



HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA Y SU ASOCIACIÓN
CON LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN MUJERES
EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO DEL HGZ 1,
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES
TESIS**

PRESENTADA POR

Nubia Patricia Guillén Montoya

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dra. Jannett Padilla López

Aguascalientes, Ags., 30 de enero de 2017



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2017

CARTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TESIS

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la residente de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. NUBIA PATRICIA GUILLÉN MONTOYA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA Y SU ASOCIACIÓN CON LA ATENCIÓN
PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO DEL
HGZ 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2016-101-23** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE



**DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ
ASESOR DE TESIS**



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2017

**DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. NUBIA PATRICIA GUILLÉN MONTOYA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA Y SU ASOCIACIÓN CON LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO DEL HGZ 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2016-101-23** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Nubia Patricia Guillén Montoya asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in black ink that reads "Carlos Alberto Prado Aguilar".

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



NUBIA PATRICIA GUILLÉN MONTOYA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**“TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA Y SU ASOCIACIÓN CON LA ATENCIÓN
PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO DEL HGZ 1,
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 31 de Enero de 2017.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa del Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



AGRADECIMIENTOS

A la vida, por los retos diarios, que vuelven de esta, una experiencia deleitable...

A Dios, por levantarme de cada caída, y darme impulso para continuar...

A mi hermosa familia, porque aunque imperfecta, es la mejor de todas, constante sostén y fortaleza ante cada batalla...

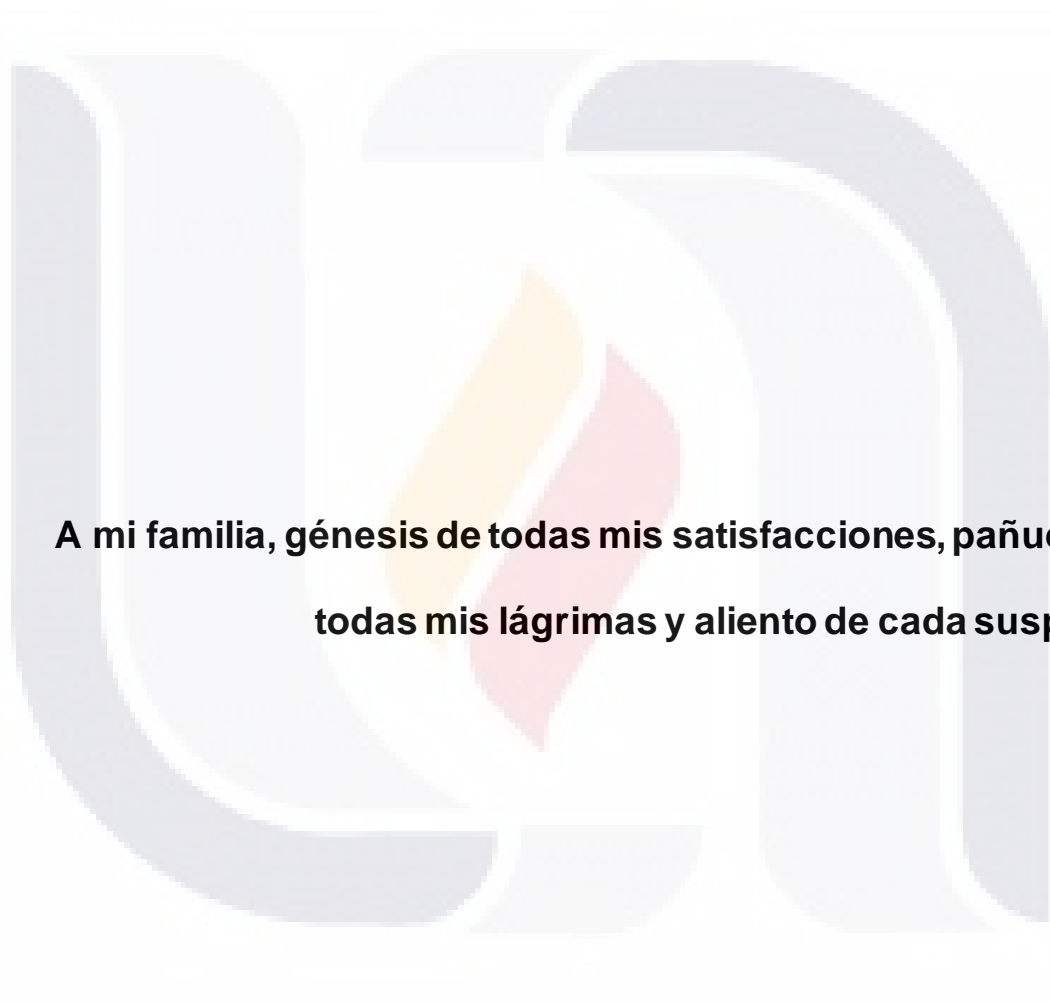
A mi ángel, a ti Mateo que eres mi motivación, el regalo más hermoso que me pudo haber dado la vida y a quien le agradezco a diario por regalarme una sonrisa...

A mis queridos padres y a mi hermana del alma, que han sido refugio de mis penas y mi mayor apoyo, que han fungido como los mejores padres mientras estoy ausente, gracias...

A mí querido esposo, porque a pesar de las adversidades, las diferencias y los conflictos, sigues siendo el amor de mi vida...

A la Dra. Jannett Padilla López por su valiosa asesoría, por ser ejemplo de perseverancia y perfección...

DEDICATORIA



**A mi familia, génesis de todas mis satisfacciones, pañuelo de
todas mis lágrimas y aliento de cada suspiro...**

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	1
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS	3
ACRÓNIMOS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
I. MARCO TEÓRICO	8
I.1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	8
I.1.a. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO.....	8
I.1.b. ARTÍCULOS RELACIONADOS CON LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA	11
I.2. TEORÍAS Y MODELOS QUE SUSTENTAN LAS VARIABLES	13
I.2.a. EMBARAZO DE ALTO RIESGO	13
I.2.b. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL.....	15
I.2.c. TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA	16
II. JUSTIFICACIÓN	18
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
III.1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	19
III.2. PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD.	20
III.3. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD.	20
III.3.a. NIVEL POLÍTICO:	20
III.3.b. NIVEL LEGISLATIVO:.....	21
III.3.c. NIVEL OPERATIVO:	21
III.4. DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA.....	22
III.5. DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA (MAGNITUD Y TRASCENDENCIA).....	22
III.6. ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.	24
III.7. ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO.....	25
III.8. BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA .	26
III.9. DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA	27
III.10. DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA: DISCREPANCIAS ENTRE LAS SITUACIONES OBSERVADAS Y LAS ESPERADAS, QUE IDENTIFIQUEN EL ESTADO DEL ARTE EN CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	28
V. OBJETIVOS	29
V.1. OBJETIVO GENERAL	29
V.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	29

VI. HIPÓTESIS DEL TRABAJO	29
VI.1. HIPÓTESIS ALTERNA O VERDADERA	29
VI.2. HIPÓTESIS NULA	30
VII. MATERIAL Y MÉTODOS.....	30
VII.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	30
VII. 2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	30
VII.2.a. UNIVERSO DE TRABAJO	31
VII.2.b. UNIDAD DE ANÁLISIS	31
VII.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	31
VII.3.a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	31
VII.3.b. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN	31
VII.3.c. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	31
VII.4. MUESTREO	32
VII.4.a. TIPO DE MUESTREO	32
VII.4.b. TAMAÑO DE LA MUESTRA	32
VII.5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	32
VII.5.a. DEFINICIONES CONCEPTUALES	33
VIII.- LOGÍSTICA.	34
VIII.1. RECOLECCIÓN DE DATOS	35
VIII.2. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
VIII.3. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS	36
VIII.3.a. VALIDEZ APARENTE	36
VIII.3.b. VALIDEZ DE CONTENIDO	36
VIII.3.c. VALIDEZ DEL CONSTRUCTO	36
IX. PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	37
IX. 1. PROCESAMIENTO DE DATOS	37
IX.2. ANÁLISIS DE DATOS	37
X. ASPECTOS ÉTICOS.....	37
XI. RECURSOS Y FINANCIAMIENTOS	38
XI.1. HOJA DE GASTOS	39
XII. RESULTADOS	39
XIII. DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO	58
GLOSARIO	59
BIBLIOGRAFÍA	60

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: MODELO FINAL	40
TABLA 2: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE EDAD.....	40
TABLA 3: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE UMF DE ADSCRIPCIÓN.....	41
TABLA 4: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE A VARIABLE ESCOLARIDAD	42
TABLA 5: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE ESTADO CIVIL	43
TABLA 6: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE OCUPACIÓN.....	44
TABLA 7: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE DIAGNÓSTICO DE RIESGO EN EL EMBARAZO.....	45
TABLA 8: ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO DE LA VARIABLE DIAGNÓSTICO DE ALTO RIESGO.....	47
TABLA 9: ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO DE LA VARIABLE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL	47
TABLA 10: ESCALA DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL.....	48
TABLA 11: ESCALA DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA	49
TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA.....	51
TABLA 13: ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL	52
TABLA 14: ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA Y LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL	53
TABLA 15: REGRESIÓN LOGÍSTICA	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

FIGURA 1: MODELO DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA.....	17
FIGURA 2: ESQUEMA DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA DE AZJEN (1985, 1991).....	17
GRÁFICO 3: FRECUENCIA DE LA VARIABLE EDAD	41
GRÁFICO 4: FRECUENCIA DE LA VARIABLE UMF DE ADSCRIPCIÓN.....	42
GRÁFICO 5: FRECUENCIA DE LA VARIABLE ESCOLARIDAD.....	43
GRÁFICO 6: FRECUENCIA DE LA VARIABLE ESTADO CIVIL.....	43
GRÁFICO 7: FRECUENCIA DE LA VARIABLE OCUPACIÓN.....	44
GRÁFICO 8: FRECUENCIA DE LA VARIABLE DIAGNÓSTICO DE RIESGO EN EL EMBARAZO	46
GRÁFICO 9: FRECUENCIA RELATIVA DE LA VARIABLE DIAGNÓSTICO DE ALTO RIESGO	47
GRÁFICO 10: FRECUENCIA DE LA VARIABLE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL.....	48

ACRÓNIMOS

HGZ: Hospital General de Zona

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

UMF: Unidad de Medicina Familiar

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

CISS: Centro de Investigación en Sistemas de Salud

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

OMS: Organización Mundial de la Salud

PRAMS: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System

NOM: Norma Oficial Mexicana

PAE: Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal

APV: Arranque Parejo en la Vida

TAP: Teoría de la Acción Planeada

OR: Odds Ratio

ORc: Odds Ratio Crudo

ORa: Odds Ratio Ajustado

IC: Intervalo de Confianza

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar la asociación que existe entre la teoría de la acción planeada y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ No 1 delegación Aguascalientes. **MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio transversal comparativo en 118 usuarias del servicio de obstetricia del HGZ No1 Delegación Aguascalientes, los cuales serán seleccionados por muestreo no probabilístico, se calculó el tamaño de la muestra 112, mediante el programa EPI Info v 7.2.0.1. Los parámetros utilizados fueron un nivel de confianza del 95%, poder de la muestra del 80%. **Criterios de inclusión.** Pacientes embarazadas de alto riesgo, que acudieron a la consulta de obstetricia del HGZ No 1, Aguascalientes. **Criterios de no inclusión.** Pacientes embarazadas de alto riesgo, que no aceptaron participar en el estudio y que no firmaron la carta de consentimiento informado. **Criterios de eliminación.** Quienes no contestaron 80% del total de la encuesta. El instrumento utilizado cuenta con las propiedades psicométricas que le confieren validez 79.081% y confiabilidad 0.805. La fuerza de asociación se valoró con OR crudos y ajustados. **RESULTADOS:** La frecuencia absoluta de atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ No1, delegación Aguascalientes, fue de 27.7%, relación 3.4:1 mujeres con antecedentes pregestacionales versus mujeres sin ningún antecedente de riesgo. La norma subjetiva se asoció de manera significativa con la atención preconcepcional con un ORa 26.10 (IC 3.308-206.02); de igual manera la escolaridad mostro una asociación de protección significativa con ORa .263 (IC .098-.704). **CONCLUSIÓN:** Se concluye que existe asociación entre la norma subjetiva, la escolaridad y la atención preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ1, delegación Aguascalientes. Lo que demuestra que las personas que cuentan con presión y/o apoyo social, de su círculo social cercano e influyente en sus decisiones, que incite la solicitud de atención preconcepcional tienen mayor probabilidad de recibirla, así como la asociación entre la escolaridad y atención preconcepcional, muestra que las personas con menor grado de escolaridad tienen protección ante la recepción de este tipo de atención. **Palabras clave:** Teoría de la acción planeada, actitud, norma subjetiva, control percibido, intención conductual, atención preconcepcional.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the association life between the theory of planned behavior and the preconception care in pregnant women to high-risk at HGZ 1, Delegacion Aguascalientes. **METHODOLOGY AND INSTRUMENTS:** The study was supported by the cross-sectional comparative method on 118 obstetric service users at HGZ No 1 Aguascalientes, who were chosen by a random sampling process, it was estimated the sample size 112 through EPI Info v 7.2.0.1 program. The utilized parameters were a confidence level of 95% that means 80% the power of the sample. **Inclusion Criteria:** women with high-risk pregnancy that were attended to the obstetric medical practice. **Non-inclusion Criteria:** women with high-risk pregnancy that were not accepted to be participants in the study, also they did not confirm the informed consent. **Removal criteria:** Women who did not answer a total of 80% of the survey. The used instrument is developed by the psychometric properties that it confers to 79.081% of validity and the reliability on 0.805. The strength of association was measured up with a stark an adequate OR. **RESULTS:** The absolute frequency of women's preconception care in high-risk pregnancy, was about 27.7%, relation to 3.4:1 women with pregestational background versus women without risk background. The subjective standard was adjusted in an important manner to the preconception care with the ORa to 26.10 (IC 3.308-206.02); the educational standard was associated as well in a satisfactory way to the preconception care to the ORa to .263 (IC .098-.704). **CONCLUSION:** It was concluded that it exists association between the subjective standard, the educational average and the preconception care in high-risk pregnancy at HGZ 1, delegation Aguascalientes. The previous data represents that the patients that have some pressure and/or social support, which get them specific orientation about their decisions in order to incite the preconception care demand, it possess high probability of get that demand. In the same way the association between the educational standard and the preconception care show that the patients who possess low level of education develop a clear protection against that kind of care reception. **Key words:** Theory of planned behavior, attitude, subjective standard, perceived control, behavioral intention, preconception care.

INTRODUCCIÓN

El incremento de muertes maternas, y su categorización dentro de las causas indirectas de muerte materna, ocasionadas por complicaciones de todos aquellos padecimientos que aquejan a las mujeres en edad reproductiva previo al embarazo, han dado significativa importancia a todas las acciones preventivas encaminadas a la atención de este tipo de pacientes, que cuentan con un riesgo reproductivo alto, logrando el control adecuado de dichas patologías, ofertando métodos anticonceptivos, modificando el manejo establecido, y todo encaminado a conseguir llevar a la paciente a un estado lo más cercano a la normalidad, para buscar el momento ideal para la concepción.

Es a partir de las necesidades planteadas, que nace la atención preconcepcional, acciones preventivas, encaminadas a mejorar las condiciones generales, tanto físicas, psicológicas y sociales, de la mujer en edad reproductiva, para corregir factores de riesgo modificables.

De esta manera la atención preconcepcional es una medida preventiva de gran impacto, ya que de realizarse de manera correcta, y en general a todas las mujeres en edad reproductiva y no solo a aquellas que cuenten con antecedentes de riesgo, generará gran impacto para la reducción de costos y uso de recursos en salud, disminuyendo las complicaciones acarreadas por padecimientos pregestacionales, que pudieron haber sido detectados y controlados desde dicha etapa. No obstante es indispensable analizar la conducta de realizar atención preconcepcional desde el contexto médico, psicológico y psicosocial para encontrar los determinantes de la misma.

Las teorías y los modelos psicosociales, nos ayudan a comprender porque las personas llevan a cabo o no determinados comportamientos, la Teoría de la Acción Planeada se ha utilizado para abordar problemas en salud en general. No existe evidencia de acuerdo al estado del arte del conocimiento en el que se aborde a pacientes que reciban una atención preconcepcional que se encuentren en control por embarazo de alto riesgo.

En este estudio se aborda dicha situación desde un enfoque psicosocial, a través de la teoría de la acción planeada, que implica un estudio a partir de un modelo donde se evalúa la actitud, la norma subjetiva, el control percibido y la intención conductual de mujeres embarazadas de alto riesgo, para llevar a cabo atención preconcepcional, con el objetivo de identificar las asociaciones existentes, ya que se conoce para implementar conductas preventivas e intervenciones encaminadas a modificar dicha conducta.

