográficas investigadas sólo la edad actual

influyó significativamente en la actitud negativa hacia el embarazo en las primigestas; a menor edad mayor actitud negativa hacia el embarazo. En el grupo de multíparas vivir con la pareja y años de estudio predicen la actitud negativa hacia el embarazo; una mujer que vive con su pareja y tiene más años de estudio reportó menor actitud negativa hacia su embarazo. Cuando la embarazada tenía experiencia de CPN previo también tuvo menor actitud negativa hacia el embarazo. Estos hallazgos muestran que a pesar de que la hipótesis fue rechazada por la forma en que fue planteada, si se puede aceptar lo que el MPS postula acerca de que algunos factores personales predicen la experiencia situacional, en este caso representado por la actitud negativa hacia el embarazo.

La actitud negativa hacia el embarazo es un predictor fuerte del inicio del CPN en ambos grupos; a medida que aumenta el índice de actitud negativa hacia su embarazo, aumentan las semanas en que inician el CPN. Estos hallazgos se comparan a lo reportado en la literatura (Cook et al., 1999; Delgado-Rodríguez et al., 1997; Erci, 2003; Johnson et al., 2003; McKeon, 1997); además, apoya lo descrito por Pender et al. (2002) de que un ambiente con señales que desmotiven la acción afectan directamente la conducta de salud.

Cerca de la mitad del grupo de participantes manifestó que el embarazo no fue planeado y durante las entrevistas varias de estas mujeres comentaron que habían quedado embarazadas por que “él dijo que me iba a cuidar”. Esto puede asociarse a lo reportado por INEGI (2006c) en relación a que en Nuevo León sólo 51% de las mujeres participan en la decisión de si usan anticonceptivo. Castro (2004) menciona que en la relación de parejas se desarrolla un mecanismo de control que los hombres implementan sobre las mujeres. Tales controles tienen el objetivo de minar la capacidad de autonomía que las mujeres tienen sobre su cuerpo. En términos de “control”, lo que este autor destaca es que “las parejas buscan embarazarlas como una forma de expresar su poder sobre ellas, de controlar su sexualidad, y quizás de asegurar su fidelidad” (p. 273). Cuando una mujer abiertamente expresa su deseo de no querer embarazarse y cree en el

acuerdo aparente de que él “la cuida”, lógicamente al producirse el embarazo en estas circunstancias, las mujeres no pueden vivirlo sino como una situación negativa y por lo tanto afecta su autocuidado de salud.

#### *Historia de violencia.*

Los factores personales asociados a historia de violencia en las embarazadas primigestas fueron: vive con la pareja y años de estudio. Cuando vive con la pareja y a mayores años de estudio disminuye el índice de historia de violencia reportada por la embarazada. En las embarazadas múltiparas la edad, el estado civil y el índice de problemas en embarazos anteriores fueron los predictores de historia de violencia; a mayor edad, el no estar casada y mayor reporte de problemas en embarazos anteriores se asociaron a mayor reporte de historia de violencia. Por lo tanto, la relación descrita en el MPS acerca de que los factores personales y experiencia se relacionan con las influencias situacionales fue aceptada a través de los hallazgos de este estudio.

Un hallazgo que merece ser resaltado es la significancia de la relación de un mayor reporte de violencia con mayores problemas en embarazos anteriores. Este hallazgo ha sido descrito por otros autores como Valdez-Santiago y Sanín-Aguirre (1996) quienes reportan en embarazadas de Morelos, México que las mujeres con violencia están tres veces más expuestas a tener complicaciones durante el parto y posparto inmediato. Por otro lado, en un estudio en Guerrero, México mencionan que existe una asociación significativa entre problemas obstétricos durante el embarazo y violencia física (Paredes-Solis et al., 2004).

La historia de violencia correlacionó significativamente con las semanas de inicio del CPN sólo en las embarazadas primigestas, observándose que cuando aumenta la historia de violencia también aumenta las semanas de inicio del CPN. Sin embargo, al ingresar esta variable al modelo de predicción del inicio del CPN se observó que no tuvo el peso suficiente para predecir la conducta. Por lo tanto, la historia de violencia en este grupo de embarazadas no afectó la conducta de inicio del CPN y no apoya la relación



descrita por el MPS de que ciertas situaciones estresantes desmotivan la conducta promotora de salud (Pender et al., 2002). Sin embargo, los resultados de este estudio deben tomarse con cautela ya que se sabe que muchas mujeres no acusan violencia como una forma de mantener el problema dentro de los ámbitos del hogar y en donde la propia víctima, puede entrar en la complicidad de los abusos creyendo que hay que aplacar, silenciar, esconder, minimizar, para no molestar a los actores protagónicos ni a sí mismo (Ravazzola, 1997)

### *Conducta Promotora de Salud*

De las cogniciones y afectos de la conducta propuestas que predecirían el inicio del CPN, en las primigestas las barreras percibidas y la actitud hacia el embarazo predijeron el inicio del CPN, con una varianza explicada de 23%. Cuando se ajustó el modelo de residuales se incrementó el coeficiente de determinación a 24%.

En las multiparas los beneficios percibidos, las barreras y la actitud negativa hacia el embarazo fueron los predictores del inicio del CPN, con una varianza explicada de 44%. Al ajustar el modelo se incrementa la varianza explicada a 53%. Estos hallazgos difieren en parte a los de Cananub (2005) quien reportó que los beneficios fueron significativos, más no las barreras, en un modelo con varianza explicada menor. Sin embargo, McKeon se asemeja más a los hallazgos de este estudio al reportar que la actitud hacia el embarazo y las barreras influyeron en el inicio del CPN, pero los beneficios no influyeron en la conducta; el modelo tuvo una varianza explicada también baja.

La diferencia entre estos hallazgos podría deberse a la instrumentación. Los estudios de Cananub y de McKeon usaron instrumentos validados, pero no se basaron en el MPS. Polit & Hungler (2000) advierten que “lo principal es que el instrumento resulte pertinente desde el punto de vista conceptual, es decir, que coincida con la definición

conceptual de las variables con que cuenta el investigador” (p. 306). Esto podría soportar el procedimiento de adaptación que el instrumento usado en este estudio tuvo al MPS; el cual buscó encontrar los indicadores empíricos o atributos de los conceptos que representarían las abstracciones del MPS; aunque la validación es inicial, sustenta lo anterior. Fawcett (1999) menciona que la “psicometría metodológica está directamente dirigida al desarrollo y prueba de instrumentos usados en investigación empírica; el instrumento debe reflejar una teoría descriptiva acerca de un concepto, como también el modelo conceptual de donde fue tomado” (p. 16).

Existen algunos instrumentos validados para ser usados específicamente por el MPS, sin embargo, aun se carece de instrumentos de medición para ciertas conductas específicas como en este estudio lo era el CPN. Por ese motivo un aporte válido de esta investigación es el proceso de adaptación que se desarrolló del Cuestionario de Beneficios y Barreras del CPN y que logró congruencia interna aceptable entre los reactivos por subescalas. El desarrollar mediciones consistentes de conceptos es de alta importancia para la investigación de enfermería (Burns & Grove, 2001).

---

Como análisis adicional en este estudio se planteó el conocer las variables que predicen el inicio tardío del CPN. Los hallazgos muestran que tres de las variables fueron significativas en las embarazadas primigestas: ingresos mayores o iguales a \$4000 disminuyeron la probabilidad de inicio tardío; mientras que las que perciben más barreras y que poseen una mayor actitud negativa hacia el embarazo aumentan su probabilidad de inicio tardío. Esto se asemeja a lo reportado por Al-Obeisat (1999) quien encontró que las mujeres con mayores barreras utilizaban menos los servicios de CPN.

En el grupo de multíparas se encontró que la experiencia de inicio precoz del CPN en embarazos previos disminuyó en forma importante la probabilidad de inicio tardío del CPN, mientras que a mayor actitud negativa hacia el embarazo aumentó la probabilidad de inicio tardío del CPN. Este difiere de lo reportado por otros autores (McKeon, 1997; Robert et al., 1998); mientras el primer autor menciona que la



experiencia previa no influyó en el inicio del CPN; los otros autores mencionan que las multiparas percibieron como menos importante el CPN.

Pender et al. (2002) indican que “la mejor manera de predecir una conducta es conociendo la frecuencia de la misma conducta en el pasado” (p. 68). Los hallazgos de este estudio son relevantes al confirmar que cuando la experiencia del primer CPN es precoz la probabilidad de inicio tardío es menos de la mitad en comparación con la embarazada que ha tenido un inicio tardío en un embarazo previo. Sin embargo, esto hace reflexionar sobre que hizo que la experiencia previa fuera diferente entre las embarazadas. Starfield (2004) advierte la importancia del primer contacto y que “la relación médico-paciente influye de manera notable sobre lo que los pacientes piensan y hacen, lo cual queda reflejado en su grado de satisfacción y el recuerdo de la información pertinente a su situación” (p. 187). Estos hallazgos nos alertan sobre un tema de importancia que tiene que ver con la calidad de la atención en salud, tema que va más allá de los objetivos de este estudio.