I. MARCO TEÓRICO.

I.1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

I.1.a. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

Delgado del Rey y colaboradores (2001). Realizan un estudio transversal comparativo, con el objetivo de comprobar la relación entre un control metabólico estricto durante la atención preconcepcional y la disminución de la morbilidad materno-fetal. Población de estudio en diabéticas, tipo 1 y tipo 2, en control preconcepcional. Se llevó a cabo control metabólico en el período preconcepcional y a lo largo de la gestación y se analiza la relación entre los parámetros de control metabólico en el período preconcepcional inmediato y la evolución de la gestación. Los resultados evidenciaron la relación estrecha entre el control óptimo pregestacional y la disminución de complicaciones durante el embarazo se concluye que la atención preconcepcional favorece el control glucémico en pacientes diabéticas, en espera del momento óptimo para la concepción.(1)

Durán Santos y colaboradores (2002). En un estudio descriptivo, con objetivo de establecer un plan de prevención primaria y secundaria, en relación a atención preconcepcional, identificaron factores de riesgo reproductivo modificables: Se trabajó con 200 mujeres en edad fértil, realizando un cuestionario enfocado a características sociodemográficas y antecedentes patológicos y de atención preconcepcional, cuyos resultados muestran que solo el 45.3% de las pacientes recibió atención preconcepcional, y que del 54.7% restante el 62.3% ni siquiera tenían conocimiento de atención preconcepcional, además de que los factores identificados con mayor frecuencia en dichas pacientes fueron estatus socioeconómico bajo, poca o nula escolaridad. Concluyen con la identificación de factores de riesgo asociados a factores demográficos, enfermedades sistémicas, genéticas y estilos de vida ayudará al médico de familia en estrategias de promoción de salud en cuidados obstétricos.(2)

Sánchez Ruiz y colaboradores (2005). Presentan un estudio de descriptivo que tiene el objetivo identificar a las pacientes que se otorgó la atención preconcepcional como parte esencial de la asistencia prenatal, en la atención primaria a la salud. Los resultados obtenidos mostraron que gran parte de las pacientes embarazadas no reciben atención

preconcepcional, describiendo también que las complicaciones más frecuentes tanto maternas como fetales, ocurren por factores de riesgo modificables con dicha atención.(3)

Tirado Armas y colaboradores (2010). Realizaron un estudio transversal, con el objetivo de relacionar la asistencia preconcepcional con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación; Entre los resultados destacan que el 84.15% de las pacientes recibió un nivel bajo de asistencia preconcepcional, de las cuales 83.19% se complicaron; mientras que las pacientes con un nivel medio y/o alto de asistencia preconcepcional se complicaron en 100% y 93.10% respectivamente. (4)

Martins Lage y colaboradores (2012). Estudio de tipo descriptivo de nombre Cardiopatías y embarazo; con objetivo de identificar sobre la enfermedad cardíaca en el embarazo, haciendo hincapié en el asesoramiento preconcepcional y gestión prenatal. Estudio realizado en Brasil, ya que el promedio de incidencia de la enfermedad cardíaca en el embarazo es ocho veces mayor en comparación con los promedios internacionales. Los resultados encontrados evidencian que los casos fatales 40% de embarazos en cardiopatas, presentaron el antecedente de defectos y cuestiones propias de la patología que pudieron haber sido tratados durante el periodo preconcepcional en 70 casos de 100, y se concluye que a pesar de que con importantes excepciones, la mayoría de las mujeres con enfermedades del corazón tienen un resultado favorable en el embarazo, una evaluación cardíaca durante la atención preconcepcional es de gran valor. (5)

Donoso Bernales y colaboradores (2012). Describen la importancia que implica la condición del embarazo de alto riesgo, las principales patologías asociadas y los cuidados preconcepciones que deben tener para mejorar los resultados del mismo. Se menciona que se estima que alrededor de un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos. El presente artículo da cuenta del consejo o atención preconcepcional, sus componentes y recomendaciones para su aplicación, así como de la evaluación del riesgo materno perinatal. Ambas acciones prioritarias para reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal.(6)

Lau López y colaboradores (2013). Realizan un estudio descriptivo, cuyo objetivo fue identificar problemas de salud en gestantes, vinculados con la atención preconcepcional. Se trabajó con gestantes que fueron seguidas por el equipo de salud, hasta el término de la gestación y evaluadas durante tres momentos durante el curso del embarazo; los resultados mostraron que el 73.2% de las paciente tuvieron problemas de salud desde la consulta de captación, de los cuales más del 60% eran trastornos que podrían haberse detectado y tratado en la etapa prenatal. Se concluye que la atención preconcepcional permite identificar patologías preexistentes y sus complicaciones, dar manejo adecuado y mejorar las condiciones generales de las mujeres que desean embarazarse, ya que esta permite determinar dichos riesgos y hacer consciente de sus patologías a la paciente y su pareja. (7)

Kachoria y colaboradores (2014). Estudio de tipo transversal comparativo con objetivo de determinar la relación de la prestación de atención preconcepcional a pacientes con antecedente de diabetes pregestacional y las mujeres que desarrollan diabetes gestacional en comparación con las mujeres sin diabetes. Los datos fueron recolectados a partir del PRAMS. Los resultados obtenidos muestran que el 31% de las mujeres recibió atención preconcepcional. La asociación entre la recepción de atención preconcepcional entre las mujeres con diabetes gestacional y mujeres sin diabetes OR 1:1 mientras que en las mujeres con diabetes pregestacional fue de 2.2:1; IC del 95%. Se concluyó que a pesar de que todas las mujeres en edad reproductiva deben recibir atención preconcepcional, esta se asocia con mayor frecuencia al antecedente de enfermedades pregestacionales. (8)

McCance y colaboradores (2015). Establecen en su trabajo de nombre Diabetes en el embarazo; la importancia de que las pacientes con diabetes pregestacional, reciban asesoramiento preconcepcional, cuidado antes del embarazo, adicional necesario para preparar a la mujer con diabetes para el embarazo; consiste en la estrecha asociación entre la mujer y el profesional de la salud, que debería comenzar por lo menos 6 meses antes de que la paciente decida embarazarse. Propone como objetivo general sustentarla importancia que debe tener la atención preconcepcional como un programa que prepara a la mujer en edad fértil con diabetes a lograr el estado ideal para la concepción, tratando de evitar la aparición de complicaciones tanto maternas como fetales. (9)

I.1.b. ARTÍCULOS RELACIONADOS CON LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA

Carpi Ballester y colaboradores (2005). Estudio de tipo transversal comparativo; propone como objetivo probar en qué medida este modelo puede explicar, la predicción de conductas de reducción del estrés para mejorar la salud cardiovascular. La muestra estuvo integrada por población general que no sufren de ningún trastorno cardiovascular las cuales contestaron 12 ítems relacionados con las distintas variables de la TAP. Los resultados muestran que la actitud cuenta con un valor predictivo de .409 y la norma subjetiva con valor predictivo de .221, siendo los de mayor asociación para la predicción de la conducta, siendo el control percibido la que se asocia en menor medida con un valor predictivo de .174. Se concluye que el modelo, de la teoría de acción planeada, permite conocer qué variables sustentan, la decisión de ejecutar un comportamiento, y contribuyen a explicar la fuerza motivacional de las conductas, en este caso, de la conducta de reducir el estrés para prevenir una enfermedad coronaria.(10)

Rodríguez Kuri y colaboradores (2007). Estudio transversal comparativo, cuyo objetivo es probar la capacidad explicativa y predictiva del modelo en relación con la intención de usar drogas ilícitas. Muestra de 75 estudiantes usuarios de drogas y 75 no usuarios. El instrumento incluía los contenidos de la TAP. Los resultados mostraron que los estudiantes que habían consumido drogas presentaban mayor actitud para seguir consumiéndolas en comparación a los que no las consumen (mediana=6.9 y 3.9, respectivamente; $z=-5.223$, $p=0.000$), creencia de mayor permeabilidad social para el consumo y menor capacidad de autocontrol para su abandono (mediana=3.8 y 3.5, respectivamente; $z=-2.266$, $p=0.023$), el control conductual percibido se destaca como el componente que mejor se correlaciona tanto con la intención de usar drogas ($r=0.59$, $p=0.000$) como con el uso de drogas propiamente dicho ($r=0.51$, $p=0.000$). Se concluye que la TAP constituye una base teórica adecuada para desarrollar intervenciones preventivas dirigidas a promover el desarrollo de habilidades de control conductual ante situaciones de riesgo.(11)

Saiz Galdós y colaboradores (2008). En un estudio transversal comparativo, con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados al consumo de cocaína, de acuerdo a la TAP. La muestra constó de 402 pacientes divididos en 3 grupos, grupo A: 192 consumían cocaína y no tenían tratamiento, grupo B: 110 consumían cocaína y se encontraban en tratamiento y grupo C: 100 no consumían cocaína. Los resultados muestran

que las personas que consumen cocaína tienen más actitud al consumo (A $r=2.513$; rango 1-5), que quienes están en tratamiento (B $r=2.154$; rango 1-5), y los que nunca habían consumido (C $r=1.406$; $p<0,001$), que la norma subjetiva tiene mayor influencia en quienes consumen cocaína que en quienes nunca lo han hecho (A $r=1.932$; C $r=1.206$; $p<0,001$). El control percibido de aquellos que consumen cocaína, creen que pueden controlar esta conducta, mientras que quienes nunca la han consumido o están en tratamiento, creen que el uso de esta sustancia les lleve a la adicción (A $r=2.846$; B $r=1.604$; $p<0,001$ y A $r=2.846$; C $r=1.38$; $p<0,001$). Se concluye que las estrategias deberán ir encaminadas dar tratamiento a todos los pacientes en dichas condiciones y mejorar la actitud y control percibido con el objetivo de evitar la reincidencia de casos. (12)

Cortés Tomás y colaboradores (2011). Presentan un estudio transversal comparativo, con el objetivo de valorar los determinantes cognitivos que llevan a los estudiantes de secundaria a realizar un consumo intensivo de alcohol. Se trabajó con 136 estudiantes de secundaria aplicando el instrumento basado en la teoría de la acción planeada. Los resultados obtenidos mostraron que la dimensión que se a esta conducta es la actitud de dichos estudiantes ($t=2.91$ $p<0.01$), así como la intención de realizar dicha conducta ($t=3.45$ $p<0.01$) ya que cuentan con creencias positivas erróneas que los llevan al consumo intenso de alcohol y se concluye que las estrategias deberán ir encaminadas a mejorar el concepto sobre alcoholismo y las consecuencias que esta conducta arroja. (13)

Morales Zavala y colaboradores (2015). Estudio transversal comparativo, cuyo objetivo es evaluar las variables de la TAP para seguir estudiando, entre los adolescentes de un grupo de secundaria que se encuentra en un polígono de pobreza de la ciudad de León, Guanajuato. La muestra fue no probabilística y pertenece a una escuela secundaria. El instrumento se aplicó a un total de 41 participantes. Para comprobar la relación que existe entre las variable se realizó un análisis de regresión lineal. Se obtuvo que el modelo resultante explica un 71.4 por ciento de la varianza con una $p< 0.001$. Las betas encontradas fueron de: 0.398 para la variable de control conductual percibido, de 0.302 para la actitud hacia la utilidad práctica de los estudios, y de 0.285 para la norma subjetiva respectivamente. Se concluye que es importante mantener dichas variables mencionadas con la misma percepción, trabajando para que los jóvenes en cuestión continúen sus estudios. (14)

I.2. TEORÍAS Y MODELOS QUE SUSTENTAN LAS VARIABLES

I.2.a. EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Embarazo “de alto riesgo” es cuando el pronóstico materno y/o fetal es potencialmente subóptimo en comparación a un embarazo normal.(6) Son las complicaciones relacionadas con el embarazo, patología médica y/o instancia de riesgo relacionado a la salud. Aparición o incremento de las complicaciones que pueden ocasionar morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Secuelas transitorias y/o permanentes en la madre y el recién nacido.(15)

Otros autores definen como embarazos de Alto Riesgo los casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales o de otra índole, se acompañan de una morbimortalidad materna y perinatal superior a la de la población general.(16)

Aproximadamente un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos, por lo que la identificación temprana y el manejo de los factores de riesgo es esencial.(17)

Factores de riesgo.

Se consideran cuatro grandes grupos: (16)

- Psicosociales.
- Antecedentes médicos.
- Antecedentes reproductivos.
- Evolución del embarazo actual.(16)

Categorías de riesgo

Existen distintos sistemas de identificación de la embarazada de alto riesgo. En general éstos constan de una lista de complicaciones médicas y antecedentes socio-demográficos y obstétricos de la madre, a las cuales se les asignan diferentes valores numéricos dependiendo de la gravedad de sus efectos sobre la gestación.(17)

De acuerdo a estos parámetros el embarazo se puede clasificar, de acuerdo a los antecedentes maternos, de la siguiente manera:(16)

Riesgo bajo

Gestantes en las que no se han podido identificar ninguno de los factores de riesgo que se detallan en los niveles siguientes.

Riesgo medio

- Anomalías pélvicas
- Cardiopatía leve
- Condiciones socioeconómicas desfavorables
- Embarazo no deseado
- Estatura baja
- Control insuficiente de la gestación
- Esterilidad previa
- Fumadora habitual
- Edad inferior a 16 años o superior a 38 años
- Gestante Rh negativo
- Gran multiparidad
- Incremento excesivo o insuficiente de peso
- Obesidad no mórbida
- Riesgo de ETS
- Infección urinaria o bacteriuria asintomática
- Riesgo laboral
- Sangrado genital en el primer trimestre
- Periodo intergenésico inferior a 12 meses

Riesgo alto

- Anemia grave
- Cardiopatía moderada
- Cirugía uterina previa
- Diabetes gestacional
- Embarazo gemelar
- Endocrinopatía
- Obesidad mórbida
- Preeclampsia leve
- Infección materna (Hepatitis B, Sífilis, Herpes II, CMV, Rubeola, Toxoplasmosis, VIH, estreptococo beta-hemolitico, Pielonefritis).
- Sospecha de malformación fetal

Riesgo muy alto

- Amenaza de parto prematuro
- Cardiopatías severas
- Diabetes pregestacional
- Malformación fetal confirmada
- Gestación múltiple
- Muerte fetal confirmada
- Muerte perinatal recurrente
- Incompetencia cervical
- Retraso del crecimiento intrauterino
- Placenta previa
- Preeclampsia grave
- Rotura prematura de membranas en el pretérmino

1.2.b. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

La mayoría de todos los embarazos son normales, pero unos necesitan de más cuidado que otros y se catalogan de alto riesgo porque existe mayor posibilidad de presentar complicaciones. Por ello surge la necesidad de la Atención Preconcepcional, atención que hace referencia al conjunto de actividades, que promueven la salud de todas las mujeres en edad reproductiva que tienen la posibilidad potencial de iniciar un embarazo. (4)

Consiste en la atención sanitaria un año antes del embarazo con el fin de prevenir, detectar y tratar las enfermedades asociadas con un mal resultado reproductivo, para disminuir el riesgo del embarazo para la mujer y para su hijo y preparar a la mujer y a la familia para el embarazo y cuidados de niño.(18)

Plan de vida reproductivo: Implica la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, teniendo en cuenta sus necesidades específicas, de acuerdo con su ciclo vital.(18)

Riesgo reproductivo: Probabilidad de que una mujer embarazada o su hijo sufran un evento adverso en el proceso en cuestión.(18)

Consulta preconcepcional: Proceso que se inicia con la entrevista que hace a una mujer o a una pareja un profesional del equipo de salud, antes de la concepción, con el objetivo de detectar, corregir o disminuir factores de riesgo reproductivo.(18)

La Asistencia Preconcepcional tiene como objetivo final el promover el estado de salud de la mujer y de su descendencia.(4)

Asistencia Preconcepcional en el embarazo de alto riesgo

La evaluación y consejo preconcepcional dan la oportunidad de informar a la mujer sobre asuntos de fertilidad y de la gestación, identificar riesgos del embarazo tanto para la madre como para el feto, educar sobre dichos riesgos e instaurar intervenciones apropiadas antes de la concepción.(6)

La paciente con múltiples o graves factores de alto riesgo de esta manera debe ser asesorada antes de embarazarse y cuando este asesoramiento sea posible y se debe considerar: (17)

1. Importancia de los factores de alto riesgo identificados y pronóstico del embarazo.
2. Los efectos que cada factor de riesgo puede tener sobre el embarazo.
3. El efecto que el embarazo puede tener sobre cada uno de los factores de riesgo identificado.

1.2.c. TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA

Modelos y teorías explicativas de la salud

Los modelos teóricos explicativos de la salud tienen como objetivo principal explicar la relación entre las variables personales, sociales, etc. que intervienen en la adopción y mantenimiento de un comportamiento saludable, o bien en la modificación de un comportamiento de riesgo o no saludable.(19)

Una primera clasificación permite diferenciar los modelos y teorías que intentan identificar qué factores explican la conducta (modelos de continuum) y aquellos que ponen el énfasis en el proceso que se sigue para la adopción de una conducta saludable o la modificación de un comportamiento de riesgo (modelos de estadios).(19)

Los **modelos de continuum** asumen implícitamente que todas las personas se ven influenciadas en mayor o menor grado por todos los factores que estudian, Dentro de este grupo, podemos encontrar la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, en 1975 o del comportamiento planificado ajustada por Ajzen y Madden, en 1986, el modelo de creencias de salud, el modelo de la motivación protectora o la teoría de la autoeficacia.(19)

Los **modelos basados en estadios**. En el proceso de cambio intervienen muchos factores o elementos que hacen que este sea dinámico y bidireccional. El objetivo de estos modelos, pues, es estudiar cuáles son las fases o estadios de este proceso de cambio y determinar cuáles son los factores más relevantes en cada momento. Un ejemplo es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente y el modelo de adopción de precauciones.(19)

Modelos de continuum

Teoría del comportamiento planificado

La Teoría de Acción Planeada desarrollada a partir de la Teoría de Acción Razonada, postula que el inmediato precursor de la conducta es la intención. (10)

Según esta teoría, el factor principal que predice el cambio de conducta es la intención de cambiarla, o sea, la intención representa la motivación para realizar una determinada conducta y a la vez, la intención viene determinada por tres factores: las actitudes frente a la conducta, es decir, la valoración positiva o negativa que hace el individuo sobre el comportamiento, la norma social o subjetiva, que hace referencia a lo que piensan otras personas sobre el comportamiento, es decir, a la presión social para realizar o no la

conducta, y el control de la acción o percepción de control o autoeficacia, que hace alusión a la percepción de que el individuo será capaz de llevar a cabo el comportamiento.(19)

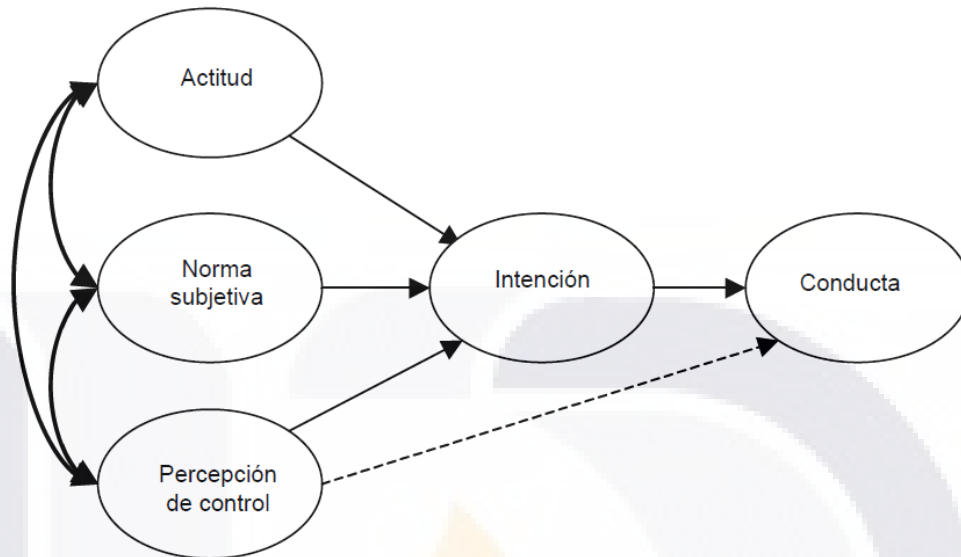


Figura 1: Modelo de la Teoría de la Acción Planeada

Todas las variables influyen en la formación de la intención, siendo ésta y la percepción de control las únicas que pueden intervenir directamente en el desarrollo de la conducta.(10)

La actitud y la norma subjetiva, al mismo tiempo, están determinadas por las creencias conductuales y normativas y el control de la acción está determinado por la autoeficacia, el locus de control, factores internos o externos y la controlabilidad.(19)

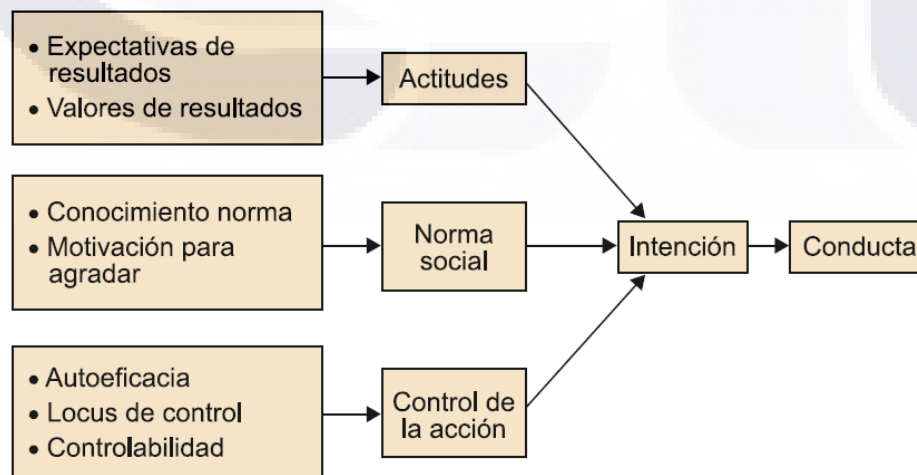


Figura 2: Esquema de la Teoría de la Acción Planeada de Azjen (1985,1991)

Esta teoría será utilizada, ya que esta trabaja en consideración a la evaluación o análisis de factores no solamente de deseos, creencias y preferencias de la persona, sino que evalúa el peso que genera el vínculo social y las ideologías del mismo en la persona, tendiendo como virtud, las aptitudes, capacidades y autosuficiencia con la que se crea la persona para realizar cierta acción o comportamiento; de tal manera que dicha teoría ofrece un análisis multifactorial y permite determinar de forma más precisa la asociación de estos factores con los comportamientos humanos.