---

### *Conclusión*

El Modelo de Promoción en Salud se consideró apropiado como base conceptual para guiar este estudio y fue consistente con el propósito y el tipo de fenómeno investigado; el inicio del control prenatal. Aun cuando las hipótesis planteadas en su forma original fueron rechazadas, se acepta que algunos conceptos propuestos por Pender et al. (2002) sirven para explicar la conducta de inicio del CPN. De los nueve conceptos que el MPS propone, en este estudio se llevó a verificación empírica seis de ellos; tres conceptos explicaron la conducta promotora de inicio del CPN en las embarazadas primigestas, mientras cuatro lo hicieron en las multiparas. Los hallazgos apoyan las siguientes proposiciones para las primigestas:

1. Los factores personales representados por las características sociodemográficas

(vive con pareja y trabaja fuera de casa) tiene un efecto directo sobre la conducta de inicio del CPN.

2. La percepción de barreras varía según los factores personales de la embarazada (edad, vive con pareja, años de estudio); y retrasa el inicio del CPN.
3. La influencia situacional representada por la actitud negativa hacia el embarazo varía según los factores personales (edad de la embarazada) y retrasa la conducta promotora de salud.
4. Los factores personales (edad actual, años de estudio y trabaja fuera de casa) influyen en las influencias interpersonales representadas por el apoyo recibido por la embarazada.
5. La influencia situacional representada por la historia de violencia varía según las características personales de la embarazada (vive con su pareja y años de estudio).

En las multiparas se encontraron los siguientes hallazgos:

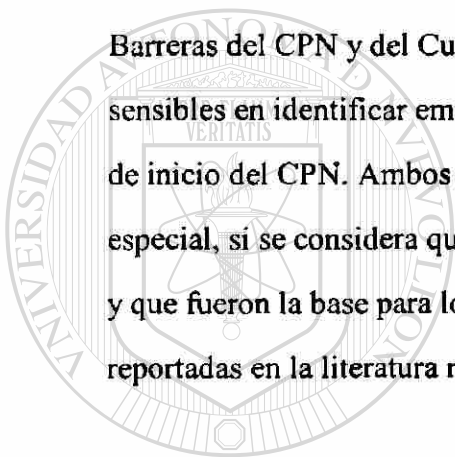
1. La experiencia relacionada (experiencia previa de CPN precoz) tiene un efecto directo sobre la conducta de inicio del CPN e indirecto a través de la percepción de beneficios del CPN.
2. La percepción de beneficios motiva la conducta promotora de inicio precoz del CPN.
3. La experiencia relacionada (problemas en embarazos anteriores) influye en la influencia situacional (historia de violencia reportada por la embarazada).
4. Según como haya sido la experiencia relacionada (experiencia previa de CPN), ésta influye positiva o negativamente en la influencia situacional (actitud negativa hacia el embarazo actual); la que a su vez influye en la conducta de promoción del inicio del CPN.
5. La percepción de barreras varia según los factores personales (vive con la pareja

y casada) y éstas influyen en la conducta promotora de inicio del CPN.

6. Los factores personales (edad y casada) influyen en la influencia situacional representada por historia de violencia de la embarazadas.

En la figura 6 y 7 se muestran los modelos propuestos para la explicación de la conducta de inicio del CPN en embarazadas primigestas y multiparas en mujeres de Monterrey, México, generados a partir de los hallazgos de este estudio.

Como aporte adicional, se logró congruencia del Cuestionario de Beneficios y Barreras del CPN y del Cuestionario de Abuso de la Mujer al MPS, los cuales fueron sensibles en identificar empíricamente los factores que afectaban la conducta promotora de inicio del CPN. Ambos cuestionarios lograron confiabilidad interna apropiada, en especial, si se considera que son cuestionarios que se pusieron a prueba por primera vez y que fueron la base para lograr reportar varianza explicada del MPS mejores a las reportadas en la literatura relacionada.



UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



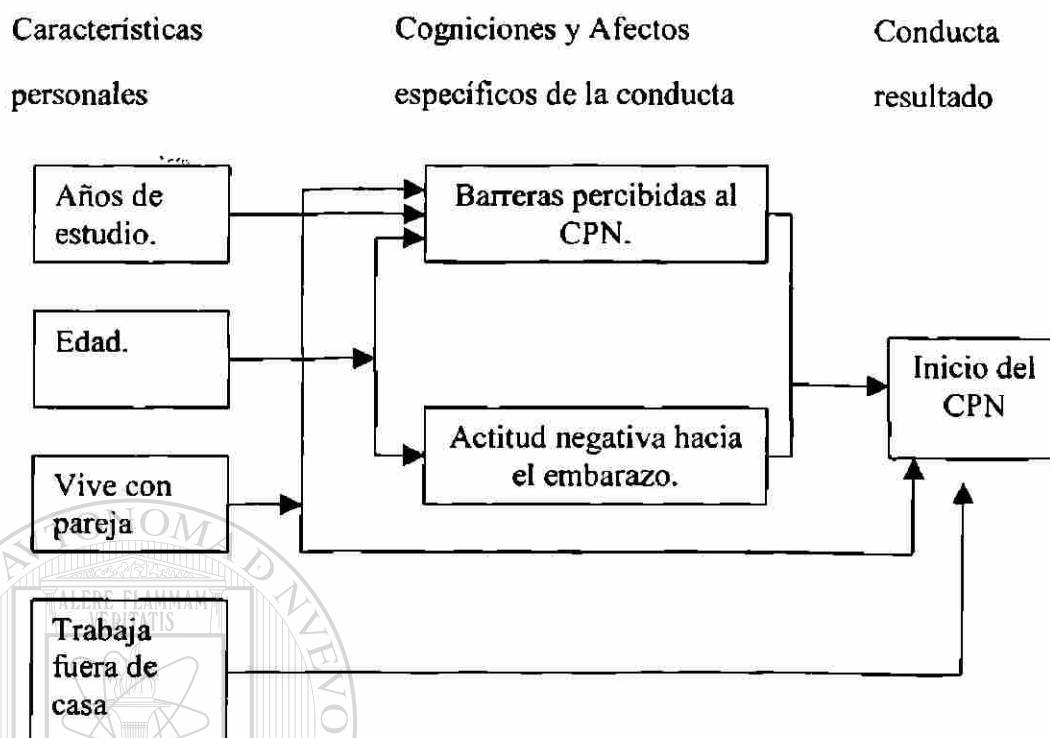
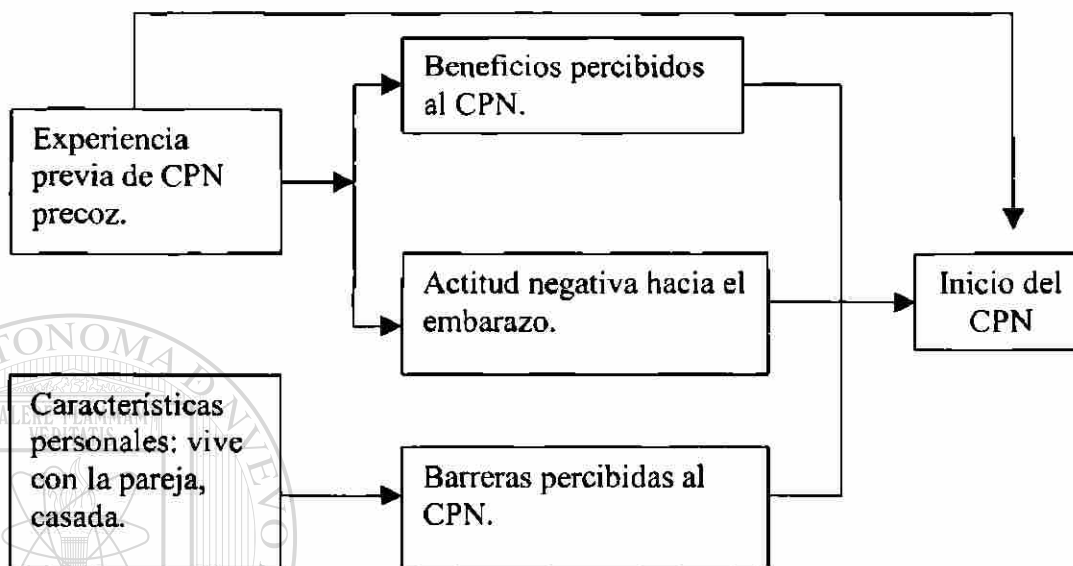


Figura 6. Modelo final de los factores predictivos del inicio del CPN en embarazadas primigestas del área metropolitana de Monterrey, México. Basados en los resultados del estudio y el MPS (Pender et al., 2002).

Características personales	Cogniciones y Afectos específicos de la conducta	Conducta resultado
-------------------------------	---	-----------------------



**Figura 7.** Modelo final de los factores predictivos del inicio del CPN en embarazadas multiparas del área metropolitana de Monterrey, México. Basados en los resultados del estudio y el MPS (Pender et al., 2002).

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

*Limitaciones*

Las limitaciones de este estudio incluyen lo siguiente:

1. Las participantes fueron mujeres que consultaron voluntariamente en el Hospital Universitario para realizar su CPN, por lo tanto mujeres que jamás realizaron un CPN no fueron identificadas en este estudio.
2. La muestra fue obtenida de mujeres del área metropolitana de Monterrey; por lo tanto, la generalización de los hallazgos está limitada para esta zona geográfica o alguna de características similares, pero no para zonas rurales.

3. No todos los factores potenciales que influyen el inicio del CPN han sido examinados en este estudio.

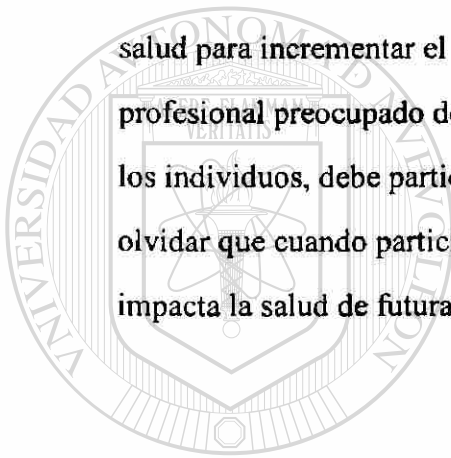
### *Recomendaciones*

Las siguientes son algunas recomendaciones que se realizan basándose en los hallazgos de este estudio:

1. Es necesario desarrollar programas de educación acerca de los beneficios del inicio temprano del CPN y enfatizar que el ultrasonido es insuficiente para asegurar la salud de la madre y el bebe.
2. Implementar un sistema de red estatal de manera que cuando un embarazo es confirmado, inmediatamente referirlo a cuidado prenatal al centro de salud que corresponda.
3. Implementar servicios que mantengan consultas regulares para las embarazadas a bajo costo, sin perjuicio de la calidad.
4. Siendo uno de los mayores predictores para un inicio tardío la actitud negativa hacia el embarazo, es necesario implementar medidas para facilitar el acceso a opciones de planificación familiar de las mujeres.
5. Los instrumentos usados fueron adaptados de cuestionarios usados en EE.UU. por lo que sería conveniente continuar poniéndolos a prueba para mejorar su adaptación al MPS (Pender et al., 2002) en población de Mexicana.
6. Sería beneficioso realizar un estudio con grupos comparativos que difieran en características sociodemográficas para verificar cuales de estas son las que están influyendo más marcadamente la conducta de inicio del CPN.
7. Este estudio sólo investigó el inicio del CPN; sin embargo la utilización del CPN incluye las visitas regulares que realizan las embarazadas, fenómeno que sería recomendable observar.

8. Diseñar un estudio que incluya otros conceptos del MPS que explore los aspectos del embarazo no planeado y la relación con las creencias de la mujer relacionadas con sus prácticas de salud.
9. Diseñar un estudio para examinar la calidad de los servicios de cuidado prenatal que se entregan en los diferentes centros de salud del Estado de Nuevo León para que ayuden a comprender este fenómeno.

Este estudio ha mostrado que se requiere de esfuerzos por parte del sistema de salud para incrementar el inicio temprano del cuidado prenatal. Enfermería como profesional preocupado de la promoción de conductas que busquen mejorar la salud de los individuos, debe participar activamente en la promoción del inicio del CPN; sin olvidar que cuando participa en el cuidado de la salud de la embarazada, directamente impacta la salud de futuras generaciones.



UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## Referencias

- Al-Obeisat, S., (1999). Prenatal care utilization among Jordanian women. *ProQuest Information and Learning Company, Dissertation Publishing*. (University Microfilm Information No. 9925222).
- Bloom, K. C., Bednarzyk, M. S., Devitt, D. L., Renault, R. A., Teaman, V. & Van Loock, D. (2004). Barriers to prenatal care for homeless pregnant women. *Journal of Gynecologies and Neonatal Nursing*, 33(4), 428-435.
- Bouchard, G. (2005). Adult couples facing a planned or an unplanned pregnancy, two realities. *Journal of Family Issues*, 26(5), 619-637.
- Burns, N., & Grove, S. (2001). Selecting a research design. In N. Burns & S. Grove (Eds). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (pp. 247, 286). Philadelphia, Pennsylvania, USA: W.B. Saunders Company.
- Cananub, P. (2005). Factors that influence prenatal care utilization among Thai women. *ProQuest Information and Learning Company, Dissertation Publishing*.  
(University Microfilm Information No. 3148114).
- Castro, R. (2004). *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. Cuernavaca, Morelos, México: Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigación Multidisciplinarias.
- Castro, R., Peek-Asa, C. & Ruiz, A. (2003). Violence against women in Mexico: A study of abuse before and during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1110-1116.
- Cook, C. A., Seling, K. L., Wedge, B. J. & Gohn-Baube, E. A. (1999). Access barriers and the use of prenatal care by low-income, inner-city women. *Social Work*, 44(2), 129-139.
- Comisión Nacional de Salario Mínimo (2006). Salarios mínimos vigentes a partir de 1º de enero de 2006. *Secretaría del Trabajo y Previsión Social*. México.: Autor.



- Champion, J. D. (2001). *Women Abuse Screen*. The University of Texas, Health Science Center, Tx, USA.: Autor.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (1995). *Theory and nursing, a systematic approach*. (4a.ed.) Missouri, EE.UU.: Mosby-Year Book, Inc.
- Delgado-Rodríguez, M., Gómez-Olmedo, M., Bueno-Cavanillas, A. & Gálvez-Vargas, R. (1997). Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care. *Journal of Preventive Medicine*, 26(6), 834-838.
- Erci, B. (2003). Barriers to utilization of prenatal care service in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 269-273.
- Elashoff, D. J., Dixon, J. W., Crede, M. K. & Fotheringham, N. (1997). Nquery Advisor. Copyright.
- El-Mohandes, A., Herman, A. A., El-Khorazaty, M. N., Katta, P. S., White, D. & Grylack, L. (2003). Prenatal care reduces the impact of illicit drug use on perinatal outcomes. *Journal of Perinatology*, 23, 354-360.
- Fawcett, J. (1999). An overview of conceptual models, theories, and research. En J. Fawcett (Ed.), *The relationship of theory and research* (3ra. ed., pp. 1-22). Philadelphia, PA, EE.UU.: F.A. Davis Company.
- Frank, R., Pelcastre, B., Salgado de Snyder, N., Frisbie, P. W., Potter, J. E. & Bronfman-Pertzovsky, M. N. (2004). Low birth weight in Mexico: New evidence from a multi-site postpartum hospital survey. *Revista de Salud Pública de México*, 46 (1), 1-9.
- Fuller, Ch. A. & Gallegher, R. (1999). What's happening, perceived benefits and barriers of prenatal care in low income women. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 11(12), 527-532.
- Gobierno del Estado de Nuevo León (2006). Embarazo saludable. Recuperado el 9 de Junio de 2006 en [http://www.nl.gob.mx/?P=salud\\_mujer\\_probemb\\_embsalud](http://www.nl.gob.mx/?P=salud_mujer_probemb_embsalud)

Harris, G., Connor, L., Bisits, A. & Higginbotham, N. (2004). "Seeing the baby": pleasures and dilemmas of ultrasound technologies for primiparous Australian women. *Medical Anthropology Quarterly*, 18 (1), 23-41.

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González (2005). Hoja de estadística por consulta anual Obstetricia. Archivo, Monterrey. México.: Autor.

Hulsey, T. M. (2001). Association between early prenatal care and mother's intention of and desire for the pregnancy. *Journal of Gynecologies and Neonatal Nursing*, 30(3), 275-282.

Huth-Bocks, A., Levendosky, A. & Bogat, A. (2002). The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence and Victims*, 17(2), 169.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. (2006a). *Consultas a embarazadas por primera vez según trimestre de gestación. Cobertura nacional y cobertura Nuevo León*. Recuperado el 13 de junio de 2006, de <http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/cgi-win/sisesim.exe/Consultar>

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. (2006b). *Distribución porcentual de la población de 15 y más años según nivel de escolaridad para cada entidad federativa y sexo, 2000*. Recuperado el 12 de junio de 2006, de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=medu10&c=3>  
278

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. (2006c). *Mujeres que participan en la decisión de si usan anticonceptivos %*. *Cobertura nacional y cobertura Nuevo León*. Recuperado el 28 de noviembre de 2005, de <http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/cgi-win/sisesim.exe/Consultar>

Jessup, M. A., Humphreys, J. C., Brindis, C. D. & Lee, K. A. (2003). Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *Journal of Drug Issues*, 33(2), 285-304.

porcentual de la población de 15 y más años según nivel de escolaridad para cada entidad federativa y sexo, 2000. Recuperado el 12 de junio de 2006, de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=medu10&c=3>; 278

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. (2006c). *Mujeres que participan en la decisión de si usan anticonceptivos %. Cobertura nacional y cobertura Nuevo León*. Recuperado el 28 de noviembre de 2005, de <http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/cgi-win/sisesim.exe/Consultar>

Jessup, M. A., Humphreys, J. C., Brindis, C. D. & Lee, K. A. (2003). Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *Journal of Drug Issues*, 33(2), 285-304.