II. JUSTIFICACIÓN

El 2 de mayo de 2016 el Instituto Nacional de Salud Pública (ENSANUT), muestra un estudio hecho por el Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), en donde se evidencia que más mujeres de las que se creía, están falleciendo en México, por causas indirectas de mortalidad materna (enfermedades ya existentes agravadas por el embarazo). Los autores identificaron y reclasificaron 1214 muertes maternas, lo que demuestra que se subestimaron cerca de un 13%. Como consecuencia, las cifras de mortalidad materna en México se corrigieron de 7829 a 9043 del año 2003 al 2012.

La nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) propone acciones clave para acabar con la mortalidad materna evitable. Entre ellas: la identificación y tratamiento de enfermedades preexistentes no transmisibles y sus factores de riesgo, realizando un programa integral de atención preconcepcional, en el que se incluyan todo el personal de salud que tenga contacto con embarazadas, con el fin de otorgar atención global y no solo para el embarazo.

De tal forma que en la actualidad se reconoce a la asistencia preconcepcional, como uno de los principales factores que pueden contribuir a un curso normal del embarazo y a obtener un recién nacido sano, ya que gran parte de la salud durante el embarazo depende principalmente del estado de la mujer antes de concebir.

Sin embargo y a pesar de la existencia de programas de atención preconcepcional, no existe un abastecimiento óptimo para la población de alto riesgo reproductivo, situación que da importancia a determinar los factores que influyen de manera directa, en los resultados

de dicha iniciativa, haciendo énfasis en la actitud, comportamiento y normas sociales que regulen dicha actividad.

La Teoría de la acción planeada, a través del análisis de los componentes del comportamiento humano (actitudes, normas subjetivas, control percibido), permite predecir con alto grado de confiabilidad, que factores tienen mayor peso para la realización o no de conductas determinadas. En el caso particular de la investigación planteada, permitirá predecir que componente del comportamiento de las pacientes embarazadas de alto riesgo, influye de manera determinante para llevar a cabo la implementación de acciones encaminadas a la atención preconcepcional y posterior a recibirla el llevarla a cabo.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

III.1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Hasta el año 2015, de acuerdo a la encuesta intercensal del INEGI, Aguascalientes cuenta con una población de 1,312, 544 habitantes. El 81% contribuye a la población urbana y 19% a la rural; la **escolaridad promedio es de 9.7**, lo que equivale a casi primer año de educación media superior.(20)

La Delegación Aguascalientes del IMSS, cuenta en general con una población total de 621,689 derechohabientes, de los cuales el 47.61%, es población masculina y 52.38% es población femenina.

Aguascalientes reporta 5,254 embarazadas y 1,839 corresponden al Hospital General de Zona No 1, las que se catalogan como de alto riesgo y que su control es llevado en el servicio de obstetricia de dicho hospital corresponde a 118.(21) (22)

De acuerdo con la OMS casi 800 mujeres mueren al día debido a complicaciones en el embarazo y parto.(23) En nuestro país, en 2015 se reportaron 712 casos de muerte materna, y para Aguascalientes el reporte de fue de 6 casos.(24) Las causas de muerte materna más elevada con un 28% son las referentes a las condiciones médicas preexistentes en la madre.(23)

III.2. PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD.

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o, al menos, disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Esto implica que para llevar adelante una adecuada atención preconcepcional se necesita de una buena información y educación, necesarias para modificar costumbres, creencias, normas y actitudes.(25)

Los estudios médicos han revelado que la atención preconcepcional es un componente esencial en las estrategias de salud, se afirma que existe una estrecha relación entre el riesgo preconcepcional y la atención preconcepcional, ambos vistos con un enfoque intersectorial del problema, para facilitar el protagonismo de la comunidad y promover el intercambio entre los actores sociales que ayuden a modificar creencias negativas, aumentar la percepción de riesgo a que están expuestas las personas y desmentir rumores, para motivar a los portadores de factores de riesgo a adoptar nuevas actitudes y comportamientos, incrementar su auto eficacia y a utilizar los servicios existentes de una forma adecuada y efectiva.(25)

III.3. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD.

III.3.a. NIVEL POLÍTICO:

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: establece la meta México Incluyente, en esta meta se enuncia a la Mortalidad Materna como una preocupación en la Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, y particularmente en las líneas de acción Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad infantil y maternal.(26)

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos, busca la contribución al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años y mejorar la Salud Materna, así como orientarse hacia las acciones de la Estrategia Mundial para la salud de la Mujer. (27)

III.3.b. NIVEL LEGISLATIVO:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Artículo 4o establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.(26)

Ley General de Salud: En su artículo 3o determina que es materia de salubridad general, entre otras: La atención materno-infantil.

Atención Materno-Infantil: contempla y alberga las disposiciones bajo las cuales se prestará la atención materna y dentro del cual se plasma a través del artículo 62 que, en los servicios de salud se promoverá la **organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil**, a efecto de que se conozca, sistematice y evalúe el problema y se adopten las medidas conducentes. (23)

Plan Sectorial de Salud 2013-2018: Establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales, entre los cuales se menciona: (26)

1. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, cuyo principal objetivo es reducir la mortalidad materna.

NOM 007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida:

Tiene por objetivo establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio además de la atención del recién nacido normales. (23) En dicha norma se establecen aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbilidad materna y perinatal y se realiza una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes.(27)

Por lo anterior, es necesario puntualizar que al mejorar la consulta pregestacional, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana.(27)

III.3.c. NIVEL OPERATIVO:

El sistema de salud de México, está compuesto por dos sectores: público y privado.(28)

México se ha comprometido, a reducir la mortalidad materna, la respuesta del sistema de salud ante el reto se ha plasmado en diversas acciones, entre las cuales se encuentran: (29)

Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal (PAE) 2013-2018: ha sido diseñado para contribuir a ampliar las oportunidades de cursar el embarazo sano, el parto respetuoso y el puerperio seguro, proceso que se cumplirá mediante acciones aplicadas desde la etapa pregestacional. (29)

Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV): Tiene como objetivo fortalecer la capacidad de las mujeres y sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal, desde la etapa preconcepcional. (29)

Iniciativa Maternidad sin riesgos. Iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, propone acción y abogacía en áreas clave que incluyen: asegurar la existencia de servicios integrales de salud reproductiva entre los cuales se encuentra la asistencia preconcepcional, que además incluyan la planificación familiar. (29)

III.4. DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA.

Para el HGZ No 1, el total de embarazadas que pueden ser atendidas es de 1,839, derechohabientes de UMF de referencia a este hospital, tiene un total de 118 pacientes de alto riesgo para Septiembre de 2016, supervisadas por el servicio de obstetricia, por diagnósticos como: diabetes gestacional y pregestacional, enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, en su mayoría. (30) Tomando en cuenta estudios previos, se estima que solo el 40% de dichas pacientes han recibido atención preconcepcional de las cuales solo el 25% presentara actitud para llevar dicha conducta a cabo.

Como se comentó, no existe información acerca de la teoría de la acción planeada y el control preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo, solo con diferentes problemas de estudio, por lo que no se puede describir ambas variables de estudio.

III.5. DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA (MAGNITUD Y TRASCENDENCIA).

La salud materno-infantil es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir a disminuir la mortalidad prenatal, perinatal y mejorar la salud materna.(27)

Se estima que un 15 a 20% de las mujeres que inician una gestación presentan problemas de salud previos, los cuales es posible detectar y tratar o controlar antes del embarazo.(31) A nivel mundial el 20% de los embarazos será categorizado como de alto riesgo, por lo que será necesario, prestar mayor atención a estas pacientes durante la atención preconcepcional, con el objetivo de disminuir las complicaciones propias de este tipo de embarazos y por ende la mortalidad materna.(23)

Teniendo como objetivos prioritarios los mencionados, se trabaja para garantizar la identificación y tratamiento anteriores al embarazo de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, tomando a la atención preconcepcional en mujeres con alto riesgo reproductivo, como estrategia prioritaria.(32)

Alrededor del 30% de las pacientes con riesgo reproductivo alto reciben atención preconcepcional adecuada, de las cuales aquellas que cuentan con diagnóstico de patologías preexistentes la reciben en un 50%, a comparación de 30% de las mujeres que cuentan con factores de riesgo no identificados, acarreado con ello mayor número de complicaciones, costos económicos, así como mayor incidencia de muertes maternas y por consecuencia, menor desarrollo económico y mayor detrimento de la calidad de vida poblacional y desarrollo social. (8)

El desarrollo y la implementación de un programa de atención preconcepcional, se ubica en el marco de la prevención y promoción de la salud como una herramienta potente para la reducción de la Mortalidad Materna y perinatal. El programa debe ser implementado como un derecho en salud sexual y reproductiva, difundido de manera amplia y general y puesto a disposición de las mujeres en todos los servicios relacionados con la atención primaria.(18)

Para el logro de dicho objetivo, se deberá determinar las causas por las que se otorga o no atención preconcepcional en pacientes con alto riesgo, analizando factores de comportamiento humano que puedan asociarse a la realización de conductas determinadas.

III.6. ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.

Actitudes del paciente:

1. Desconocimiento de la importancia de la atención preconcepcional con alto riesgo reproductivo.
2. Pacientes ignorantes de lo que implica recibir una atención preconcepcional adecuada para evitar el desarrollo de embarazos de alto riesgo.
3. Falta de comprensión de las complicaciones maternas y fetales que se pueden sufrir por descompensaciones o mal control de patologías preconcepcionales en embarazos de alto riesgo.
4. Desconocer los cuidados maternos y metas control que se deben alcanzar previo a la concepción en embarazos de alto riesgo.
5. No contar con actitud para llevar a cabo cuidado preconcepcional previo al embarazo en pacientes con alto riesgo reproductivo.
6. Creer a la atención preconcepcional como poco útil para la prevención de complicaciones durante el embarazo de alto riesgo.
7. Falta de apoyo del núcleo familiar y social de las pacientes, para incitar a la asesoría y cuidados preconcepcionales en pacientes de alto riesgo preconcepcional.
8. Poca flexibilidad para la adquisición de conocimientos que mejoren el autocontrol de patologías preexistentes al embarazo.
9. Poca disponibilidad de tiempo por horarios laborales.
10. Prejuicios sobre la información en salud, creyéndola aburrida y poco interesante.
11. Pérdida de la confianza hacia el sistema de salud propio de la institución.

Propios del servicio:

1. Servicio rutinario de la atención medica
2. Poca tiempo y disposición del personal de salud para otorgar atención y consejería preconcepcional a mujeres con alto riesgo reproductivo.
3. Falta de conocimiento de la enfermedad pregestacional y sus consecuencias en el embarazo de alto riesgo, por parte de los prestadores de servicios de salud.
4. Falta de implementación de estrategias para mejorar la atención preconcepcional en pacientes con riesgo reproductivo alto.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
5. Falta de recursos económicos para la implementación de nuevas estrategias enfocadas a atención preconcepcional en embarazos de alto riesgo.
 6. Poca priorización al tema de atención preconcepcional y disminución del riesgo reproductivo preconcepcional.

III.7. ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO.

En los últimos años se ha venido adoptando una visión biopsicosocial, como clave para el control de la salud pregestacional, con el objetivo de conocer factores que puedan dificultar o facilitar la concepción, para incidir sobre ellos precozmente, de allí nace la asistencia preconcepcional.(4)

Dentro de la Psicología de la salud se ha determinado que la conducta está estrechamente relacionada con el proceso salud-enfermedad. De esta manera al comprender los factores psicosociales que contribuyen a que se realice una conducta de riesgo o a que se evite una conducta preventiva, se puede contribuir a desarrollar programas efectivos para promover la realización de atención preconcepcional en pacientes con alto riesgo reproductivo. (33)

La Teoría de la acción planeada constituye una herramienta imprescindible para demostrar la relación estrecha entre los factores cognitivos y sociales específicos de cada persona, para predecir la intención de realizar una conducta; motivo por el que se considera un modelo apto para la comprensión de la asociación de estos factores con la realización o no de atención preconcepcional en pacientes con alto riesgo reproductivo.(33)

Existen múltiples estudios donde se ha trabajado con la teoría de la acción planeada, entre ellos la práctica de actividad física, alimentación saludable, uso de preservativo, relaciones sexuales de riesgo, tabaquismo en el embarazo, pero ninguno enfocado a determinar qué factores del comportamiento humano se asocian a que las mujeres con alto riesgo reproductivo lleven o no cabo atención preconcepcional.

De igual manera existen múltiples investigaciones sobre atención preconcepcional y embarazo de alto riesgo, de carácter descriptivo o analítico, reportando o asociando la

consejería preconcepcional a un mejor resultado en el embarazo; pero ninguno de estos ha buscado asociar que factores influyen para la realización de esta práctica tan importante, la atención preconcepcional, motivo por el que es importante analizar con este estudio la incógnita planteada.

III.8. BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA

El estudio de Delgado del Rey, de tipo transversal comparativo, demostró que la atención preconcepcional favorece el control glucémico en pacientes diabéticas, en espera del momento óptimo para la concepción.(1)

Durán Santos en su estudio de tipo descriptivo, demuestra que la identificación de factores de riesgo pregestacionales asociados a factores demográficos, enfermedades sistémicas, genéticas y estilos de vida, y su manejo oportuno, ayudará al médico de familia a mejorar los resultados obstétricos.(2)

Martins Lage permitió concluir en la importancia de la atención preconcepcional en pacientes cardiópatas, dentro de la cual se realiza ajuste y control de la patología previo al embarazo, ejecutando acciones adecuadas para mejorar el pronóstico de la gestación en dichas condiciones. (5)

Lau López, concluye que la atención preconcepcional permite identificar patologías preexistentes y sus complicaciones, dar manejo adecuado y mejorar las condiciones generales de las mujeres que desean embarazarse. (7)

La evidencia planteada en los estudios ya realizados, concuerda en la importancia de la atención preconcepcional para reducir los riesgos y mejorar los resultados de los embarazos que se tornan de alto riesgo; pero es necesario identificar las conductas a través de la teoría de la acción planeada, fundamentándolo como una herramienta útil para la asociación de determinantes de la conducta humana; pero a pesar de todo el conocimiento provisto por dichos estudios, no se ha encontrado estudio que fundamente la asociación entre las variables de estudio del presente trabajo, motivo que hace necesario realizar el estudio en cuestión para determinar el objetivo planteado.

III.9. DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

Se plantea que el presente estudio, proporcione información en relación a los componentes del comportamiento humano, en referencia de la teoría de la acción planeada y la asociación que hay entre atención preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ No 1 Aguascalientes, para que los resultados obtenidos puedan dar pauta a inferir el comportamiento de otras poblaciones con las mismas características en relación al tema de atención preconcepcional. De igual manera identificar la frecuencia de atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo y la distribución de la teoría de la acción planeada y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ No 1, delegación Aguascalientes.

Es importante conocer la influencia que tiene el recibir atención preconcepcional y las actitudes, normas subjetivas y control percibido de cada paciente.

III.10. DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA: DISCREPANCIAS ENTRE LAS SITUACIONES OBSERVADAS Y LAS ESPERADAS, QUE IDENTIFIQUEN EL ESTADO DEL ARTE EN CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA.

Existen diferentes estudios que valoran el desenlace del embarazo y su relación con la atención preconcepcional y de igual forma estudios en diferentes ámbitos de la salud en donde se utilizó como método predictivo la teoría de la acción planeada, pero ninguno ellos, conjuga nuestras variables de estudio en un solo proyecto, que es la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo de acuerdo a la teoría de la acción planeada.

Tomando en cuenta la evidencia planteada y revisada con anterioridad, es claro que los estudios disponibles en la actualidad son útiles para el tema en estudio, pero al quedarse en el nivel descriptivo o bien al tratar otros problemas de estudio con la teoría de la acción planeada, hacen necesario realizar el presente estudio para determinar el objetivo planteado.

Existe consistencia entre la mayoría de los estudios previos que se han realizado, acerca de la asociación estrecha entre la atención preconcepcional y la modificación del riesgo reproductivo, y el desenlace favorable del embarazo, así como estudios que determinaron en sus resultados que no existe relación significativa hacia la mejora del riesgo reproductivo gracias a la atención preconcepcional. (1)(4)

De igual manera constan estudios donde se evidencia la deficiente oferta de atención preconcepcional en mujeres con riesgo reproductivo alto, dando frecuencias relativas propias de la población estudiada, asociado a características sociodemográficas y antecedentes patológicos propios de las mujeres en estudio.(2) (8)

A su vez destacan estudios que han comprobado que más del 60% de las complicaciones que se presentan durante el embarazo, corresponden a patologías preexistentes que pudieron haber sido tratadas y controladas previo a la gestación, reduciendo así complicación y costos de las mismas. (7)

De la misma manera varias de las evidencias registradas en relación a trabajos basados en la teoría de la acción planeada, que concuerdan y concluyen que este es un modelo que permite predecir de forma confiable que dimensión del comportamiento humano influye en menor o mayor medida para la realización de conductas que determinan la ausencia o aparición de enfermedades, resultados que fundamentan las bases para la promoción de estrategias que traten la deficiencia encontrada. (10) (12) (13)

No existe evidencia científica que respalde antecedentes descriptivos y el análisis comparativo como el que se pretende realizar, para determinar la frecuencia de atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo, así como la distribución de la teoría de la acción planeada y la atención preconcepcional en embarazos de alto riesgo, así como la asociación que existe entre las dimensiones de la teoría de la acción planeada y la atención preconcepcional en embarazos de alto riesgo, motivo por el cual se realiza el estudio presente, en el cual se establece la siguiente pregunta de investigación:

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA Y LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO DEL HGZ 1, DELEGACION AGUASCALIENTES?

V. OBJETIVOS

V.1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar la asociación que existe entre la teoría de la acción planeada y la atención preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ No 1 delegación Aguascalientes.

V.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar los atributos de tiempo, lugar y persona de las pacientes con embarazo de alto riesgo del HGZ 1, delegación Aguascalientes.
- Identificar la frecuencia de atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ 1, delegación Aguascalientes.
- Identificar la distribución de la teoría de la acción planeada y la atención preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ 1, delegación Aguascalientes.
- Identificar la asociación entre la actitud y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.
- Identificar la asociación entre la norma subjetiva y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo y la del HGZ 1 delegación Aguascalientes.
- Identificar la asociación entre el control percibido y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.
- Identificar la asociación entre la intención conductual y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.