Jonhson, A. A., El-Khorazaty, M. N., Hatcher, B. J., Wingrove, B. K., Milligan, R., Harris, C., et al. (2003). Determinants of late prenatal care initiation by African American women in Washington, D.C. *Maternal and Child Health Journal*, 7(2), 103-114.

Martínez-González, L., Reyes-Frausto, S. & García-Peña, M. (1996). Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista de Salud Pública de México*, 38(5), 341-351.

McFarlane, J., Parker, B. & Soeken, K. (1996). Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research*, 45(1), 37-42.

McKeon, F. M. (1997). Health-promotion behaviours: predictors of early vs. late initiation to prenatal care. *ProQuest Information and Learning Company, Dissertation Publishing*. (University Microfilm Information No. 1385184).

Michigan Department of Community Health. (2004). Prenatal care in Michigan. *Pregnancy risk assessment monitoring system delivery*, 3(3), 1-4.

Mize, J. D. (1999). Coping among women with unplanned pregnancies who are planning adoption: a correlational study. *ProQuest Information and Learning Company*,

- Polit, D. F. (1996). Discriminant analysis and logistic regression. En D.F. Polit (Ed.). *Data Analysis and Statistics for Nursing Research* (pp.381-412). New Jersey, USA: Prentice Hall.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Ravazzola, M.C. (1997). Doble ciego o no vemos que no vemos. En M.C. Ravazzola (Ed.), *Historias infames: El maltrato en las relaciones* (pp. 93-105). Buenos Aires, Argentina.: Paidós.
- Roberts, R. O., Yawn, B. P., Wickes, S. L., Field, Ch. S., Garretson, M. & Jacobsen, S. (1998). Barriers to prenatal care: factors associated with initiation of care in middle-class Midwestern community. *Journal of Family Practice*, 47(1), 53-61.
- Romero-Gutiérrez, G., Martínez-Ceja, C., Abrego-Olvira, E. & Ponce-Ponce, A. (2005). Multivariate analysis of risk factors for stillbirth in Leon, Mexico. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinava*, 84, 2-6.
- Rooks, J. P. (1998). Benefits and limitations of prenatal care. *Journal of American Medicine Association*, 280(24), 2072.
- Rosenberg, K. D. (1998). Benefits and limitations of prenatal care. *Journal of American Medicine Association*, 280(24), 2072.
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación*. Recuperada el 20 de octubre de 2004 en [http://www.hgm.salud.gob.mx/servmed/reg\\_investigacion.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/servmed/reg_investigacion.pdf).
- Secretaría de Salud. (1993). *Norma oficial Mexicana Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. (NOM-007-SSA2-1993). México.: Autor.
- Secretaría de Salud. (1999). *Norma oficial Mexicana. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*. (NOM-190-SSA1-1999). México.: Autor.

- Starfield, B. (2004). Relaciones médico-paciente. En B. Starfield (Ed.) (J. Plana Tr.) *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología* (pp. 183-196). Barcelona. España: MASSON, S.A.
- Sword, W. (2003). Prenatal care use among women of low income: a matter of "Taking care of self". *Qualitative Health Research*, 13(3), 319-332.
- Tyson, H., Higgins, R. D. & Tyson, I. (1999). Family dysfunction and native American women who do not seek prenatal care. *Archives of Family Medicine*, 8, 111-117.
- Valdez-Santiago, R. & Sanín-Aguirre, L. (1996). La violencia domestica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Revista de Salud Pública de México*, 38, 352-362.

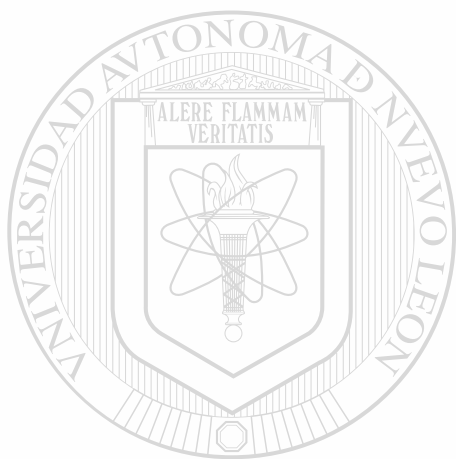


# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





Apéndices

UANL

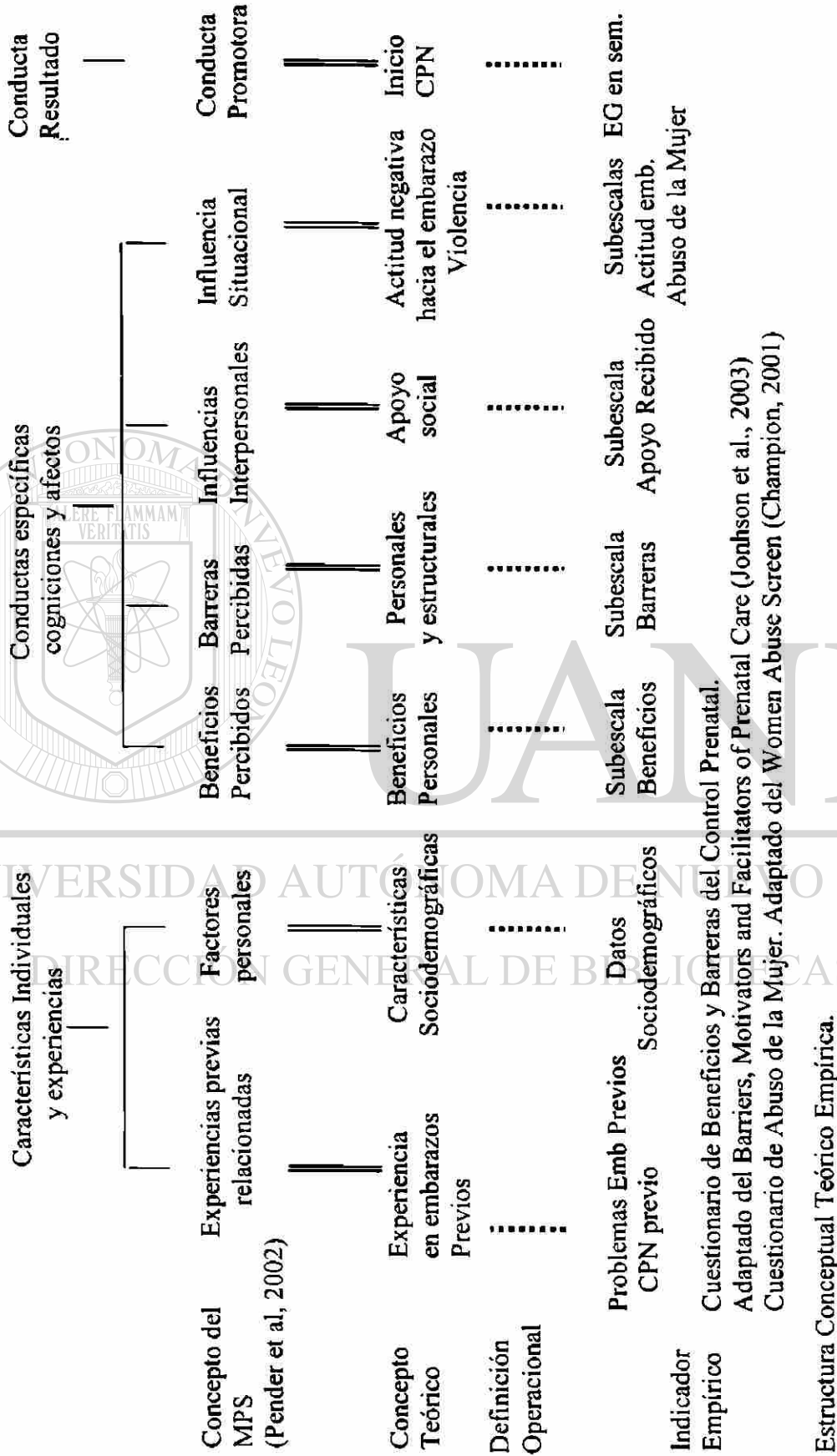
---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Apéndice A



## Apéndice B



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

*Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal*

Le voy a preguntar acerca de la historia personal, de su embarazo, sus creencias acerca del cuidado prenatal y sus sentimientos acerca del sistema de atención prenatal del Centro de Salud. Por favor trate de dar respuestas francas y completas a cada pregunta que le haré.