VI. HIPÓTESIS DEL TRABAJO.

VI.1. HIPÓTESIS ALTERNA O VERDADERA.

- Existe asociación entre la teoría de la acción planeada y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ No 1 delegación Aguascalientes.
- Existe asociación entre la actitud y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Existe asociación entre la norma subjetiva y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.
 - Existe asociación entre el control percibido y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.
 - Existe asociación entre la intención conductual y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.

VI.2. HIPÓTESIS NULA.

- No existe asociación entre la teoría de la acción planeada y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ No 1 delegación Aguascalientes.
- No existe asociación entre la actitud la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.
- No existe asociación entre la norma subjetiva y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.
- No existe asociación entre el control percibido y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.
- No existe asociación entre la intención conductual y la atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se realiza un estudio observacional transversal comparativo.

VII. 2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

118 mujeres embarazadas de alto riesgo, que acuden a control a consulta externa de obstetricia en HGZ No 1, delegación Aguascalientes.

VII.2.a. UNIVERSO DE TRABAJO.

Todas las mujeres con embarazo de alto riesgo, que acuden a control a consulta externa del servicio de obstetricia en HGZ No 1, delegación Aguascalientes.

VII.2.b. UNIDAD DE ANÁLISIS.

Mujer embarazada de alto riesgo, que acude a control a consulta externa de obstetricia en HGZ No 1, delegación Aguascalientes.

VII.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

VII.3.a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Pacientes embarazadas que acuden a consulta de embarazo de alto riesgo en el HGZ No1 Delegación Aguascalientes.
2. Pacientes embarazadas que acuden a la consulta de embarazo de alto riesgo, que acepten participar de manera voluntaria y firmen la carta de consentimiento informado.

VII.3.b. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

1. Pacientes embarazadas que acuden a consulta de embarazo de alto riesgo del HGZ No1 Delegación Aguascalientes, que no acepten participar en el estudio.
2. Pacientes embarazadas que acuden a la consulta de embarazo de alto riesgo, del HGZ No1 Delegación Aguascalientes que no hayan firmado la carta de consentimiento informado.

VII.3.c. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

1. Quienes no contestaron el 80% del total del instrumento aplicado.

VII.4. MUESTREO.

VII.4.a. TIPO DE MUESTREO.

Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia de las embarazadas usuarias que acuden a la consulta de embarazo de alto riesgo del HGZ No1 delegación Aguascalientes.

VII.4.b. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se calculó el tamaño de muestra por medio del paquete estadístico EpiInfo v.7.2.0.1 con el programa StatCalc con el comando de tamaño de muestra y poder, para estudios transversales comparativos aplicando la fórmula propuesta por Fleiss, se calculó en base a los siguientes parámetros:

1. Frecuencia relativa de pacientes embarazadas de alto riesgo con actitud de recibir atención preconcepcional, se estimó de acuerdo a estudios previos, que 40% de ellas tuvieron la actitud de recibir atención preconcepcional, y aquellas que no están expuestas a la condición de alto riesgo solo tuvieron dicha actitud en un 25%.
2. Razón de momios (OR) hipotético asociado con las dimensiones de la teoría de la acción planeada que puedan ser de importancia a la salud pública y que justifique su detección (OR igual o mayor a 2.0).
3. Nivel de confianza deseada ($1 - \alpha = 95\%$)
4. Poder deseado del estudio ($1 - \beta = 80\%$)
5. Con estos parámetros y teniendo una razón de expuestos: no expuestos (1.6:1) se requirió una muestra de 112 pacientes embarazadas de alto riesgo que acuden a control al servicio de obstetricia de las cuales se espera que 72 presentaran relación con alguna dimensión de la TAP y 44 no presentaran relación con alguna dimensión de la TAP.

VII.5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.

La operacionalización de las Variables, con la descripción operacional, se encuentra en anexo aparte.

VII.5.a. DEFINICIONES CONCEPTUALES.

Embarazo de alto riesgo

Aquellos casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales o de otra índole, se acompañan de una morbimortalidad materna y perinatal superior a la de la población general.(16)

Factor de riesgo.

Un factor de riesgo es aquella característica o circunstancia identificable que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad. Se consideran cuatro grandes grupos: Psicosociales, antecedentes médicos, antecedentes reproductivos, evolución del embarazo actual. (16)

Riesgo reproductivo.

Probabilidad de que una mujer embarazada o su hijo sufran un evento adverso en el proceso en cuestión.(18)

Atención preconcepcional

La atención sanitaria un año antes del embarazo con el fin de prevenir, detectar y tratar las enfermedades asociadas con un mal resultado reproductivo, disminuir el riesgo del embarazo para la mujer y para su hijo y preparar a la mujer y a la familia para el embarazo y cuidados de niño.(4)

Teoría de la Acción Planeada

Parte del Modelo de continuum propio a su vez del modelo biopsicosocial, desarrollada a partir de la Teoría de Acción Razonada. Postula que el inmediato precursor de la conducta es la intención, y que a la vez la intención viene determinada por tres factores: la actitud, la norma social o subjetiva y la percepción de control.(10)

Actitud

Es la predicción aprendida para responder de modo favorable o desfavorable hacia un objeto. Es la creencia sobre la expectativa de un resultado. (33)

Norma subjetiva

Hace referencia a lo que piensan otras personas sobre el comportamiento, es decir, a la presión social para realizar o no la conducta.(19)

Control percibido

Término sinónimo a autoeficacia, que hace alusión a la percepción de que el individuo será capaz de llevar a cabo el comportamiento.(19)

Intención conductual

Determina el comportamiento de forma causal, y es provocada por la suma de las influencias de las actitudes hacia el comportamiento y as normas subjetivas. Se considera un determinante proximal de la conducta, y refleja tanto la motivación del individuo para comportarse de determinada manera, como el esfuerzo que está preparado a hacer para realizar la conducta.(33)

VIII.- LOGÍSTICA.

Para la recolección de datos y poder realizar este trabajo, inicialmente se solicitó la aceptación por parte de las autoridades del comité local de investigación; una vez autorizado el estudio, se solicitó el permiso a los directivos del HGZ No 1, se les explicó el instrumento a aplicar y su finalidad, así como el tiempo estimado que se requiere para la recolección de datos, horarios y estancia en la Unidad.

La información fue recolectada por el investigador.

De acuerdo a los criterios de inclusión y no inclusión, tomando como base la información plasmada en el registro OC34 referente a la consulta externa de obstetricia, proporcionado por el servicio de archivo, y siguiendo el tipo de muestreo elegido (conveniencia), se determinaron las pacientes que incluyó la muestra, las cuales fueron captadas al momento de su consulta en obstetricia. Se les dieron a conocer los objetivos y justificación del estudio, y se informó sobre la fecha de inicio del mismo y su duración.

Para las pacientes que mostraron interés en participar en el estudio, se les dio a conocer la carta de consentimiento bajo información el cual se firmó; una vez firmada la carta de consentimiento bajo información, se aplicaron los cuestionarios referentes a los componentes de la teoría de la acción planeada en relación a la realización de asesoría preconcepcional en el embarazo de alto riesgo, asegurando que la paciente entrevistada entendiera las preguntas y las posibles respuestas de cada uno de los ítems del cuestionario, una vez aplicados el total de cuestionarios de la muestra calculada, se

procedió a capturarlas en una base de datos hecha en el programa estadístico SPSS versión 21, para su análisis e interpretación estadística.

VIII.1. RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó una entrevista cara a cara en base al instrumento construido sobre consejería preconcepcional en mujeres con riesgo reproductivo alto, a las pacientes embarazadas de alto riesgo que acuden a la consulta externa de obstetricia, el tiempo en que se realiza la entrevista será aproximadamente 25 minutos.

La encuesta sobre la Teoría de la Acción Planeada consta de 13 ítems, valorado por una escala de frecuencia de 5 grados tipo Likert que fue de 5 (totalmente de acuerdo) a 1 (totalmente en desacuerdo). Se utilizaron 3 ítems para evaluar actitud, 3 ítems para norma subjetiva, 2 ítems para el control percibido y 4 ítems para intención.

La encuesta en relación a consejería preconcepcional otorgada a pacientes con riesgo reproductivo alto consta de 8 ítems, valorado a través de una escala dicotómica (SI, NO), los cuales determinaron a frecuencia de atención preconcepcional en dichas pacientes.

Los datos obtenidos de la aplicación de evaluación, fueron concentrados en una base de datos y almacenados en forma cotidiana en un proceso de captura para validar la confiabilidad del proceso. Se utilizó el programa SPSS 21 para la captura, procesamiento y análisis descriptivo de los datos.

VIII.2. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se llevó a cabo una entrevista cara a cara, que consiste en una entrevista directa o personal con cada usuario encuestado, en la que se tiene la ventaja de ser controlada y guiada por el encuestador, además de que se obtiene más información que con otros medios.

Al abordar a las usuarias, se les explico que fueron seleccionadas para realizarles la encuesta sobre la teoría de la acción planeada asociada a la atención preconcepcional del HGZ No 1 delegación Aguascalientes, se les expuso en que consiste la encuesta, se dio a conocer la carta de consentimiento bajo información y se pidió su autorización para la realización de la encuesta, la cual se plasma con su firma en el documento.

Posterior a ello, se procedió a realizar las encuestas, teniendo la certeza de que las pacientes encuestadas entienden las cuestiones que se les realiza, así como las posibles respuestas.

VIII.3. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS.

Construcción de un instrumento sobre consejería preconcepcional en pacientes con patologías preexistentes al embarazo en relación a la teoría de la acción planeada, con los criterios correspondientes a la teoría psicométrica. (34) (35)

VIII.3.a. VALIDEZ APARENTE

Mediante un grupo focal de 4 usuarias, a las cuales se les aplicó el instrumento a la población en estudio del HGZ No 1, que acuden a consulta de embarazo de alto riesgo, donde se confirmó que no existieran errores de interpretación lingüísticos y además se observó que existiera una relación entre lo que se explicaba y lo que se pretendía medir.

VIII.3.b. VALIDEZ DE CONTENIDO

Se realizó mediante la colaboración de un grupo focal de 3 expertos, uno de ellos experto en metodología de la investigación y teoría psicométrica, el segundo experto en obstetricia, y el tercero médico familiar maestro en educación; con el fin de evitar la factibilidad de empate, se analizaron de forma independiente y cegado hasta saturar el contenido, verificando que las dimensiones a evaluar fueran congruentes y apegadas al lineamiento técnico médico sobre consejería preconcepcional en mujeres con riesgo reproductivo alto, y en relación a los componentes del comportamiento humano de acuerdo a la teoría de la acción planeada.

VIII.3.c. VALIDEZ DEL CONSTRUCTO

Se dio validez de constructo a partir de un análisis factorial, en el cual el instrumento obtuvo una confiabilidad aceptable a partir de Alfa de Cronbach de 0.805; de la misma manera se dio validez estadística a través del método de varianza, obteniendo validez del 79.081%. Lo que determino que se cuenta con un instrumento apto para ser reproducible y aplicado para obtener resultados que aporten y resuelvan la pregunta de investigación.

IX. PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

IX. 1. PROCESAMIENTO DE DATOS.

Se realizó una base datos en SPSS versión 21, de las cuales cada una de ellas contó con nombre, tipo, anchura, decimales, etiquetas, valores, perdidos, columnas, alineación, medida y rol.

Las variables socio-demográficas (Edad, estado civil, escolaridad, ocupación, etc.), se analizaron con estadísticas descriptivas con medidas de dispersión o de tendencia central, para posteriormente obtener gráficos de frecuencia y tablas de contingencia. Para determinar la fuerza de asociación (OR) se utilizó el comando de regresión con el cual se realiza regresión logística binaria para obtener el ajuste de las variables asociadas.

IX.2. ANÁLISIS DE DATOS.

Se describieron las frecuencias absolutas, porcentajes, y sus respectivas gráficas para las variables independientes (actitud, norma subjetiva, control percibido, intención conductual) así como para las variables dependientes (atención preconcepcional en embarazo de alto riesgo).

Se realizó un cruce de variables entre las variables dependientes e independientes para obtener la fuerza de asociación (OR e IC), mediante tablas de contingencia.

Mediante regresión logística binaria se obtuvieron valores de OR ajustados entre variables asociadas para eliminar el sesgo de confusión.

X. ASPECTOS ÉTICOS.

El protocolo se realizó de acuerdo a lo establecido en el reglamento vigente en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación para la salud, el presente protocolo se realizó conforme al título segundo, capítulo 1, artículo 17 categoría I el cual refiere “Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sociales en los individuos participantes, considerando: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño”, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencional de las variables para evaluar la asociación existente entre la teoría de la acción planeada en embarazadas de alto riesgo y la atención preconcepcional.(36)

Además a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. Prevalciendo el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitó hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se aseguró la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación fue voluntaria y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción quinta). Considerando a la presente investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no hubo procedimientos invasivos (Artículo 17, fracción 11).(36)

Así mismo este estudio se formuló de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada recientemente por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

XI. RECURSOS Y FINANCIAMIENTOS.

En el plan de trabajo de este estudio los gastos totales estuvieron a cargo del médico residente de medicina familiar encargado del proyecto de investigación (tesista).

Recursos humanos:

- Residente de tercer año de medicina familiar (tesista)
- Investigador principal

Recursos tecnológicos y recursos materiales:

XI.1. HOJA DE GASTOS.

Categoría	Costo Unitario (\$)	Cantidad	Costo Total (\$)
Computador	9,000	1	9,000
Lapiceros	5	5	25
Lápices	3	10	30
Borradores	3	5	15
Fotocopias	0.50	1500	750
Engrapadora	50	1	50
Grapas	30	1(caja)	30
Hojas	0.15	1000	150
Folders	2	5	10
Memoria USB	100	1	100
Cartucho de Tinta	500	1	500
Transporte (gasolina)	13.98 (litro)	50	699
Total (\$)	11, 359		

XII. RESULTADOS

Se realizó el análisis factorial, para obtener el grado de confiabilidad y validez del instrumento a utilizar, donde al modificar el ítem III.3.c, se obtuvo el modelo final con los siguientes resultados. La varianza total explicada por los 4 componentes es de 79.08%, alfa de Cronbach, por su parte, obtuvo valor de .805, es decir que, el instrumento presenta validez y confiabilidad muy alta, lo que permite que este sea reproducible para poder dar respuesta a la pregunta de investigación.

Tabla 1: Modelo Final

Ítems	Componentes				Media	Desv. Típ.	Asimetría	Curtosis	Alfa de Cronbach	
	1	2	3	4						
III.1.a	0.826	-0.189	0.072	-0.242	4.79	0.426	-1.566	0.501	0.48	0.805
III.1.b	0.786	-0.209	0.259	-0.424	4.64	0.633	-1.687	2.214		
III.1.c	0.27	0.531	-0.685	0.059	4.64	0.842	-2.781	8.17		
III.2.a	0.542	-0.66	-0.205	0.148	4.36	0.842	-0.829	-1.017	0.511	
III.2.b	0.751	0.389	-0.297	-0.275	4.36	1.277	-1.566	0.501		
III.2.c	0.621	0.452	0.157	-0.247	3.21	1.528	0.185	-1.859		
III.3.a	0.101	0.792	0.116	0.263	3.29	1.401	0.216	-2.018	0.715	
III.3.b	0.567	0.676	0.176	0.222	3.5	1.383	-0.098	-2.064		
III.3.c	0.198	0.678	0.345	0.391	2.86	1.231	0.889	-1.066		
III.4.a	0.698	-0.268	-0.447	0.193	4.43	0.938	-1.72	2.495	0.626	
III.4.b	0.564	-0.346	-0.177	0.655	4.5	0.756	-2.155	5.297		
III.4.c	0.398	0.087	0.675	0.48	4.21	1.251	-1.293	-0.07		
III.4.d	0.516	-0.298	0.367	-0.098	4.57	0.855	-1.526	0.936		

34.827	21.035	13.013	10.207
79.081			
Varianza explicada			

La variable edad, se agrupo en categorías que se señalan en la **tabla 2**, donde se obtuvo que la mayor frecuencia (42%) se encontraba entre 25 y 31 años de edad, y aquellas con edad entre 39 y 45 años representaron el menor porcentaje.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos de la variable Edad

Edad	Fr	%
18 a 24 años	24	21.4
25 a 31 años	47	42.0
32 a 38 años	34	30.4
39 a 45 años	7	6.3
Total	112	100.0

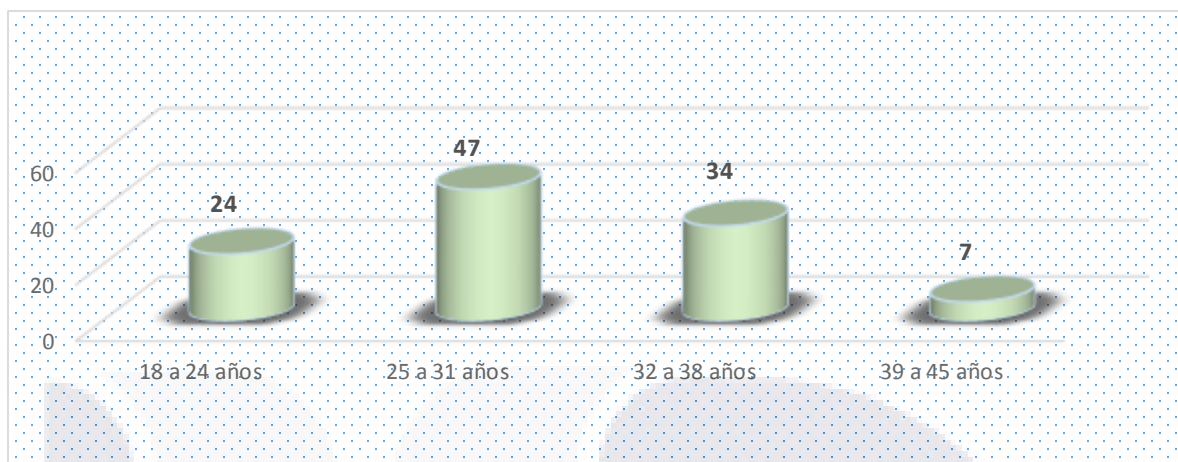


Gráfico 3: Frecuencia de la variable Edad

La variable UMF de adscripción, **tabla 3** muestra que la mayor parte de las pacientes provienen de las unidades de medicina familiar No. 1 y 7, con 35.7% y 21.4% respectivamente, clínicas situadas dentro el municipio capital. Las unidades de medicina familiar menos reportadas como unidades de adscripción fueron las clínicas pertenecientes a los municipios de Calvillo, Aguascalientes, Villa García, Zacatecas y Jalpa Zacatecas.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de la variable UMF de adscripción

Adscripción	Fr	%
01Aguascalientes	40	35.7
Rincon de Romos	2	1.8
Pabellón de Arteaga	6	5.4
Calvillo	1	.9
Asientos	3	2.7
Jesús María	19	17.0
07Aguascalientes	24	21.4
Jalpa, Zac.	1	.9
11Aguascalientes	11	9.8
Loreto, Zacatecas	4	3.6
Villa García, Zacatecas	1	.9
Total	112	100.0