Número de identificación del sujeto:		Etiqueta	
Fecha de la entrevista			
Hora inicio entrevista		Hora término entrevista	
Fecha de la primera visita		Edad gestacional primera visita	

PARTE A. INFORMACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

Primero partiré haciéndole algunas preguntas de información general sobre usted.

A1. ¿Cuál es su edad actual?

— AÑOS

A2. ¿Cuál es su estado civil? Es usted:

- Casada actualmente,..... 1  
 Divorciada,..... 2  
 Viuda,..... 3  
 Separada,..... 4  
 O nunca se ha casado..... 5

A3. ¿Actualmente vive con una pareja o marido?

- SÍ..... 1  
 NO..... 0

A4. ¿Cuántas personas (incluyéndola a usted) viven en su hogar?

— —



- A5. ¿Cuántas de las personas que viven con usted son:
- a) adultos mayores de 18 años?      \_\_\_
- b) niños menores de 5 años?      \_\_\_
- c) niños de 5-12 años?      \_\_\_
- d) adolescentes de 13-18 años?      \_\_\_
- e) Total      \_\_\_ (NOTA: ESTO DEBE COINCIDIR CON LA PREGUNTA A4)

- A6. ¿Hasta que año completo estudió?
- a) sin estudios.....00
- b) primaria/secundaria .....01 02 03 04 05 06 07 08 09
- c) preparatoria.....10 11 12
- d) instituto/universidad.....13 14 15 16 17 y más

- A7. ¿Actualmente está empleada fuera del hogar?
- SÍ.....1
- NO.....0      PASE A PREG. A8

- A7a. ¿Su jornada de trabajo es
- medio tiempo o.....1
- tiempo completo? .....2

- A8. ¿Cuál es el ingreso promedio de su familia. Por favor incluya sus ingresos y los ingresos de todas las demás personas de su hogar que comparten los gastos. Puede decirme SEMANALMENTE, QUINCENALMENTE o MENSUALMENTE, lo que sea más fácil para usted.

	SEMANALMENTE	QUINCENALMENTE	MENSUALMENTE
1	< 500	< 1000	< 2000
2	500 A 999	1000 A 1999	2000 A 3999
3	1000 A 1499	2000 A 2999	4000 A 5999
4	1500 A 1999	3000 A 3999	6000 A 7999
5	2000 A 2499	4000 A 4999	8000 A 9999
6	2500 O MÁS	5000 O MÁS	10000 O MÁS
98	NO SE		
99	NO DESEA DECIR		

- A9. ¿Cómo pagará su control prenatal?
- a) no pagará..... 0
- b) pagará parte de los gastos..... 1
- c) pagará todos los gastos..... 2
- d) otro..... 3
- e) no sabe .....98
- Especifique \_\_\_\_\_

- A10. ¿Cómo pagará su parto?
- a) no pagará..... 0
- b) pagará parte de los gastos..... 1
- c) pagará todos los gastos..... 2
- d) otro..... 3
- e) no sabe..... 98
- Especifique\_\_\_\_\_

Parte B. HISTORIA REPRODUCTIVA (experiencia previa)

Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de sus embarazos anteriores.

- B1. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primer período menstrual?

\_\_\_\_\_ AÑOS  
98.....NO SABE

- B2. ¿Su embarazo actual es el primero?

SÍ.....1  
NO.....0

PASE A SECCION C

- B3. ¿Cuántos años tenía cuando se embarazó por primera vez?

\_\_\_\_\_ años de edad en el primer embarazo

- B4. Incluyendo este embarazo ¿cuántas veces ha estado embarazada? Por favor incluya todos los embarazos, es decir, todos aquellos que dieron como resultado niños vivos, niños muertos, abortos o bebés perdidos.

\_\_\_\_\_ VECES EMBARAZADA

- B5. ¿Cuántos bebés han nacido vivos?

\_\_\_\_\_ NÚMERO DE BEBÉS NACIDOS VIVOS  
00.....NINGUNO

- B6. ¿Cuántos bebés nacidos muertos ha tenido? (bebés nacidos después de 20 sem. EG)

\_\_\_\_\_ NACIDOS MUERTOS  
00.....NINGUNO

- B7. ¿Cuántos abortos espontáneos ha tenido?

\_\_\_\_\_ NÚMERO DE ABORTOS ESPONTÁNEOS  
00.....NINGUNO

- B8. ¿Cuántos abortos provocados ha tenido? (un embarazo terminado por un procedimiento médico).

\_\_\_\_\_ NÚMERO DE ABORTOS PROVOCADOS

B9. ¿Ha muerto alguno de sus hijos dentro de su primer año de vida?

SÍ.....1

NO.....0

PASE A PREG. B10

B9a. ¿Cuántos de sus hijos han muerto en el primer año de vida?

\_\_\_\_\_ HIJOS QUE HAN MUERTO

B10. ¿Nació alguno de sus hijos con un peso menor de 2.5 Kg.?

SÍ.....1

NO.....0

PASE A PREG. B11

B10. ¿Cuántos de sus hijos nacieron con un peso menor de 2.5 Kg.?

\_\_\_\_\_ HIJOS

B11. ¿Alguno de sus hijos nació antes de tiempo (menos de 37 semanas de gestación)?

SÍ.....1

NO.....0

PASE A PREG. B12

B11a. ¿Cuántos de sus hijos nacieron antes de tiempo (menos de 37 semanas)?

\_\_\_\_\_ HIJOS

B12. ¿Cuántos de sus hijos nacidos vivos están vivos ahora?

\_\_\_\_\_ HIJOS NACIDOS VIVOS TODAVÍA VIVOS

B13. ¿Alguno de sus hijos necesitó hospitalización al momento de nacer?

SÍ..... 1

NO..... 0

B13a. ¿Cuántos de sus hijos necesitaron hospitalización?

\_\_\_\_\_ NÚMERO DE HIJOS

B14. ¿Cuándo terminó su último embarazo? Por favor incluya cualquier resultado, tal como nacido vivo, nacido muerto, aborto provocado o aborto espontáneo.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
DÍA    MES    AÑO

B15. En cuantos embarazos usted consultó en una clínica al menos 6 meses antes que su hijo naciera?

1. En todos

2. Algunos

3. Ninguno

B16. ¿Cuántos de sus hijos nacieron por parto vaginal?

NÚMERO.....

B17. ¿Cuánto de sus hijos nacieron por cesárea?

NÚMERO.....

B18. Tuvo alguno de estos problemas durante sus embarazos? (Cheque todos los que aplican).

	1. SI	0. NO
a) Sangramiento antes del parto		
b) Bolsa de agua rota antes del parto		
c) Presión alta		
d) Diabetes gestacional		
e) El feto no creció bien		
f) Problemas con su hijo al momento del parto		
g) Su hijo nació con problemas		
h) Infecciones		
i) Otro		

### PARTE C. INFORMACIÓN DEL EMBARAZO ACTUAL

Ahora le haré algunas preguntas acerca de su embarazo actual.

C1. ¿Cuándo fue su última regla?

DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_  
 NO SABE.....98

C2. ¿Para cuándo tiene fecha de parto?

DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_  
 NO SABE .....98

C3. ¿Qué le hizo pensar que estaba embarazada?

no llegó su período..... 01  
 se sentía mareada/con náuseas..... 02  
 presentía/tenía una sensación..... 03  
 sentía al bebé moverse ..... 04  
 veía manchas..... 05  
 se sentía hinchada..... 06  
 senos sensibles..... 07  
 se sentía cansada..... 08  
 necesitaba orinar con frecuencia..... 09  
 otro..... 10

(ESPECIFIQUE)

C4. ¿Fue al doctor, la clínica o el hospital para asegurarse que estaba embarazada?  
 SÍ.....1  
 NO.....0 PASE A PREG. C5

C4a. ¿A dónde acudió para asegurarse que estaba embarazada?  
 AL MISMO LUGAR DE LA ENTREVISTA..... 1  
 UN LUGAR DIFERENTE..... 2

\_\_\_\_\_  
 (ESPECIFIQUE)

C5. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando se hizo la prueba de embarazo?  
 \_\_\_\_ SEMANAS DE EMBARAZO  
 96.....NO SE LO HIZO  
 98.....NO SABE

C6. ¿Cuántos días o semanas pasaron desde que supo que estaba embarazada hasta que usted por primera vez fue a pedir una consulta en la clínica o el consultorio?  
 \_\_\_\_ DÍAS  
 Y \_\_\_\_ SEMANAS  
 Y \_\_\_\_ MESES  
 Ó 97.....EL MISMO DÍA

C7. ¿Cuántos días o semanas pasaron desde que hizo la primera cita prenatal hasta el día real de su consulta?  
 \_\_\_\_ DÍAS  
 Y \_\_\_\_ SEMANAS  
 Y \_\_\_\_ MESES  
 Ó 97.....EL MISMO DÍA

C8. ¿Ha acudido a la sala de emergencias durante este embarazo por alguna razón relacionada con su salud o embarazo?  
 SÍ.....1  
 NO.....0 PASE A PREG. C9

C8a. ¿Cuántas veces ha acudido a la sala de emergencias durante este embarazo?  
 \_\_\_\_ VECES

C9. Ha tenido o tiene alguno de estos problemas durante este embarazo? (Cheque todos los que aplican).