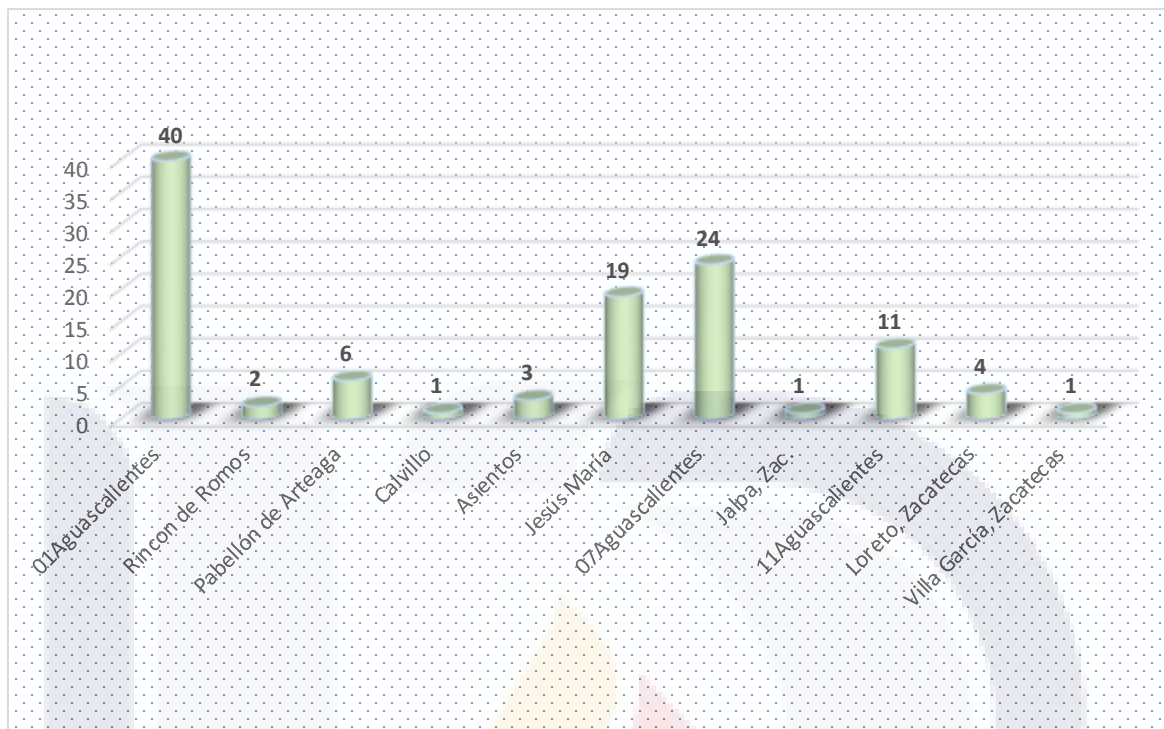


Gráfico 4: Frecuencia de la variable UMF de adscripción

La **tabla 4** muestra la variable escolaridad, donde se obtuvo que el nivel de escolaridad más frecuente fue la secundaria con un 42%; seguidas por las mujeres que estudiaron hasta la preparatoria con un 27.7%; en tercer lugar las mujeres con un grado de licenciatura con un 19.6% y en cuarto las que estudiaron hasta la primaria con un 10.7%.

Tabla 4: Estadísticos descriptivos de a variable Escolaridad

Escolaridad	Fr	%
Primaria	12	10.7
Secundaria	47	42.0
Preparatoria	31	27.7
Licenciatura	22	19.6
Total	112	100.0

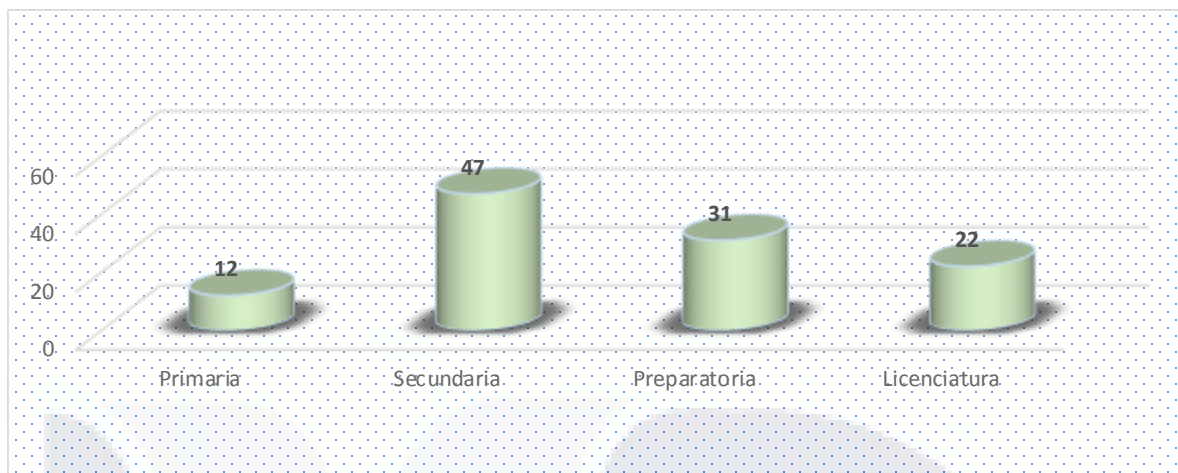


Gráfico 5: Frecuencia de la variable Escolaridad

La **tabla 5** muestra que las mujeres participantes en su mayoría están casadas con un 69.6%; seguidas por las mujeres que están en unión libre con un 17%; en tercer lugar las que están solteras con un 12.5% y por ultimo solo el .9% está divorciada de su pareja.

Tabla 5: Estadísticos descriptivos de la variable Estado civil

Estado civil	Fr	%
Casada	78	69.6
Soltera	14	12.5
Divorciada	1	.9
Unión libre	19	17.0
Total	112	100.0

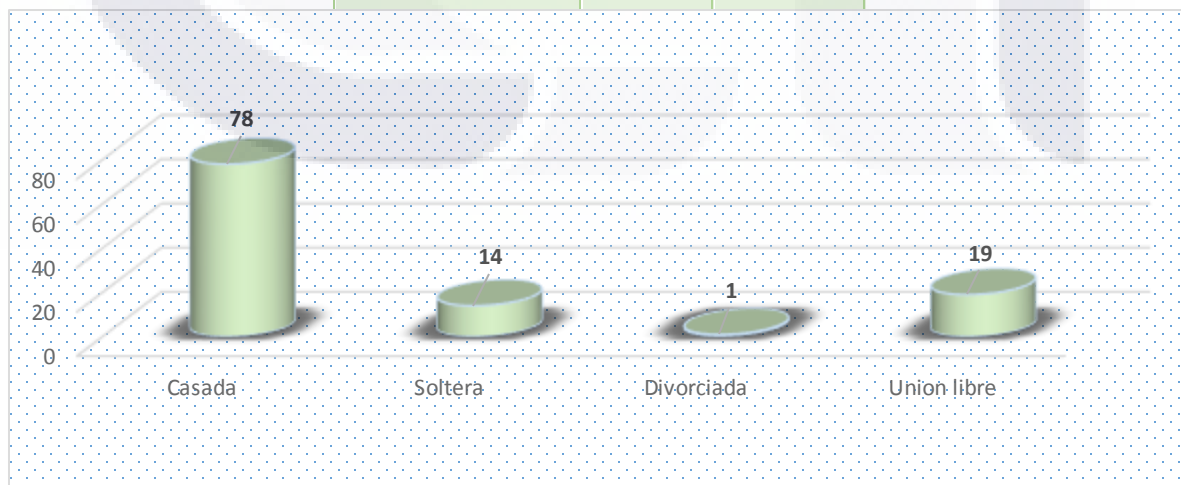


Gráfico 6: Frecuencia de la variable Estado civil

La **tabla 6** muestra que las mujeres participantes, en su mayoría se dedican al hogar con un 51.8%; seguidas por las mujeres que trabajan con un 43.8%; en tercer lugar las mujeres que estudian con un 4.5%.

Tabla 6: Estadísticos descriptivos de la variable Ocupación

Ocupación	Fr	%
Trabaja	49	43.8
Estudia	5	4.5
Hogar	58	51.8
Total	112	100.0

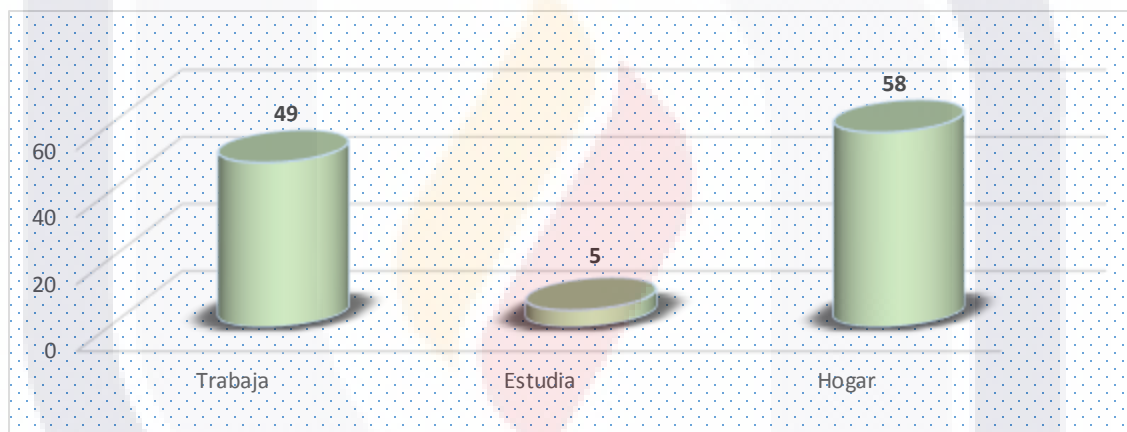


Gráfico 7: Frecuencia de la variable Ocupación

La **tabla 7** muestra el antecedente mencionado con mayor frecuencia fue el de cesáreas previas con un 17%; seguidas de el antecedente de aborto recurrente con 8.9%, en tercer lugar enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo con 8%, y en cuarto lugar pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional e hipotiroidismo con 7.1%.

Tabla 7: Estadísticos descriptivos de la variable Diagnóstico de riesgo en el embarazo

Diagnóstico alto riesgo	Fr	%
Hipertensión pregestacional	4	3.6
Diabetes gestacional	8	7.1
Cesáreas previas (2 o más)	19	17.0
Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo	9	8.0
Aborto recurrente	10	8.9
Hipotiroidismo	8	7.1
Embarazo adolescente	5	4.5
Infección vías urinarias recurrente	7	6.3
Embarazo edad avanzada	7	6.3
Epilepsia	5	4.5
Postrasplantada renal	1	.9
Miomatosis uterina	2	1.8
Anemia crónica	3	2.7
Riñón en herradura	1	.9
Incompetencia cervical	2	1.8
Diabetes pregestacional	2	1.8
Rh negativo	4	3.6
Sufrimiento fetal	2	1.8
Embarazo gemelar	4	3.6
Síndrome anti fosfolípidos	1	.9
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	3	2.7
Asma no controlada	1	.9
Malformación fetal	3	2.7
Obesidad materna	1	.9
Total	112	100.0

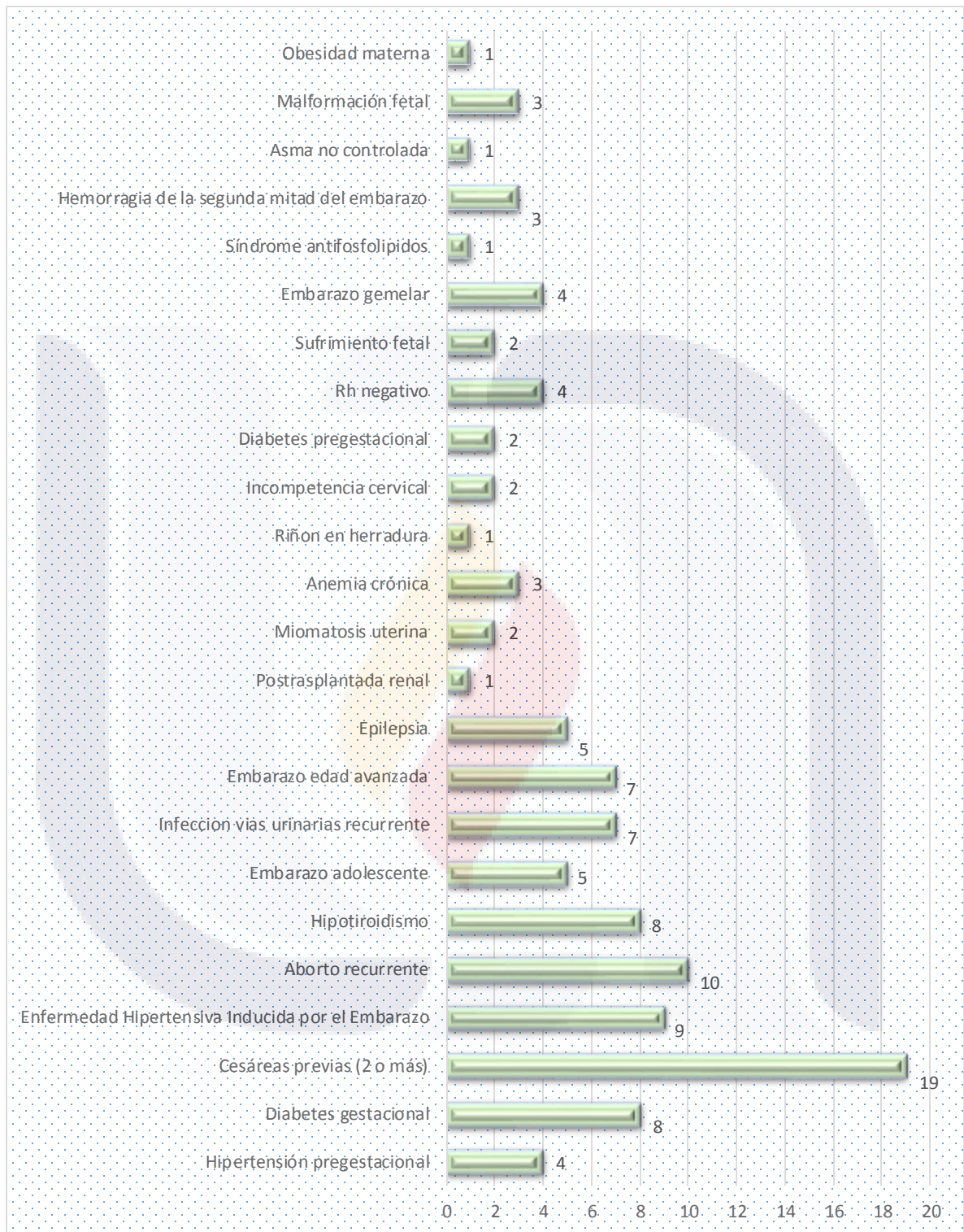


Gráfico 8: Frecuencia de la variable Diagnóstico de riesgo en el embarazo

La **tabla 8** muestra los diagnósticos pregestacionales se presentaron con mayor frecuencia con el 66.1%, a comparación de a las patologías gestacionales con 33.9%.

Tabla 8: Estadístico descriptivo de la variable Diagnóstico de alto riesgo

Diagnóstico alto riesgo	Fr	%
Pregestacional	74	66.1
Gestacional	38	33.9
Total	112	100.0

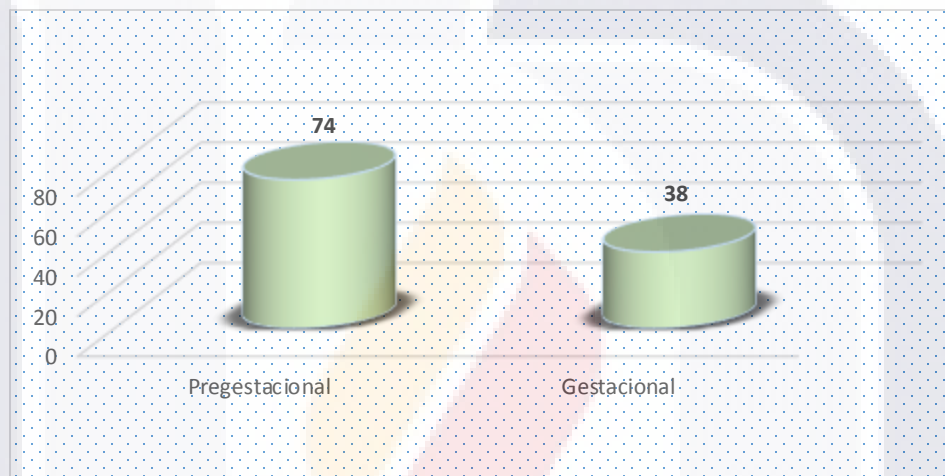


Gráfico 9: Frecuencia relativa de la variable Diagnóstico de alto riesgo

La **tabla 9** muestra la frecuencia de la variable dependiente de este estudio, atención preconcepcional en las mujeres embarazadas de alto riesgo, la cual cuenta con asimetría positiva y concentración elevada de los datos, lo cual habla de distribución anormal de los valores obtenidos, los cuales muestran que solo el 27.7% de las pacientes recibieron atención preconcepcional, mientras que el 72.3% no recibió este tipo de atención previo a su embarazo.

Tabla 9: Estadístico descriptivo de la variable Atención preconcepcional

Atención Preconcepcional	Fr	%
Si	31	27.7
No	81	72.3
Total	112	100.0

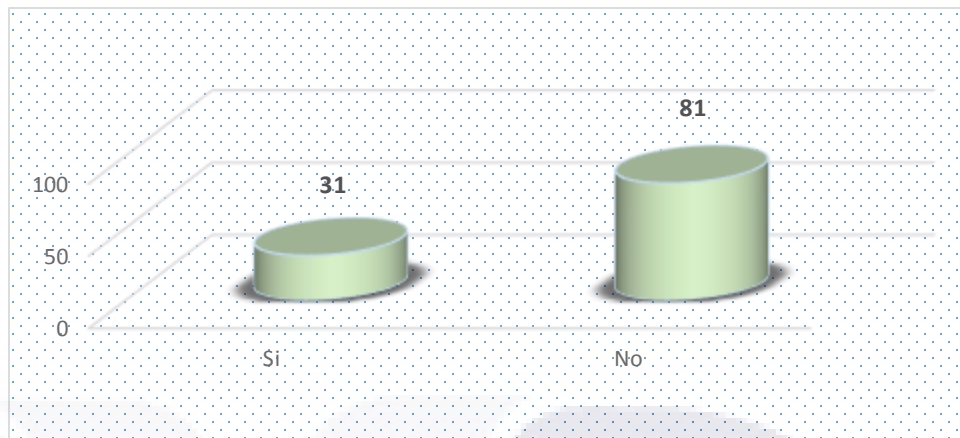


Gráfico 10: Frecuencia de la variable Atención preconcepcional

La **tabla 10** En la tabla se muestra cómo se comportan los ítems relacionados a la atención preconcepcional, se obtuvo que la mayoría de las respuestas está concentrada en las respuestas negativas, a excepción de los ítems 2 y 5, que cuentan con mayoría de respuestas positivas y corresponden a la oferta de métodos anticonceptivos previo al embarazo y a mención a las pacientes del riesgo alto con el que cuentan por sus antecedentes, correspondientemente.