	1. SI	0. NO
a) Sangramiento por los genitales durante el embarazo		
b) Bolsa de agua rota antes del parto		
c) Presión alta		
d) Diabetes gestacional		

e) El bebe no esta creciendo bien		
f) Problemas con el bebe		
g) Infecciones		
h) Otro problema		

**PARTE D. BENEFICIOS Y BARRERAS DEL CONTROL PRENATAL**

**D1. BENEFICIOS:** Ahora leeré algunas razones por las cuales algunas mujeres inician el cuidado prenatal. Por favor dígame si esa razón la hizo iniciar o no el cuidado prenatal.

*Usted inició el cuidado prenatal .....*

	SÍ	NO
a) para aprender cómo proteger su salud	1	0
b) porque tenía miedo de tener problemas durante el embarazo sin cuidado prenatal	1	0
c) para hablar con alguien acerca de su embarazo	1	0
d) para aprender mejores hábitos de salud	1	0
e) para aprender acerca del trabajo de parto y el parto	1	0
f) para tener un bebé sano	1	0

Le voy a leer una lista de cosas que las mujeres nos han dicho que hacen más fácil iniciar el cuidado prenatal.

**D2. ¿Puede trasladarse fácilmente para sus citas de cuidado prenatal?**

SÍ.....1  
NO..... 0

**D2a. ¿Cómo llegó a esta cita prenatal?**

CAMINANDO.....1  
CAMIÓN.....2  
AUTOMÓVIL.....3  
TAXI.....4  
METRO.....5  
OTRO.....6

(ESPECIFIQUE)

**D2b. ¿Cuánto le llevó trasladarse a esta cita prenatal?**

— — MINUTOS  
Y — — HORAS  
O 98.....NO SÉ

D3. ¿Son las horas de la clínica adecuadas para usted?

SÍ..... 1

NO..... 0

D4. ¿Fue fácil conseguir una cita?

SÍ..... 1

NO..... 0

D5. ¿Cree que los servicios de la clínica son buenos?

SÍ..... 1

NO..... 0

D5a. ¿Hay algún otro servicio que le gustaría tener en esta clínica?

SÍ..... 1

\_\_\_\_\_ ESPECIFIQUE

NO..... 0

D5b. ¿Hay otras cosas que motivaron o hicieron más fácil para usted iniciar el cuidado prenatal?

SÍ..... 1

\_\_\_\_\_ ESPECIFIQUE

NO..... 0

D6. ¿Tiene preferencia por el sexo de su doctor?

SÍ..... 1

NO..... 0

PASE A PREG. D7

D6a. ¿De qué sexo preferiría que fuera su doctor?

MASCULINO..... 1

FEMENINO..... 2

D6b. ¿Inició más tarde el control prenatal debido al sexo de su doctor?

SÍ..... 1

NO..... 0

D7 ACTITUD SOBRE EL EMBARAZO Y EL CUIDADO PRENATAL: Dígame si alguna de estas cosas le ocurrió o sintió usted durante este embarazo

	SÍ	NO
a) acudió tarde para la prueba de embarazo	1	0
b) no pensaba que necesitara cuidado prenatal	1	0
c) prefiere acudir a emergencias cuando hay un problema	1	0
d) puede cuidarse sola durante el embarazo	1	0
e) es suficiente con los consejos acerca del embarazo que recibe de su familia y amigos	1	0
f) no quería que la gente supiera que estaba embarazada	1	0

g)	el embarazo no fue planeado	1	0
h)	no estaba feliz por estar embarazada	1	0
i)	estaba pensando en abortar	1	0
j)	usted estaba ocupada en otras responsabilidades por lo que no podía asistir a control prenatal	1	0
k)	usted no sabía que estaba embarazada	1	0

D8. **BARRERAS PERSONALES:** La siguiente es una lista de cosas personales que afectan las decisiones de las mujeres para iniciar el cuidado prenatal. Por favor dígame si estas razones causaron que usted iniciara el cuidado prenatal más tarde de lo que planeaba.

*Usted inició el cuidado prenatal más tarde porque...*

	SÍ	NO
a) porque no se sentía bien	1	0
b) por problemas familiares	1	0
c) por problemas con su esposo o novio	1	0
d) porque había estado bajo estrés	1	0
e) porque estaba deprimida	1	0
f) por problemas personales	1	0
g) porque no estaba pensando claramente en ello	1	0

D9. **BARRERAS:** Por favor dígame si estas razones causaron que usted iniciara el cuidado prenatal más tarde de lo que planeaba.

*Usted inició el cuidado prenatal más tarde porque...*

	SÍ	NO
a) no tenía dinero para pagar el cuidado prenatal	1	0
b) no tenía seguridad social de salud	1	0
c) no sabía que podía conseguir ayuda para pagar el cuidado prenatal	1	0
d) no sabía donde podría obtener cuidado prenatal	1	0
e) no le gustó la actitud del personal de la clínica	1	0
f) no pensaba que podría comunicarse con el personal	1	0
g) tenía miedo o no le gustan las pruebas médicas y exámenes	1	0
h) no le gustan los trabajadores de salud	1	0



- D10. La siguiente es una lista de cosas externas que afectan las decisiones de las mujeres para iniciar el cuidado prenatal. Por favor dígame si estas razones causaron que usted iniciara el cuidado prenatal más tarde de lo que planeaba.

*Usted inició el cuidado prenatal más tarde porque....*

	SÍ	NO
a) no podía encontrar cita	1	0
b) su cita fue cancelada por la clínica	1	0
c) las horas de la clínica son inadecuadas para usted	1	0
d) tiene que espera mucho para conseguir una cita	1	0
e) tenía problemas de transportes	1	0
j) usted olvido la cita	1	0
f) no consiguió permiso en su trabajo	1	0
g) tenía que esperar mucho en la sala de espera	1	0
h) se cambio de casa	1	0
i) no tenía donde vivir	1	0
j) estaba asustada de los delincuentes cerca de la clínica o de su casa	1	0

- D11. ¿Hay alguna otra cosa que hiciera que empezara el cuidado prenatal más tarde (de lo planeado)?

SÍ.....1  
NO.....0

ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

#### PARTE E. INFORMACIÓN ACERCA DE FACTORES CONDUCTUALES

La siguiente sección aborda las conductas de estilo de vida en las que pueden participar las mujeres embarazadas. Sus respuestas honestas nos ayudarán a diseñar los servicios apropiados basados en sus necesidades. Las preguntas se aplican a su embarazo actual.

- E1. Por favor dígame ¿cuál de los siguientes enunciados acerca del tabaco y el embarazo se aplican a usted?

No fumé antes del embarazo/nunca fumé..... 1  
Dejé de fumar pero no por el embarazo..... 2 PASE A PREG. E2  
Dejé de fumar por el embarazo ..... 3  
Fumo actualmente, pero lo reduzco por el embarazo.4  
Fumo actualmente igual que antes del embarazo.....5

E1a. ¿Cuántos cigarros al día fuma?  
\_\_\_ CIGARROS AL DÍA

E1b. ¿Inició su cuidado prenatal más tarde porque no quería que otros supieran que estaba fumando durante su embarazo?

SÍ.....1

NO.....0

E2. ¿Cuál de los siguientes enunciados acerca del alcohol y el embarazo se aplican a usted?

No tomé alcohol antes del embarazo/nunca tomé.....1

Dejé de tomar, pero no por el embarazo.....2 PASE A PREG. E3

Dejé de tomar por el embarazo .....3

Actualmente tomo pero lo reduzco por el embarazo .....4

Actualmente tomo igual que antes del embarazo .....5

E2a. En promedio ¿con qué frecuencia toma cualquier clase de bebida alcohólica? Usted diría.....

diariamente..... 1

casi diariamente de 3 a 6 días a la semana..... 2

de 1 a 2 días a la semana ..... 3

varias veces al mes..... 4

mensualmente o menos, pero al menos una vez..... 5

E2b. ¿Como cuántas bebidas toma en esos días en que toma?

Número usual de bebidas \_\_\_\_\_

E2c. ¿Empezó el cuidado prenatal más tarde porque no quería que otros supieran que estaba tomando durante su embarazo?

SÍ.....1

NO.....0

Las siguientes preguntas son acerca del uso de drogas durante el embarazo. Por favor conteste estas preguntas honestamente, no le diremos a nadie sus respuestas. Estamos interesados en las drogas callejeras.

E3. Por favor ¿cuál de los siguientes enunciados acerca de las drogas y el embarazo se aplican a usted?