Tabla 10: Escala de Atención Preconcepcional

Ítems	Sí		No		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
1. Se habló con usted sobre las complicaciones que su enfermedad y su tratamiento provocan en el logro de un embarazo.	51	45.5%	61	54.5%	112	100%
2. Se le ofrecieron métodos anticonceptivos apropiados para su enfermedad, para evitar embarazos no planeados	70	62.5%	42	37.5%	112	100%
3. Se le explicaron las complicaciones que puede presentar en el embarazo, como consecuencia de su enfermedad, en caso de que usted decidiera embarazarse	46	41.1%	66	58.9%	112	100%
4. Se le explicó lo que puede suceder y los cambios que sufre su enfermedad en el embarazo.	45	40.2%	67	59.8%	112	100%
5. Se le comentó que por los antecedentes con los que cuenta, si usted decidía embarazarse, sería un caso de embarazo de alto riesgo	72	64.3%	40	35.7%	112	100%
6. En algún momento el personal de salud que la atiende, le ofreció	25	22.3%	87	77.7%	112	100%

	pláticas sobre Planificación del embarazo, cambio del tratamiento antes de la concepción, metas control para su patología, calendario de visitas, pruebas, y se buscó conseguirlos.						
	7. Algún integrante del personal de salud le hablo sobre los cuidados que se debe tener cuando nazca su hijo, por su enfermedad y en relación a la lactancia en sus condiciones.	50	44.6%	62	55.4%	112	100%
	8. Se le hablo sobre los posibles efectos que puede provocar su enfermedad o su tratamiento en el recién nacido, por ejemplo riesgo de padecer enfermedad o secuelas, si usted decidiera embarazarse	43	38.4%	69	61.6%	112	100%
	9. Se le comento en alguna ocasión que debía hacer, cómo actuar o a donde y con quién acudir, en caso de presentar un embarazo no planeado	11	9.8%	101	90.2%	112	100%

La **tabla 11** En la tabla se muestra cómo se comportan los ítems en base a la teoría de la acción planeada, se obtuvo que la mayoría de las respuestas está concentrada en las respuestas positivas, a excepción del ítem 6, correspondiente a la dimensión de norma subjetiva; el ítem 7 y 8, correspondiente a la dimensión de control percibido; y el ítem 11, relacionado con la intención conductual.

Tabla 11: Escala de la Teoría de la acción planeada

Dimensión	Ítems	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Actitud	1. Para evitar complicaciones en el embarazo de alto riesgo, considero importante recibir atención preconcepcional	16	14.3%	86	76.8%	1	0.90%	9	8%	0	0.0%	112	100%
	2. Es gratificante para mi dedicar tiempo para recibir atención preconcepcional	19	17%	85	75.9%	4	3.6%	4	3.6%	0	0.0%	112	100%
	3. La atención Preconcepcional para prevenir complicaciones es necesaria en los embarazos de alto riesgo.	40	35.7%	62	55.4%	3	2.7%	7	6.3%	0	0.0%	112	100%

Norma Subjetiva	4. Considero que el gobierno debería promover programas de atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo.	7	6.3%	68	60.7%	25	22.3%	12	10.7%	0	0.0%	112	100%
	5. Mi familia y amigos creen que las complicaciones en el embarazo pueden ocurrir en cualquier persona y por eso son importantes los cuidados que se tengan antes del embarazo para prevenirlas.	5	4.5%	71	63.4%	0	0.0%	36	32.1%	0	0.0%	112	100%
	6. En la clínica de atención u hospital el personal que brinda la atención se preocupa por promover la atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo.	1	0.9%	29	25.9%	0	0.0%	82	73.2%	0	0.0%	112	100%
Control Percibido	7. Me siento capacitada para realizar actividades propias de la atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo.	0	0.0%	27	24.1%	0	0.0%	85	75.9%	0	0.0%	112	100%
	8. Cuando me lo propongo, realizo acciones de cuidado pregestacional previo a cada embarazo	3	2.7%	20	17.9%	0	0.0%	89	79.5%	0	0.0%	112	100%
	9. Habitualmente no encuentro dificultades para seguir los consejos dados en la atención preconcepcional	8	7.1%	14	12.5%	0	0.0%	90	80.3%	0	0.0%	112	100%
Intención Conductual	9. Me gustaría participar en programas de atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo	10	8.9%	95	84.8%	2	1.8%	5	4.5%	0	0.0%	112	100%
	10. Si la unidad médica a la que asisto a control, promoviera programas de este tipo, ¿Yo asistiría?	9	8%	93	83%	1	0.9%	9	8%	0	0.0%	112	100%
	11. He decidido llevar a cabo los cuidados preconcepcionales de los que tengo conocimiento para evitar complicaciones en el embarazo.	2	1.8%	50	44.6%	0	0.0%	60	53.6%	0	0.0%	112	100%
	12. Si el gobierno promoviera obligatoria la atención preconcepcional, ¿tendría la intención de seguirla?	2	1.8%	98	87.5%	8	7.1%	4	3.6%	0	0.0%	112	100%

Tabla 12: Distribución de las variables de la teoría de la acción planeada

Dimensión	Fr	%
Actitud		
Positiva	101	90.20%
Negativa	11	9.80%
Norma Subjetiva		
Positiva	74	66.10%
Negativa	38	33.90%
Control percibido		
Positivo	35	31.30%
Negativo	77	68.80%
Intención conductual		
Positiva	53	47.30%
Negativa	59	52.70%
Atención Preconcepcional		
Si	31	27.70%
No	81	72.30%
Total general	112	100.00%

La **tabla 12** muestra las frecuencias relativas y absolutas de las dimensiones de la teoría de la acción planeada obteniendo que un 90.2% de las pacientes tienen actitud positiva ante la atención preconcepcional; solo el 66.1% tienen una norma subjetiva que considere importante la recepción de atención preconcepcional; solo el 47.3% de las pacientes se consideran con control percibido adecuado; y 47.3% tienen intención conductual para realizar dicha atención previo a cada embarazo. Así mismo, se obtuvo que en su mayoría (72.3%) de las pacientes con diagnóstico de embarazo de alto riesgo, no recibieron atención preconcepcional.

La **tabla 13** muestra las tablas de contingencia con OR crudo, intervalo de confianza del 95% y el nivel de significancia estadística con una $p <$ de las variables sociodemográficas, se obtuvo una asociación significativa al 95% entre el tener una escolaridad de preparatoria o mayor con un OR crudo de .311 (IC 95% .130-.746).

Tabla 13: Asociación entre las variables sociodemográficas y la atención preconcepcional

Asociación entre la edad y atención preconcepcional						
	No Aten_Precon	Si Aten_Precon	Total	OR	IC 95%	A
Menor o igual a 24 años	17	7	24	1.098	.405-2.97	0.854
Mayor a 24 años	64	24	88			
Asociación entre la escolaridad y atención preconcepcional						
Menos que preparatoria	49	10	59	0.311	.130-.746	0.007
Preparatoria o más	32	21	53			
Asociación entre el estado civil y atención preconcepcional						
Sin pareja	14	1	15	6.269	.788-49.87	0.051
Con pareja	67	30	97			
Asociación entre la ocupación y atención preconcepcional						
Dedicada al hogar	43	15	58	1.207	.527-2.76	0.656
Trabaja o estudia	38	16	54			
Asociación entre diagnóstico de alto riesgo y atención preconcepcional						
Pregestacional	50	24	74	2.126	.819-5.51	0.117
Gestacional	31	7	38			
Asociación entre UMF de adscripción y atención preconcepcional						
Aguascalientes	55	20	75	0.86	.360-2.05	0.733
Foránea	26	11	37			
Total general	81	31	112	Fuente: Encuesta directa		

La **tabla 14** muestra la asociación de las variables de la teoría de la acción planeada y la atención preconcepcional, encontrando asociación significativa solamente entre la norma subjetiva con un OR crudo de 25.22 (IC 95% 3.28-193.96), y el control percibido con un OR crudo 2.514 (IC 1.06-5.92).

Tabla 14: Asociación entre las variables de la Teoría de la acción planeada y la atención preconcepcional

Asociación entre actitud y atención preconcepcional						
	Si Aten_Precon	No Aten_Precon	Total	OR	IC 95%	A
Actitud positiva	30	71	101	4.225	.518-34.487	0.147
Actitud negativa	1	10	11			
Asociación entre norma subjetiva y atención preconcepcional						
Norma positiva	30	44	74	25.22	3.28-193.96	0.000
Norma negativa	1	37	38			
Asociación entre control percibido y atención preconcepcional						
Control adecuado	15	22	37	2.514	1.066-5.929	0.033
Control inadecuado	16	59	75			
Asociación entre intención conductual y atención preconcepcional						
Con Intención	16	37	53	1.268	.554-2.906	0.574
Sin Intención	15	44	59			
Total general	31	81	112	Fuente: Encuesta directa		

La **tabla 15** muestra el análisis de regresión logística para ajuste de variables y su asociación; donde se eliminaron variables que no mostraron asociación significativa posterior a su ajuste, obteniendo en el modelo final quedando las variables de la siguiente manera en orden de significancia estadística, norma subjetiva OR=26.10, (IC 3.308-206.02), escolaridad OR=0.263 (IC .098-.704), diagnóstico (OR=2.16).

Tabla 15: Regresión Logística

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Modelo Final	Escolaridad	-1.337	.504	7.054	1	.008	.263
	Diagnóstico	.962	.553	3.025	1	.082	2.616
	Norma	3.262	1.054	9.579	1	.002	26.106
	Constante	.798	.390	4.189	1	.041	2.220

XIII. DISCUSIÓN

El presente estudio cumplió con los objetivos establecidos, para lo cual se obtuvieron asociaciones crudas y ajustadas mediante un modelo de regresión, de las variables sociodemográficas y de la teoría de la acción planeada con respecto a la recepción de atención preconcepcional en mujeres embarazadas con antecedente de alto riesgo, para esto, el tamaño de la muestra permitió identificar asociaciones estadísticamente significativas ajustando mediante las variables de confusión.

Se obtuvo que las mujeres encuestadas en su mayoría su edad se concentró entre los 25 y 31 años de edad (42%), estudiaron hasta la secundaria (42%); son casadas (69.6%); se dedican a actividades domésticas (43.8%), provienen de UMF No1 (35.7%), son enviadas a valoración por obstetricia en mayor frecuencia por diagnóstico de cesárea previa (17%), y la mayoría de las pacientes tenían patologías preexistentes al embarazo (66.1%). En relación a la frecuencia de recepción de atención preconcepcional se reportó que en su gran mayoría las embarazadas no recibieron este tipo de cuidados y/o atención previo a su actual embarazo (72.3%).

La prevalencia observada en este estudio en relación a los padecimientos que afectan el desarrollo normal del embarazo, concuerdan con las referencias reportadas a nivel nacional, donde la mayoría de las complicaciones corresponden a patologías preexistentes en más del 60%, siendo en este estudio específicamente del 66.1%. De igual manera no se alejan de las cifras observadas en Sudamérica y EUA, donde los padecimientos pregestacionales son los causantes de complicaciones hasta en el 70% de los embarazos. La recepción de atención preconcepcional en mujeres en edad reproductiva en general, en nuestro país se reportan valores de 31%, y EUA reporta una frecuencia de hasta 45%, lo que evidencia que el ofrecer este tipo de cuidados contribuiría en gran medida a la mejora en el desarrollo y desenvolvimiento del embarazo y por ende la disminución de muertes maternas, datos que se pueden corroborar en las estadísticas internacionales. En este estudio en particular los resultados concuerdan con los encontrados a nivel nacional, tendiendo una prevalencia de atención preconcepcional del 27.7%.

En lo que respecta a la relación de atención preconcepcional en pacientes con antecedentes preexistentes a la gestación y los que ocurren en esta misma, publicaciones científicas en EUA muestran una proporción de 2.2:1, en este estudio la proporción

encontrada fue de 3.4:1 aun mayor, situación que evidencia que las pacientes con padecimientos previos al embarazo tienen mayor oportunidad de que se les oferte dicha atención.

Más del 90% de las pacientes entrevistadas presentaron actitud positiva ante la atención preconcepcional, lo que hace referencia a que las creencias que se tienen sobre este tipo de cuidados y/o atención previos al embarazo. En relación a la dimensión de Norma subjetiva, más del 60% de las participantes del estudio se refirieron con una norma subjetiva adecuada; la dimensión de Control percibido solo se presentó en un 35%, lo cual es muy bajo; por último en la intención conductual, no se reportó ni en un 50%, siendo encontrada con poca significancia.

Los ORc que se obtuvieron para la dimensión de Actitud obtuvo una asociación no significativa un ORc 4.225 (IC .518-34.48). La dimensión de norma subjetiva se encontró asociación con la atención preconcepcional con un ORc 25.22 (IC 3.28-193.96). El control percibido por su parte presento un ORc 2.514 (IC 1.066-5.929) es decir presentó asociación con la atención preconcepcional. Por último la dimensión de intención conductual mostro un ORc 1.268 (IC .554-2.906).

Mediante un modelo de regresión, se introdujeron variables sociodemográficas y la recepción de atención preconcepcional, se llevó a cabo en base a lo encontrado en estudios previos, donde cada una de las variables sociodemográficas utilizadas, mostraron asociación fuertes y además de tener una $p < .05$, las cuales son: escolaridad, edad, estado civil y ocupación, en la variable escolaridad presento un OR crudo de .311 (IC .130-.746).

A través del análisis de regresión logística se hizo un cruce de las variables sociodemográficas y las dimensiones de la teoría de la acción planeada arrojaron los resultados en los ORa, resultados entre los cuales, se encontraron las siguientes variables: **Norma Subjetiva** con un ORa 26.10 (IC 3.308-206.02), valores que permiten demostrar que aquellas mujeres que tienen norma subjetiva cuentan con 25.5 veces más riesgo de recibir atención preconcepcional, en relación con aquellos que no cuentan con apoyo o presión social positiva. **Escolaridad** con un ORa 0.263 (IC .098-.704), resultados que permiten demostrar que las mujeres tienen escolaridad menor a preparatoria cuentan con 1.6 veces de protección para la recepción de atención preconcepcional, ya que esta característica actúa como protector para dicha conducta, de acuerdo a los resultados obtenidos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

A comparación de estudios previos, por ejemplo en los realizados en relación al consumo de sustancias ilícitas, donde se encontró asociación significativa con la dimensión actitud y control percibido, en este estudio no se encontró significancia ante dichas dimensiones, mostrando que las creencias particulares de las pacientes y el control sobre su propia conducta o las capacidades con las que se consideren, no se asociaron a la recepción de atención preconcepcional. En el caso de estudios realizados para la reducción de estrés en pacientes cardiopatas y estudios que analizaron la decisión de adolescentes de continuar con estudios universitarios, se encontró de igual manera que la actitud fue la dimensión que se asoció con mayor significancia para la realización de estos comportamientos, destacando en todos los estudios revisados con anterioridad dicha dimensión, situación que no sucedió en nuestro estudio.

Estos resultados aportan evidencia de que la teoría de la acción planeada constituye un modelo de importancia para la predicción de conductas humanas, a partir de las dimensiones de actitud, norma subjetiva, control percibido e intención conductual, y que en el caso particular del presente estudio, son la norma subjetiva y escolaridad las variables que se asocian de manera significativa con la recepción de atención preconcepcional en las embarazadas de alto riesgo, ya que las pacientes que presentaron apoyo o presión social positiva hacia la atención preconcepcional, se asociaron más a la realización de dicha conducta previo al embarazo; y aquellas con escolaridad menor a preparatorio mostraron protección o menor asociación a la realización de dicha conducta previo al embarazo.

CONCLUSIONES

Se clasificó e identificó a las pacientes que reciben atención preconcepcional y a las que no las reciben, que se encuentran en control de embarazo de alto riesgo.

Se valoró la fuerza de asociación entre la teoría de la acción planeada con la atención preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ 1, delegación Aguascalientes. Se valoró la fuerza de asociación entre las características sociodemográficas con la atención preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ1, delegación Aguascalientes.

Se identificó la asociación entre Norma Subjetiva y la atención preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes con un ORa 26.10. Se identificó la asociación entre Escolaridad y la atención preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes con un ORa 0.263. No se identificaron otras asociaciones con el resto de las dimensiones de la teoría de la acción planeada ni con el resto de las variables sociodemográficas.

Se rechaza la siguiente hipótesis nula: la Norma Subjetiva no se asocia con la atención preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.

Se rechaza la siguiente hipótesis nula: la escolaridad no se asocia con la atención preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ 1 delegación Aguascalientes.

La prevalencia de escolaridad en donde se obtuvo un mayor porcentaje fue secundaria con un 42%. La prevalencia del estado civil que predominó fue casada con un 69.6%. La variable ocupación con mayor frecuencia fue hogar con un 51%. La edad media que presentaron fue de 29 años con una desviación estándar de 6.26, con valor mínimo de 18 años y máximo de 45 años, mayor frecuencia en el rango de edad entre 25 a 31 años con un 42%.

En cuanto a las dimensiones de la teoría de la acción planeada el 90% presentó una actitud positiva, el 66% una Norma Subjetiva Positiva, el 68.8% un Control Percibido negativo, una Intención Conductual negativa de un 52.7% y recibieron atención preconcepcional en un 27.70%.

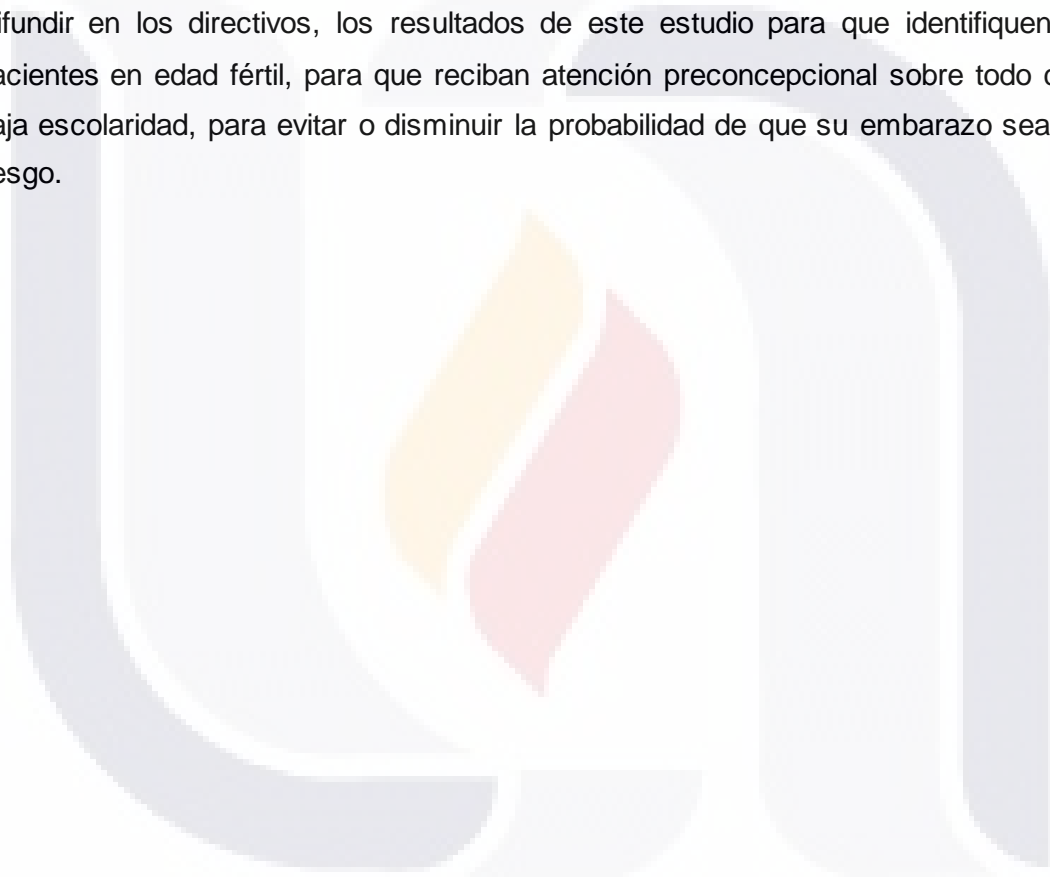
RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO.

Recomendaciones para futuras investigaciones.

Promover investigaciones que evalúen estrategias, para que la totalidad de las pacientes en edad fértil acudan a recibir atención preconcepcional, fortaleciendo la influencia del entorno social mediante el grupo social.

Recomendaciones para los servicios de salud.

Difundir en los directivos, los resultados de este estudio para que identifiquen a las pacientes en edad fértil, para que reciban atención preconcepcional sobre todo con una baja escolaridad, para evitar o disminuir la probabilidad de que su embarazo sea de alto riesgo.



GLOSARIO

Embarazo de alto riesgo: Aquellos casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales o de otra índole, se acompañan de una morbilidad materna y perinatal superior a la de la población general.

Atención preconcepcional: La atención sanitaria un año antes del embarazo con el fin de prevenir, detectar y tratar las enfermedades asociadas con un mal resultado reproductivo, disminuir el riesgo del embarazo para la mujer y para su hijo y preparar a la mujer y a la familia para el embarazo y cuidados de niño.

Teoría de la Acción Planeada: Parte del Modelo de continuum propio a su vez del modelo biopsicosocial, desarrollada a partir de la Teoría de Acción Razonada. Postula que el inmediato precursor de la conducta es la intención, y que a la vez la intención viene determinada por tres factores: la actitud, la norma social o subjetiva y la percepción de control.

Actitud: Es la predicción aprendida para responder de modo favorable o desfavorable hacia un objeto. Es la creencia sobre la expectativa de un resultado.

Norma subjetiva: Hace referencia a lo que piensan otras personas sobre el comportamiento, es decir, a la presión social para realizar o no la conducta.

Control percibido: Término sinónimo a autoeficacia, que hace alusión a la percepción de que el individuo será capaz de llevar a cabo el comportamiento.

Intención conductual: Determina el comportamiento de forma causal, y es provocada por la suma de las influencias de las actitudes hacia el comportamiento y las normas subjetivas. Se considera un determinante proximal de la conducta, y refleja tanto la motivación del individuo para comportarse de determinada manera, como el esfuerzo que está preparado a hacer para realizar la conducta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado M, Herranz L, Vaquero PM, Juan J, García L, Darías R, et al. Influencia del control metabólico preconcepcional en la evolución de la gestación de la paciente diabética. 2001;45–8.
2. M. C. Durán Santos MGT. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. 2002;252–62.
3. Mayor EE. Consulta preconcepcional en atención primaria. 2006;32(3):117–24.
4. Armas YGT. Asistencia preconcepcional, su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación. 2010.
5. Lage EM, Barbosa AS. Cardiopatías e gravidez. *Femina*. 2012;40(1):42–50.
6. D. B. High risk pregnancy. *Baillieres Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2012;9(4):691–711. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L25362268%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=09503501&id=doi:&atitle=High+risk+pregnancy&stitle=BAILLIERE%27S+CLIN.+ANAESTHESIOL.&title=Bailliere%27s+Clinical+Anaest>
7. Lau López S, Rodríguez Cabrera CA, Pría Barros CM del C. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. (Spanish). *Heal Probl pregnant women their importance care preconceptional Reprod risk* [Internet]. 2013;39(5):836–49. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=95569786&lang=es&site=ehost-live%5Cnhttp://aleph.uan.edu.mx:2068/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=95569786&site=ehost-live>
8. Kachoria R, Oza-Frank R. Receipt of preconception care among women with prepregnancy and gestational diabetes. *Diabet Med*. 2014;31(12):1690–5.
9. Brudenell M, Beard R. Diabetes in pregnancy. *Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2015;1(3):673–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.04.009>
10. Amparo CB. La teoría de la acción planeada y la reducción de estrés percibido para

prevenir la enfermedad cardiovascular. An Psicol. 2005;

11. Kuri R, Eréndira S, Negrete D, Bruno D, Velasco GG De, Elisa S, et al. Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada en la intencion y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. Inst Nac Psiquiatr. 2007;
12. Galdós JS. Estudio empirico de las variables de la Teoría de la Conducta Planificada como factores de riesgo para el consumo de cocaína en tres grupos diferentes. Adicciones. 2009;21(3):187–94.
13. Cortés MT, Espejo B, Giménez JA, Luque L, Gómez R, Motos P. Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. Heal Addict / Salud y Drog. 2011;11(2):179–202.
14. Jorge Osvaldo Morales Zavala, Fredi Everardo Correa Romero. Modelo de la conducta planeada para predecir la intención de continuar estudiando: Un estudio con adolescentes que viven zona marginal. Uaricha. 2015;12(27)(27):78–89.
15. EMBARAZO DE ALTO RIESGO.PDF.
16. De E, Ávila-vergara MA. Embarazo de alto riesgo. ¿Para quién? Revmeduas. 2013;4(1).
17. Dr. Perez Rúa YA. Embarazo de alto riesgo. Gestacion, Parto Y Recien Nacido [Internet]. 2001;35–9. Available from: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nneo26524.PDF>
18. UNFPA M. Protocolo de atención preconcepcional. 2014;158.
19. Villarroel V, Pablo E, En A, Evidencia LA, Sánchez-Vidal A, Morales Díaz JF, et al. Estrategias de Intervencion Psicologica en Pacientes con Cancer de Mama. Rev Psicol del Deport [Internet]. 2006;22(4):1–48. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n3/v54n3a08.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:OPINIONES,+DEBATES+Y+CONTROVERSIAS#0%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2349230.pdf%5Cnhttp://books.google.cl/books?id=9xsu>
20. INEGI. <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/ags/poblacion/default.a>

spx?tema=me&e=01.

21. Departamento de archivo ARIMAC IMSS. Estadísticas pacientes derechohabientes delegación Aguascalientes. 2014.
22. IMSS. D de A. 24 OBST AGO 2016. 2016.
23. Claudia M, Montejano G, Sandra M, Robledo V. MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO Marco Conceptual , Derecho Comparado , Estadísticas y Opiniones Especializadas. 2015;
24. Observatorio de Mortalidad Materna en México, Freyermuth G, Luna M, Muños J. Indicadores 2013. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México [Internet]. 2015. 1-106 p. Available from: <http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos grandes/INDICADORES 2013 OPS.pdf>
25. Damile L, Cordovez A, Bonet AL, De DDM. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional Educational intervention for women at preconceptional reproductive risk. 2015;
26. Enrique Pena Nieto. Plan Sectorial de Salud en Mexico 2013-2018. Gob la Repub. 2013;53(9):1689–99.
27. NOM-007-SSA2-2016. Secretaria de Salud. D Of la Fed [Internet]. 2016;28. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=SiAytrqnm_4
28. Dantés OG, Sesma S, Ec L, Ec M, Arreola H, Ec L, et al. Sistema de salud de México. 2011;53(1). Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
29. Observatorio de Mortalidad Materna en México. <http://www.omm.org.mx/index.php/iniciativas-nacionales>. 2016.
30. IMSS. D de A. OBSTERICIA ANUAL 2015. 2015.
31. Ministerio de Salud G de C. MANUAL DE ATENCIÓN PERSONALIZADA CON ENFOQUE FAMILIAR EN EL PROCESO REPRODUCTIVO. 2007;
32. ENSANUT. <https://www.insp.mx/avisos/4068-estudio-enfermedades-mujeres.html>. 2016.

33. Morrison, V Bennet P. Psicología de la salud. Pearson Educación S.A. [Internet]. Madrid, España; 2008. capitulos 3 y 5. Available from: <http://pslibroum.files.wordpress.com/2013/07/pssalud.pdf>
34. Lourdes GN. Dimensiones de la Teoría de la acción planeada (actividad física) asociadas al sobrepeso y la obesidad en adultos de 20 a 64 años de edadde la unidad de medicina familiar No 1delegacion Aguascalientes. 2014.
35. Nunnally J. TEORÍA PSICOMETRÍCA. 1995.
36. Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1984;9. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>



ANEXOS



ANEXO A INSTRUMENTO
TEORÍA DE LA ACCION PLANEADA Y SU ASOCIACIÓN CON LA
ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE
ALTO RIESGO DEL HGZ 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES



Fecha: _____

FOLIO:

SECCIÓN I. Características socio-demográficas

I.1. Numero de afiliación: Agregado: _____

I.2. UMF de adscripción:

I.3. Turno: 1. Matutino 2. Vespertino

I.4. Fecha de nacimiento:
Día Mes Año

I.5. Edad: 1. 18 a 24 años
2. 25 a 31 años
3. 32 a 38 años
4. 39 a 45 años
5. Mayor a 45 años

I.6. Nivel de estudios:
1. Analfabeta 2. Alfabeto sin escolaridad 3. Primaria 4. Secundaria 5. Técnico profesional
6. Preparatoria 7. Licenciatura

I.7. Estado civil: 1. Casada 2. Soltera 3. Divorciada 4. Unión libre 5. Viuda

I.8. Ocupación actual: 1. Trabaja 2. Estudia 3. Hogar

I.9. Antecedente por el cual se encuentra catalogada como de alto riesgo:

SECCIÓN II. Atención preconcepcional

Estimada paciente, favor de responder a cada una de las situaciones expuestas en la siguiente tabla, marcando con una **X** en el recuadro de “**SI**”, sí la acción o platica fue realizada, o en el recuadro de “**NO**” sino se realizó, tomando en cuenta que dichas acciones debieron haber sido realizadas por su médico tratante o algún integrante del personal de salud previo a que se embarazara.

ASPECTOS A TRATAR EN EL CONSEJO PRECONCEPCIONAL DE MUJERES CON RIESGO REPRODUCTIVO ALTO	SI	NO
II.1.a. Se habló con usted sobre las complicaciones que su enfermedad y su tratamiento provocan en el logro de un embarazo.		
II.1.b. Se le ofrecieron métodos anticonceptivos apropiados para su enfermedad, para evitar embarazos no planeados		
II.1.c. Se le explicaron las complicaciones que puede presentar en el embarazo, como consecuencia de su enfermedad, en caso de que usted decidiera embarazarse		
II.1.d. Se le explicó lo que puede suceder y los cambios que sufre su enfermedad en el embarazo.		
II.1.e. Se le comentó que por los antecedentes con los que cuenta, si usted decidía embarazarse, sería un caso de embarazo de alto riesgo		
II.1.f. En algún momento el personal de salud que la atiende, le ofreció pláticas sobre Planificación del embarazo, cambio del tratamiento antes de la concepción, metas control para su patología, calendario de visitas, pruebas, y se buscó conseguirlas.		
II.1.g. Algún integrante del personal de salud le hablo sobre los cuidados que se debe tener cuando nazca su hijo, por su enfermedad y en relación a la lactancia en sus condiciones.		
II.1.h. Se le hablo sobre los posibles efectos que puede provocar su enfermedad o su tratamiento en el recién nacido, por ejemplo riesgo de padecer enfermedad o secuelas, si usted decidiera embarazarse		
II.1.i. Se le comento en alguna ocasión que debía hacer, cómo actuar o a donde y con quién acudir, en caso de presentar un embarazo no planeado		

SECCIÓN III. Teoría de la Acción Planeada y la Atención Preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ No1 Ags.

Instrucciones: Anote el número que más concuerde con su respuesta: 5. Totalmente de acuerdo, 4. De acuerdo, 3. Indiferente, 2. En desacuerdo, 1. Totalmente en desacuerdo.

VARIABLE LATENTE	INDICADORES REFLECTIVOS	DESCRIPCION	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
ACTITUD	III.1.a	Para evitar complicaciones en el embarazo de alto riesgo, considero importante recibir atención preconcepcional					
	III.1.b	Es gratificante para mi dedicar tiempo para recibir atención preconcepcional					
	III.1.c	La atención Preconcepcional para prevenir complicaciones es necesaria en los embarazos de alto riesgo.					
NORMA SUBJETIVA	III.2.a	Considero que el gobierno debería promover programas de atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo.					
	III.2.b	Mi familia y amigos creen que las complicaciones en el embarazo pueden ocurrir en cualquier persona y por eso son importantes los cuidados que se tengan antes del embarazo para prevenirlas.					
	III.2.c	En la clínica de atención u hospital el personal que brinda la atención se preocupa por promover la atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo.					
CONTROL PERCIBIDO	III.3.a	Me siento capacitada para realizar actividades propias de la atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo.					
	III.3.b	Cuando me lo propongo, realizo acciones de cuidado pregestacional previo a cada embarazo					
	III.3.c	Habitualmente no encuentro dificultades para seguir los consejos dados en la atención preconcepcional					
INTENCIÓN	III.4.a	Me gustaría participar en programas de atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo					
	III.4.b	Si la unidad médica a la que asisto a control, promoviera programas de este tipo, ¿Yo asistiría?					
	III.4.c	He decidido llevar a cabo los cuidados preconcepcionales de los que tengo conocimiento para evitar complicaciones en el embarazo.					
	III.4.d	Si el gobierno promoviera obligatoria la atención preconcepcional, ¿tendría la intención de seguirla?					

ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA	ITEMS	INDICES
Factores Sociodemográficos: Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el grupo social al que pertenece cada individuo.	Características demográficas Es el estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas.	Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años cumplidos	Categórica Ordinal 1.- 18 a 24 años 2.- 25 a 31 años 3.- 32 a 38 años 4.- 39 a 45 años 5. Mayor a 45 años	1.5.- Edad	
	Características sociales: Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que lo componen.	Nivel de estudios: Grados que el individuo ha aprobado en un establecimiento reconocido legalmente,	Años cumplidos de educación formal	Categórica Ordinal. 1.- Analfabeta. 2.- Alfabeto sin escolaridad. 3.- Primaria. 4.- Secundaria. 5.- Técnico profesional. 6.- Preparatoria. 7.- Licenciatura.	1.6.- Nivel de estudios.	
		Estado civil Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco.		Categórico. Nominal 1.- Casada. 2.- Soltera. 3.- Unión libre. 4.- Divorciada. 5.- Viuda.	1.7.- Estado civil.	
	Características económicas: Estudia el comportamiento humano en relación a sus necesidades	Ocupación actual Es el ejercicio de funciones en un contexto de trabajo determinado.	Tipo de ocupación según sectores	Categórica. Nominal 1.- Trabaja. 2.- Estudia. 3.- Hogar. .	1.8.- Ocupación actual	
CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADORES	ESCALA	ITEM	INDICES
ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL. Atención sanitaria un año antes del embarazo con el fin de prevenir, detectar y tratar las enfermedades asociadas con un mal resultado reproductivo, disminuir el riesgo del embarazo para la mujer y para su hijo y preparar a la mujer y a la	EMBARAZO DE ALTO RIESGO. Embarazo en el cual el pronóstico materno y/o fetal es potencialmente subóptimo en comparación a un embarazo normal.	Acciones sanitarias encaminadas a prevenir, detectar y tratar enfermedades asociadas con un mal resultado en el embarazo, en mujeres con alto riesgo reproductivo.	Atención brindada a la mujer en edad reproductiva que cuenta con antecedente de riesgo reproductivo alto, con el objetivo de identificar y reducir	Dicotómica 1. SI 0. NO	II.1.a. Se habló con usted sobre las complicaciones que su enfermedad y su tratamiento provocan en el logro de un embarazo. II.1.b. Se le ofrecieron métodos anticonceptivos	

<p>familia para el embarazo y cuidados de niño.</p>			<p>factores de riesgo modificables.</p>		<p>apropiados para su enfermedad, para evitar embarazos no planeados</p> <p>II.1.c. Se le explicaron las complicaciones que puede presentar en el embarazo, como consecuencia de su enfermedad, en caso de que usted decidiera embarazarse</p> <p>II.1.d. Se le explicó lo que puede suceder y los cambios que sufre su enfermedad en el embarazo.</p> <p>II.1.e. Se le comentó que por los antecedentes con los que cuenta, si usted decidía embarazarse, sería un caso de embarazo de alto riesgo</p> <p>II.1.f. En algún momento el personal de salud que la atiende, le ofreció pláticas sobre Planificación del embarazo, cambio del tratamiento antes de la concepción, metas control para su patología, calendario de visitas, pruebas, y se buscó conseguir las.</p> <p>II.1.g. Algún integrante del personal de salud le hablo sobre los cuidados que se debe tener cuando nazca su hijo, por su enfermedad y en relación a la lactancia en sus condiciones.</p> <p>II.1.h. Se le hablo sobre los posibles efectos que puede provocar su enfermedad o su tratamiento en el recién nacido, por ejemplo riesgo de</p>
---	--	--	---	--	--