No usé drogas antes del embarazo.....1

Dejé de usar las drogas pero no por el embarazo.....2 PASE SECCION F

Dejé de usar drogas por el embarazo .....3

Actualmente uso drogas pero lo reduzco por el embarazo...4

Actualmente uso drogas igual que antes del embarazo .....5

E3a Usted usa...

E3b. ¿Con qué frecuencia...

	1.SI	0.NO	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL
1. Cocaína					
2. Crack cocaína					
3. Heroína					
4. Marihuana					
5. Otra droga					

E3c. ¿Comenzó su control prenatal más tarde porque no quería que otros supieran que estaba usando drogas?

SÍ..... 1  
NO..... 0

#### PARTE F. APOYO SOCIAL RECIBIDO

Por favor dígame si usted tuvo algunas de estas cosas durante este embarazo.

F1. Alguien la motivó para obtener cuidado prenatal?

SÍ..... 1  
NO..... 0

PASE A PREG. F2

F1a. ¿Quién la motivó más?

Alguien de su familia..... 1  
Su esposo o pareja..... 2  
Un amigo..... 3  
Su proveedor de salud o trabajadora social.. 4  
Otra persona..... 5

(ESPECIFIQUE)

F2. Alguien le ayuda con el transporte?

SÍ..... 1  
NO..... 0

PASE A PREG. F3

F2a. ¿Quién la ayudo más con el transporte?

Alguien de su familia..... 1  
Su esposo o pareja..... 2  
Un amigo..... 3  
Su proveedor de salud o trabajadora social.. 4  
Otra persona..... 5

(ESPECIFIQUE)

- F3. Alguien vino con usted a la cita?  
 SÍ..... 1  
 NO..... 0 PASE A PREG. F4

- F3a. ¿Quién vino con usted?  
 Alguien de su familia..... 1  
 Su esposo o pareja..... 2  
 Un amigo..... 3  
 Su proveedor de salud o trabajadora social.. 4  
 Otra persona.....5

(ESPECIFIQUE)

- F4. Consiguió ayuda con el cuidado de los niños?  
 SÍ..... 1  
 NO..... 0 PASE A PREG. F5  
 NO APLICA 00

- F4a. ¿Quién la ayudo con el cuidado de los niños?  
 Alguien de su familia..... 1  
 Su esposo o pareja..... 2  
 Un amigo..... 3  
 Su proveedor de salud o trabajadora social.. 4  
 Otra persona.....5

(ESPECIFIQUE)

- F5. Consiguió ayuda para el pago de la consulta?  
 SÍ..... 1  
 NO..... 0 PASE A PREG. F6

- F5a. ¿Quién la ayudo a pagar?  
 Alguien de su familia..... 1  
 Su esposo o pareja..... 2  
 Un amigo..... 3  
 Su proveedor de salud o trabajadora social.. 4  
 Otra persona.....5

(ESPECIFIQUE)

- F6. Le han dado información del porque del control prenatal y de cómo cuidarse en este embarazo?  
 SÍ..... 1  
 NO..... 0 PASE A PREG. F7

F6a. ¿Quién le ha dado la información más importante acerca de este embarazo?

- Alguien de su familia..... 1  
 Su esposo o pareja..... 2  
 Un amigo..... 3  
 Su proveedor de salud o trabajadora social.. 4  
 Otra persona.....5

---

(ESPECIFIQUE)

F7. ¿Tiene a quién recurrir en momentos de necesidad emocional?

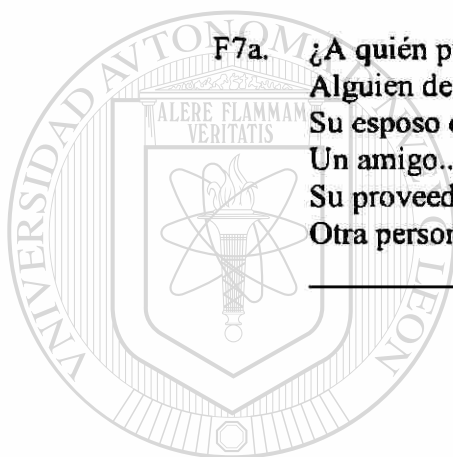
- SÍ.....1  
 NO.....0

F7a. ¿A quién puede recurrir con mayor frecuencia?

- Alguien de su familia..... 1  
 Su esposo o pareja..... 2  
 Un amigo..... 3  
 Su proveedor de salud o trabajadora social.. 4  
 Otra persona.....5

---

(ESPECIFIQUE)



UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## Apéndice C



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
 FACULTAD DE ENFERMERÍA  
 SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

*Cuestionario de Abuso de la Mujer*

Por favor dígame si alguna de estas cosas le ha sucedido.

1. ¿Alguien la ha criticado o reprimido? 1. SÍ 0. NO
- a) ¿Quién lo hizo? 1. Su pareja 4. Amigos  
 2. Padres 5. Otro Especifique.....  
 3. Otro familiar
- b) ¿Cuánta veces ocurrió?  
 1. Una vez 2. Algunas veces 3. Una y otra vez
- c) ¿Todavía ocurre? 1. SÍ 0. NO
2. ¿Le ha dado miedo expresar lo que piensa por que se enojan con usted?  
 1. SÍ 0. NO
- a) ¿Quién lo hizo? 1. Su pareja 4. Amigos  
 2. Padres 5. Otro Especifique.....  
 3. Otro familiar
- b) ¿Cuánta veces ocurrió?  
 1. Una vez 2. Algunas veces 3. Una y otra vez
- c) ¿Todavía ocurre? 1. SÍ 0. NO
3. ¿Alguien ha tratado de forzarla a hacer algo que no quería hacer, amenazando con lastimarla?  
 1. SÍ 0. NO
- a) ¿Quién lo hizo? 1. Su pareja 4. Amigos  
 2. Padres 5. Otro Especifique.....  
 3. Otro familiar
- b) ¿Cuánta veces ocurrió?  
 1. Una vez 2. Algunas veces 3. Una y otra vez
- c) ¿Todavía ocurre? 1. SÍ 0. NO

4. ¿Alguien ha actuado con celos extremos, como su dueño? 1. SÍ 0. NO
- a) ¿Quién lo hizo? 1. Su pareja 4. Amigos  
2. Padres 5. Otro Especifique.....  
3. Otro familiar
- b) ¿Cuánta veces ocurrió?  
1. Una vez 2. Algunas veces 3. Una y otra vez
- c) ¿Todavía ocurre? 1. SÍ 0. NO
5. ¿Alguien ha usado un cuchillo, pistola u otra arma en contra suya?  
1. SÍ 0. NO

- a) ¿Quién lo hizo? 1. Su pareja 4. Amigos  
2. Padres 5. Otro Especifique.....  
3. Otro familiar

- b) ¿Cuánta veces ocurrió?  
1. Una vez 2. Algunas veces 3. Una y otra vez

- c) ¿Todavía ocurre? 1. SÍ 0. NO

6. ¿Alguien le ha dado una cachetada, empujado, puesto contra el suelo, dado de puñetazos, pateado o tratado de estrangularla? 1. SÍ 0. NO

- a) ¿Quién lo hizo? 1. Su pareja 4. Amigos  
2. Padres 5. Otro Especifique.....  
3. Otro familiar

- b) ¿Cuánta veces ocurrió?  
1. Una vez 2. Algunas veces 3. Una y otra vez

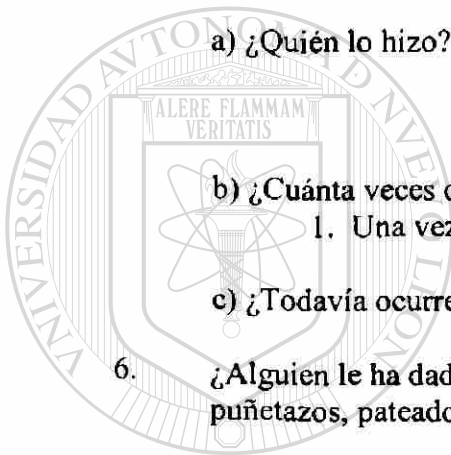
- c) ¿Todavía ocurre? 1. SÍ 0. NO

7. ¿Alguien ha tenido sexo con usted cuando usted no quería? 1. SÍ 0. NO

- a) ¿Quién lo hizo? 1. Su pareja 4. Amigos  
2. Padres 5. Otro Especifique.....  
3. Otro familiar

- b) ¿Cuánta veces ocurrió?  
1. Una vez 2. Algunas veces 3. Una y otra vez

- c) ¿Todavía ocurre? 1. SÍ 0. NO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



8. ¿Alguien la ha lastimado deliberadamente durante el sexo? 1. SÍ 0. NO

a) ¿Quién lo hizo? 1. Su pareja 4. Amigos  
2. Padres 5. Otro Especifique.....  
3. Otro familiar

b) ¿Cuánta veces ocurrió?  
1. Una vez 2. Algunas veces 3. Una y otra vez

c) ¿Todavía ocurre? 1. SÍ 0. NO

9. ¿Alguien la ha hecho sentir miedo de decir no al sexo? 1. SÍ 0. NO

a) ¿Quién lo hizo? 1. Su pareja 4. Amigos  
2. Padres 5. Otro Especifique  
3. Otro familiar

b) ¿Cuánta veces ocurrió?  
1. Una vez 2. Algunas veces 3. Una y otra vez

c) ¿Todavía ocurre? 1. SÍ 0. NO

10. ¿Qué edad tenía cuándo le ocurrió esto por primera vez? Edad \_\_\_\_\_

11. ¿Cuándo fue la última vez que esto sucedió?

1. Durante la semana pasada
2. Durante el mes pasado
3. Durante los últimos 3 meses
4. Durante los últimos 6 meses
5. Durante el último año
6. Durante los últimos 2 - 3 años
7. Durante los últimos 5 años
8. Hace más de 5 años

12. (Si contestó sí a 5, 6 y 7) ¿Alguna vez reportó lo que sucedió? 1. SÍ 0. NO

13. ¿Qué edad tiene la persona? Edad \_\_\_\_\_

14. (Para las mujeres que dijeron sí a 5, 6 y 7 y todavía está ocurriendo)  
¿Quiere que la ayudemos a reportarlo? 1. SÍ 0. NO

GRACIAS POR SU COOPERACION, ¿TIENE ALGUNA PREGUNTA QUE QUISIERA HACER?



## Apéndice D

*Carta Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina y Hospital**Universitario*

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

**LIC. ENF. ANA MARIA QUELOPANA DEL VALLE**Investigador Principal  
Facultad de Enfermería  
Presente.-

Estimada Lic. Quelopana:

Le informo que el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario "Dr. José E. González" en su sesión del mes de Agosto del año en curso, ha evaluado y aprobado el protocolo de investigación titulado "Predictores del inicio del control prenatal en México", el cual quedó registrado en esta Subdirección con la clave EF05-002.

Por lo que en mi calidad de Presidente del Comité de Investigación y Ética, doy mi autorización para que usted, quien es el Investigador principal, tome la responsabilidad en la conducción del estudio en esta Institución.

Sin más por el momento, le reitero la seguridad de mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

*"Alere Flammam Veritatis"*

Monterrey, Nuevo León a 01 de septiembre de 2015



SUB-DIRECCION DE INVESTIGACION

**DR. JOSÉ GERARDO GARZA LEAL**  
Secretario de Investigación de Ciencias Clínicas  
Presidente del Comité de Investigación y Ética

SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Edificio de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina de la U.A.N.L. planta baja  
Av. Francisco de Madrazo Pte. s/n. Dr. E. Arzooz Rodríguez, Cal. México Central, C.P. 64460 Monterrey, N.L., México

## Apéndice E



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
 FACULTAD DE ENFERMERÍA  
 SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

*Consentimiento Informado*

Nombre del estudio: Predictores del inicio del control prenatal en México.

Investigador: Licenciada en Enfermería Ana Maria Quelopana del Valle.

La Lic. Quelopana me ha informado que está estudiando los factores que aumentan o disminuyen la probabilidad de que embarazadas como yo, inicien su control prenatal en forma oportuna. Aunque el estudio no traerá beneficios directos para mí, le daré información muy importante que permitirá identificar las barreras y motivadores del inicio del control prenatal, de tal manera que podrán asistir a otras mujeres embarazadas.

Se me ha informado que este estudio cuenta con la autorización del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de este Hospital. Si acepto participar será necesario que conteste pregunta sobre datos generales socio-demográficos, sobre embarazos anteriores, sobre el embarazo actual, sobre las barreras y motivadores que tuve para iniciar el control prenatal, sobre apoyo que haya recibido, y sobre experiencia con violencia doméstica. La entrevista para responder los cuestionarios se me hará en un lugar seguro y privado y tomará aproximadamente 30 minutos. Tengo la libertad de realizar cualquier pregunta o duda que tenga sobre el estudio a la Lic. Quelopana.

Mi participación es totalmente voluntaria y no tengo la obligación de participar y podré retirarme en cualquier tiempo que así lo decida sin que esto perjudique mi relación con los proveedores de salud, ni con la atención que estoy recibiendo en esta clínica.

Mi nombre no aparecerá en ningún documento y mi identificación no será revelada durante este estudio, ni cuando se reporte los resultados de éste. Los datos serán manejados con total discreción, guardados en un lugar privado por la Lic Quelopana y se usarán sólo para fines del estudio.

Accedo voluntariamente a participar en el estudio.

---

Firma Participante

---

Firma Entrevistador

---

Fecha

## Apéndice F



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
 FACULTAD DE ENFERMERÍA  
 SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

*Consentimiento Informado en Menores de Edad*

Nombre del estudio: Predictores del inicio del control prenatal en México.

Investigador: Licenciada en Enfermería Ana Maria Quelopana del Valle.

La Lic. Quelopana me ha informado que está estudiando los factores que aumentan o disminuyen la probabilidad de que embarazadas como mi hija, inicien su control prenatal en forma oportuna. Aunque el estudio no traerá beneficios directos para mi hija, ella dará información muy importante que permitirá identificar las barreras y motivadores del inicio del control prenatal, de tal manera que podrán asistir a otras mujeres embarazadas.

Se me ha informado que este estudio cuenta con la autorización del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de este Hospital. Si acepto que mi hija participe será necesario que ella conteste pregunta sobre datos generales socio-demográficos, sobre embarazos anteriores, sobre el embarazo actual, sobre las barreras y motivadores que tuvo para iniciar el control prenatal, sobre apoyo que haya recibido, y sobre experiencia con violencia doméstica. La entrevista para responder los cuestionarios se hará en un lugar seguro y privado y tomará aproximadamente 30 minutos. Tanto yo como mi hija tenemos la libertad de realizar cualquier pregunta o duda que tengamos sobre el estudio a la Lic. Quelopana.

La participación de mi hija es totalmente voluntaria y no tiene la obligación de participar y podrá retirarse en cualquier tiempo que así lo decida sin que esto perjudique su relación con los proveedores de salud, ni con la atención que está recibiendo en esta clínica.

Su nombre no aparecerá en ningún documento y su identificación no será revelada durante este estudio, ni cuando se reporte los resultados de éste. Los datos serán manejados con total discreción, guardados en un lugar privado por la Lic. Quelopana y se usarán sólo para fines del estudio.

Autorizo a mi hija a que participe voluntariamente en el estudio.

---

 Firma Tutor

---

 Firma Entrevistador

---

 Firma Participante

---

 Fecha

## RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

**Tesis: PREDICTORES DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, MÉXICO.**

**Biografía:** Nacida en Arica, Chile el 28 de agosto de 1957, hija del Sr. Hugo Walter Quelopana Zeballos y la Sra. Ninfa Iris del Valle Egaña. Casada con el Sr. Carlos Ernesto Linares Ramos y madre de cuatro hijas (Jessica, Karina, Daniela y Pamela).

**Educación:** Egresada de la Universidad de Chile con distinción máxima como Matrona en 1981. Curso de especialidad en Neonatología por la Universidad de Chile en 1990. Obtención del grado de Licenciada en Ciencias Biológicas con máxima distinción por la Universidad de Tarapacá en 1998. Obtuvo la Beca de Excelencia Académica otorgada por la Universidad de Tarapacá para cursar sus estudios de Doctorado en México. Favorecida con la Beca Pre-doctoral Anita Thigpen Perry del Center for Community Based Health Promotion in Women and Children, School of Nursing, University of Texas, Health Science Center at San Antonio en el 2005.

**Experiencia Profesional:** Ejerció como Matrona del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. Juan Noé, Arica Chile desde 1987 a 1989 desempeñándose en las unidades de Urgencia, Pre-parto y Parto. Consulta privada de Control de Embarazo y Planificación Familiar en la ISAPRE Consalud desde 1997 al 2000.

**Experiencia Docente:** Profesor media jornada de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Tarapacá desde 1986 a 1990. Posterior a esa fecha ingresa como profesor asistente jornada completa a cargo de las cátedras de neonatología y obstetricia para el nivel de Licenciatura en Obstetricia. Ha sido invitada a participar como experta en programas de promoción de la lactancia materna, que incluye la extracción, conservación y manejo de la leche materna. Dentro de las actividades administrativas en la Universidad de Tarapacá se ha desempeñado como Miembro del Comité de Carrera de Obstetricia y Puericultura desde 1995 al 2002; Representante de Extensión del Departamento de Biología y Salud desde 1997 a 1999; Jefe de Carrera de Obstetricia y Puericultura desde 2002 al 2003; y Representante de la Universidad en el Comité de Acreditación del Colegio de Matronas desde el año 2002 al 2003.

Durante sus estudios doctorales fue invitada a participar como profesora de Metodología de la Investigación dirigida a los estudiantes de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, 2006.

**Interés en investigación:** Promoción en salud de la mujer.

**e-mail:** anitaquelo@hotmail.com