					<p>padecer enfermedad o secuelas, si usted decidiera embarazarse</p> <p>II.1.i. Se le comento en alguna ocasión que debía hacer, cómo actuar o a donde y con quién acudir, en caso de presentar un embarazo no planeado</p>	
CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	INDICADORES	ESCALA	ITEM	INDICES
<p>TEORIA DE LA ACCION PLANEADA:</p> <p>Es una teoría que estudia el comportamiento para predecir una determinada conducta, esta teoría asume que las personas se comportan de manera racional y hacen uso de la información que tienen para llevar a cabo una conducta y que el mejor determinante que predice cierta conducta es la intención de esta, además de la actitud, las normas subjetivas y el control percibido.</p>	<p>ACTITUD: La actitud se define como la predicción aprendida para responder de modo favorable o desfavorable hacia la atención preconcepcional en embarazo de alto riesgo.</p>	<p>La predicción aprendida que tiene una persona hacia la prevención del embarazo de alto riesgo con la prevención a través de la realización de atención preconcepcional.</p>	<p>La actitud que tiene una persona hacia el embarazo de alto riesgo y la prevención con la realización de atención preconcepcional</p>	<p>Ordinal. Se utiliza escala tipo Likert, en la que se establece clasificación de los items, mediante un conjunto específico de categorías o clasificaciones lingüísticas, ejemplo: 1. Totalmente de acuerdo, 2. De acuerdo, 3. Indiferente, 4. Desacuerdo, 5. Totalmente en desacuerdo</p>	<p>III.1.a Para evitar complicaciones en el embarazo de alto riesgo, considero importante recibir atención preconcepcional</p> <p>III.1.b Es gratificante para mí dedicar tiempo para recibir atención preconcepcional</p> <p>III.1.c La atención Preconcepcional para prevenir complicaciones es necesaria en los embarazos de alto riesgo.</p>	
	<p>NORMA SUBJETIVA: Se define como la presión social percibida por el individuo por parte de sus referentes más importantes (padres, amigos) y la influencia que tienen estas presiones en base a la atención</p>	<p>La presión social que refiere la persona sobre la prevención del embarazo de alto riesgo, con la realización de atención preconcepcional.</p>	<p>La presión social que percibe la persona para realizar atención preconcepcional para prevenir el embarazo de alto riesgo.</p>	<p>Ordinal. Se utiliza escala tipo Likert, en la que se establece clasificación de los items, mediante un conjunto específico de categorías o clasificaciones lingüísticas, ejemplo: 1. Totalmente de acuerdo, 2.</p>	<p>III.2.a Considero que el gobierno debería promover programas de atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo.</p> <p>III.2.b Mi familia y amigos creen que las complicaciones</p>	

	preconcepcional en el embarazo de alto riesgo.			De acuerdo, 3. Indiferente, 4. Desacuerdo, 5. Totalmente en desacuerdo	en el embarazo pueden ocurrir en cualquier persona y por eso son importantes los cuidados que se tengan antes del embarazo para prevenirlas. III.2.c En la clínica de atención u hospital el personal que brinda la atención se preocupa por promover la atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo.
	CONTROL PERCIBIDO: Se define como la creencia de una persona de que tiene el control sobre su propia conducta, en base a la atención preconcepcional en la en el embarazo de alto riesgo, incluso cuando se enfrenta a determinados obstáculos. Influirá directamente sobre la intención e indirectamente sobre la conducta.	El control que la persona refiere sobre la prevención del embarazo de alto riesgo, con la realización de atención preconcepcional	El control que la persona refiere para realizar atención preconcepcional para la prevención del embarazo de alto riesgo.	Ordinal. Se utiliza escala tipo Likert, en la que se establece clasificación de los items, mediante un conjunto específico de categorías o clasificaciones lingüísticas, ejemplo: 1. Totalmente de acuerdo, 2. De acuerdo, 3. Indiferente, 4. Desacuerdo, 5. Totalmente en desacuerdo.	III.3.a Me siento capacitada para realizar actividades propias de la atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo. III.3.b Cuando me lo propongo, realizo acciones de cuidado pregestacional previo a cada embarazo
	INTENCIÓN CONDUCTUAL: Se considera el determinante proximal de la conducta, determina el comportamiento en la forma causal y es provocada por la suma de las influencias de las actitudes hacia el	La influencia de las actitudes, norma subjetiva y control percibido hacia la prevención del embarazo de alto riesgo con la realización de atención preconcepcional.	La intención que tiene una persona para prevenir el embarazo de alto riesgo con la realización de atención preconcepcional.	Ordinal. Se utiliza escala tipo Likert, en la que se establece clasificación de los items, mediante un conjunto específico de categorías o clasificaciones lingüísticas, ejemplo: 1. Totalmente de acuerdo, 2. De acuerdo, 3.	III.4.a Me gustaría participar en programas de atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo. III.4.b Si la unidad médica a la que asisto a control, promoviera programas de este tipo, ¿Yo asistiría?

	<p>comportamiento, las normas subjetivas y el control percibido.</p>			<p>Indiferente, 4. Desacuerdo, 5. Totalmente en desacuerdo</p>	<p>III.4.c He decidido llevar a cabo los cuidados preconceptionales de los que tengo conocimiento para evitar complicaciones en el embarazo.</p> <p>III.4.d Si el gobierno promoviera obligatoria la atención preconceptional, ¿tendría la intención de seguirla?</p>	
--	--	--	--	--	---	--

**ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1
AGUASCALIENTES, AGS.**

**TEORÍA DE LA ACCION PLANEADA Y SU ASOCIACIÓN CON LA ATENCIÓN
PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO DEL
HGZ 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

1. La residente de tercer año de medicina familiar aplican las entrevistas de dimensiones de la teoría de la acción planeada y atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo consultadas en el servicio de obstetricia del HGZ No1 delegación Aguascalientes.
2. Se seleccionó de forma aleatoria a las pacientes que acuden a la consulta de obstetricia en el HGZ No1, de turno matutino y vespertino, al solicitar su participación se dio a firmar la carta de consentimiento bajo información, se le explico en que consiste la encuesta y cuál es el objetivo de su aplicación.
3. La entrevista consta de 8 items en relación a la atención preconcepcional y 13 items enfocados a la teoría de la acción planeada, así como el cuestionario de características sociodemográficas. La duración aproximada de la encuesta es de 25 minutos, la información que se manejó en esta entrevista fue confidencial y no afecto en la atención que se brindó en la atención institucional. Se le comunico al entrevistado que en el momento en que no quisiera contestar una pregunta, o no quisiera continuar con la entrevista se podía retirar.

SECCIÓN I.

En este apartado, la información fue extraída de los datos obtenidos de la paciente entrevistada, ya que serán ellas quien proporcionen toda esta información al responder la encuesta.

SECCIÓN I.1. Características socio-demográficas

I.1. Número de Afiliación. Se documenta el número de afiliación de la paciente obtenido de su cartilla de citas, ejemplo:

5	1	9	2	6	3	4	6	9	3	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Agregado 1F 67 OR.

I.2. UMF de adscripción: En este apartado se especifica de que UMF proviene o es enviada la paciente, el cual se corrobora en cartilla de citas.

Ejemplo:

I.3. Turno. El turno descrito corresponde al horario en que la paciente acude a consulta en UMF, el cual es dado por la paciente y corroborado en la cartilla de citas.

Ejemplo: 1. Matutino 2. Vespertino

I.4. Fecha de nacimiento: Refiere la fecha en que nació cada una de las pacientes entrevistadas, se puso primero el día, posterior el mes y por último el año, ejemplo:

Día Mes Año

I.5. Edad. Hace referencia a la edad cumplida en años, y se contesta de acuerdo a las opciones dadas.

Ejemplo: 1. 18 a 24 años
 2. 25 a 31 años
 3. 32 a 38 años
 4. 39 a 45 años
 5. Mayor a 45 años

I.6. Nivel de estudios. En esta sección se pregunta a la paciente si estudió, si su respuesta es “sí”, hasta que nivel de estudios terminó, si contesta “no”, se le pregunta si sabe escribir y se contesta con las posibles respuestas dadas.

Ejemplo: 1. Analfabeta 2. Alfabeto sin escolaridad 3. Primaria 4. Secundaria 5. Técnico profesional
 6. Preparatoria 7. Licenciatura

I.7. Estado civil. En esta sección se le pregunto a la paciente su estado civil actual y se codifico de acuerdo a su respuesta.

Ejemplo: 1. Casada 2. Soltera 3. Divorciada 4. Unión libre 5. Viuda

I.8. Ocupación actual. Se pregunta directamente a la paciente a que se dedica y se codifica de acuerdo a su respuesta.

Ejemplo: 1. Trabaja 2. Estudia 3. Hogar

I.9. Antecedente por el cual es catalogada de alto riesgo. Se pregunta el diagnostico por el cual el médico familiar envía a segundo nivel para valoración por el obstetra.

Ejemplo: Hipotiroidismo

SECCIÓN II. Atención Preconcepcional

La atención preconcepcional hace referencia a todas aquellas acciones encaminadas a mejorar las condiciones en las que se encuentra la mujer en edad fértil, y disminuir el riesgo preconcepcional, con el objetivo de mejorar los resultados durante el embarazo.

Esta sección se realiza con la finalidad de determinar si las pacientes entrevistadas recibieron o no atención preconcepcional previo a su embarazo.

II.1.a. Se habló con usted sobre el impacto de su enfermedad y su tratamiento en su fertilidad previo a que decidiera embarazarse.

Marque con una “X” en el apartado de “SI” o “NO”, de acuerdo a lo que considere, si se le dio la asesoría o las acciones preventivas, antes del embarazo.

	SI	NO
II.1.a. Se habló con usted sobre el impacto de su enfermedad y su tratamiento en su fertilidad previo a que decidiera embarazarse		X

II.1.b. Se le ofrecieron métodos anticonceptivos apropiados para su patología para evitar embarazos no planeados.

Marque con una “X” en el apartado de “SI” o “NO”, de acuerdo a lo que considere, si se le dio la asesoría o las acciones preventivas, antes del embarazo.

	SI	NO
II.1.b. Se le ofrecieron métodos anticonceptivos apropiados para su patología para evitar embarazos no planeados	X	

II.1.c. Se le explico el impacto de su enfermedad en el embarazo, en caso de que usted decidiera embarazarse.

Marque con una "X" en el apartado de "SI" o "NO", de acuerdo a lo que considere, si se le dio la asesoría o las acciones preventivas, antes del embarazo.

	SI	NO
II.1.c. Se le explico el impacto de su enfermedad en el embarazo, en caso de que usted decidiera embarazarse	X	

II.1.d. Se le explicaron los cambios y posibles complicaciones que su enfermedad podría causar en un embarazo y viceversa, y que de suceder seria usted un caso de embarazo de alto riesgo.

Marque con una "X" en el apartado de "SI" o "NO", de acuerdo a lo que considere, si se le dio la asesoría o las acciones preventivas, antes del embarazo.

	SI	NO
II.1.d. Se le explicaron los cambios y posibles complicaciones que su enfermedad podría causar en un embarazo y viceversa, y que de suceder seria usted un caso de embarazo de alto riesgo.		X

II.1.e. En algún momento el personal de salud que la atiende, le ofreció pláticas sobre Planificación del embarazo tomando en cuenta la modificación del tratamiento antes de la concepción, metas control para su patología, calendario de visitas, pruebas, etc.

Marque con una "X" en el apartado de "SI" o "NO", de acuerdo a lo que considere, si se le dio la asesoría o las acciones preventivas, antes del embarazo.

	SI	NO
II.1.e. En algún momento el personal de salud que la atiende, le ofreció pláticas sobre Planificación del embarazo tomando en cuenta la modificación del tratamiento antes de la concepción, metas control para su patología, calendario de visitas, pruebas, etc.	X	

II.1.f. Algún integrante del personal de salud le hablo a usted sobre medidas y cuidados que se deben tener en el puerperio por su patología y en relación a la lactancia en sus condiciones.

Marque con una “X” en el apartado de “SI” o “NO”, de acuerdo a lo que considere, si se le dio la asesoría o las acciones preventivas, antes del embarazo.

	SI	NO
II.1.f. Algún integrante del personal de salud le hablo a usted sobre medidas y cuidados que se deben tener en el puerperio por su patología y en relación a la lactancia en sus condiciones.	X	

II.1.g. Se le hablo en alguna ocasión sobre los posibles efectos de su enfermedad en el recién nacido (riesgo de padecer enfermedad o secuelas por el tratamiento, cuidados, etc.) si usted decidiera embarazarse.

Marque con una “X” en el apartado de “SI” o “NO”, de acuerdo a lo que considere, si se le dio la asesoría o las acciones preventivas, antes del embarazo.

	SI	NO
II.1.g. Se le hablo en alguna ocasión sobre los posibles efectos de su enfermedad en el recién nacido (riesgo de padecer enfermedad o secuelas por el tratamiento, cuidados, etc.) si usted decidiera embarazarse		X

II.1.h. Se le comento en alguna ocasión que debía hacer o cómo actuar en caso de presentar un embarazo no previsto.

Marque con una “X” en el apartado de “SI” o “NO”, de acuerdo a lo que considere, si se le dio la asesoría o las acciones preventivas, antes del embarazo.

	SI	NO
II.1.h. Se le comento en alguna ocasión que debía hacer o cómo actuar en caso de presentar un embarazo no previsto		X

SECCIÓN III. Dimensiones de la Teoría de la Acción Planeada

La teoría de la acción planeada es una teoría que estudia el comportamiento para predecir una determinada conducta. Esta teoría asume que las personas se comportan de manera racional y que hace uso de la información que tienen para llevar a cabo una conducta. Las dimensiones de la teoría de la acción planeada son: actitud, norma subjetiva, control percibido e intención conductual.

III.1. Actitud.

En esta sección se pretende saber si las pacientes embarazadas de alto riesgo tienen la actitud para la realización de atención preconcepcional.

III.1.a. Para evitar complicaciones en el embarazo de alto riesgo, ¿considero importante recibir atención preconcepcional?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

DESCRIPCION					
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
III.1.a. Para evitar complicaciones en el embarazo de alto riesgo, ¿considero importante recibir atención preconcepcional?		4			

III.1.b. ¿Es gratificante para mi dedicar tiempo para recibir atención preconcepcional?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

DESCRIPCION					
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
III.1.b. Es gratificante para mi dedicar tiempo para recibir atención preconcepcional			3		

III.1.c. La atención Preconcepcional para prevenir complicaciones es necesaria en los embarazos de alto riesgo.

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

DESCRIPCION					
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
III.1.c. La atención Preconcepcional para prevenir complicaciones es necesaria en los embarazos de alto riesgo.	5				

SECCIÓN III.2. Norma subjetiva

En esta sección se pretende identificar la presión social a la que se encuentra sometida la paciente con embarazo de alto riesgo en relación a la práctica de atención preconcepcional.

III.2.a. Considero que el gobierno debería promover programas de atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo.

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

DESCRIPCION					
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
III.2.a. Considero que el gobierno debería promover programas de atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo.	5				

III.2.b. Mi familia y amigos creen que las complicaciones en el embarazo pueden ocurrir en cualquier persona y por eso son importantes los cuidados que se tengan antes del embarazo para prevenirlas.

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

DESCRIPCION					
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
III.2.b. Mi familia y amigos creen que las complicaciones				2	

en el embarazo pueden ocurrir en cualquier persona y por eso son importantes los cuidados que se tengan antes del embarazo para prevenirlas.					
--	--	--	--	--	--

III.2.c. En la clínica de atención u hospital el personal que brinda la atención se preocupa por promover la atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo.

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

DESCRIPCION					
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
III.2.c. En la clínica de atención u hospital el personal que brinda la atención se preocupa por promover la atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo.		4			

SECCIÓN III. Control Percibido

En esta sección se pretende identificar el control percibido que las pacientes embarazadas de alto riesgo refieren para la realización de atención preconcepcional.

III.3.a. Me siento capacitada para realizar actividades propias de la atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo.

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

DESCRIPCION					
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
III.3.a. Me siento capacitada para realizar actividades propias de la atención					1

preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo.					
---	--	--	--	--	--

III.3.b. Cuando me lo propongo, realizo acciones de cuidado pregestacional previo a cada embarazo.

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

DESCRIPCION					
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
III.3.b. Cuando me lo propongo, realizo acciones de cuidado pregestacional previo a cada embarazo			3		

SECCIÓN III.4 Intención conductual

En esta sección se pretende identificar la intención conductual que tiene la persona para realizar atención preconcepcional con el objetivo de evitar complicaciones en el embarazo de alto riesgo.

III.4.a. Me gustaría participar en programas de atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

DESCRIPCION					
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
III.4.a. Me gustaría participar en programas de atención preconcepcional para prevenir complicaciones en el embarazo de alto riesgo				2	

III.4.b. Si la unidad médica a la que asisto a control, promoviera programas de este tipo, ¿Yo asistiría?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

DESCRIPCION					
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
III.4.b. Si la unidad médica a la que asisto a control, promoviera programas de este tipo, ¿Yo asistiría?			3		

III.4.c. He decidido llevar a cabo los cuidados preconceptionales de los que tengo conocimiento para evitar complicaciones en el embarazo.

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

DESCRIPCION					
	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
III.4.c. He decidido llevar a cabo los cuidados preconceptionales de los que tengo conocimiento para evitar complicaciones en el embarazo.				2	

III.4.d. Si el gobierno promoviera obligatoria la atención preconceptional, ¿tendría la intención de seguirla?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 5, si su respuesta es de acuerdo se codifica 4, si su respuesta es indiferente se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica 2 y si su respuesta es totalmente en desacuerdo se codifica 1. Ejemplo:

DESCRIPCION	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
III.4.d. Si el gobierno promoviera obligatoria la atención preconcepcional, ¿tendría la intención de seguirla?	5				



ANEXO D. CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	“TEORÍA DE A ACCIÓN PLANEADA Y SU ASOCIACIÓN CON LA ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO DEL HGZ 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”
Patrocinador externo (si aplica):	NINGUNO
Lugar y fecha:	<u>Aguascalientes, Aguascalientes. Noviembre 2016.</u>
Número de registro:	R-2016-101-23
Justificación y objetivo del estudio:	Es importante analizar que componentes del comportamiento influyen en la recepción de atención preconcepcional en embarazadas de alto riesgo, para de acuerdo a los resultados implementar estrategias dirigidas a mejorar la dimensión expuesta. El objetivo identificar la asociación que existe entre la teoría de la acción planeada y la atención preconcepcional en mujeres embarazadas de alto riesgo del HGZ No1, delegación Aguascalientes.
Procedimientos:	La participación de las pacientes consistirá en permitir que se me aplique un cuestionario, con preguntas generales sobre atención preconcepcional en embarazos de alto riesgo, así como la teoría de la acción planeada para identificar factores del comportamiento humano que influyen en esta conducta.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha informado que no se espera ninguno riesgo o molestia durante la realización del presente estudio.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtener información acerca de la actitud, norma subjetiva, control percibido e intención conductual de las pacientes embarazadas de alto riesgo en relación a la atención preconcepcional en pacientes del hospital General de Zona No1, delegación Aguascalientes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	Se me conservará el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	No se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio. Los datos personales relacionados con su privacidad serán tratados en forma confidencial.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:	No aplica para este estudio.
Beneficios al término del estudio:	Desarrollo e implementación de intervenciones, encaminadas al manejo de la dimensión que se asocia con mayor significancia a la realización de atención preconcepcional en embarazos de alto riesgo.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a investigador responsable: Dra. Jannett Padilla López. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 7. Domicilio: Av. Aguascalientes 603, Fraccionamiento San Marcos, Aguascalientes, Ags. C.P. 20070. Teléfono: 918 06 10, correo electrónico: janis_padilla@hotmail.com
Colaboradores:	Testista: Nubia Patricia Guillen Montoya Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Número 1. Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, CP 20270. Teléfono: 913 90 22. Correo electrónico: nisis777@hotmail.com .
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>	
<p>_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1</p>	<p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2</p>
<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

ANEXO E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	ENE 16	FEB 16	MAR 16	ABR 16	MAY 16	JUN 16	JUL 16	AGO 16	SEP 16	OCT 16	NOV 16	DIC 16	ENE 17	FEB 17
Elección del tema	X													
Acopio de la información		X	X	X	X	X								
Revisión de la literatura		X	X	X	X	X	X	X						
Diseño del protocolo							X	X						
Planteamiento del problema									X	X				
Antecedentes									X	X				
Justificación									X	X				
Envío del protocolo al comité local											X			
Revisión y modificación del protocolo											X			
Registro del protocolo												X		
Aprobación del protocolo												X		
Trabajo de campo												X		
Captura y tabulación de datos												X	X	
Análisis de resultados													X	
Autorización													X	
Elaboración de informe final													X	
Discusión de resultados													X	
Examen de presentación														X