

TESIS DOCTORAL

ANÁLISIS, EN POBLACIÓN PORTUGUESA, DE LA INTERACCIÓN  
ENFERMERA – EMBARAZADA EN CONTEXTO DE PROMOCIÓN DE  
LA SALUD

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y  
TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

EMÍLIA ISABEL MARTINS TEIXEIRA DA COSTA

SEVILLA, 2007



UNIVERSIDAD DE SEVILLA  
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO  
PSICOLÓGICOS

ANÁLISIS, EN POBLACIÓN PORTUGUESA, DE LA INTERACCIÓN  
ENFERMERA – EMBARAZADA EN CONTEXTO DE PROMOCIÓN DE  
LA SALUD

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

EMÍLIA ISABEL MARTINS TEIXEIRA DA COSTA

DIRIGIDA POR:

DRA. D.ª ROSARIO ANTEQUERA JURADO



## AGRADECIMIENTOS

Muchas han sido las personas que directa o indirectamente, contribuyeron para que este trabajo se desarrollara y llegara a su fin.

En primer lugar quiero darle las gracias a mi Directora de Tesis, por su paciencia, optimismo, capacidad de trabajo y sabiduría, sin su incentivo y buen humor, no habria, seguramente, logrado superar los momentos de duda y desaliento.

Mis agradecimientos van también para la Profesora Ana Lopez, por su orientación y por la oportunidad que gentilmente me ofreció de compartir sus infindables conocimientos.

A la Coordinación de la Región de Salud y a todos los enfermeros jefes de los Centros de Salud, quiero también darles las gracias, por permitir que se desarrollara este trabajo y llegara a buen termino.

Es para mim sumamente importante agradecer a mis colegas, las enfermeras, que prestarón una contribución esencial, despendiendo de su tiempo para, con inmensa paciencia, compartir conmigo sus experiéncias, emociones y sugerencias. También les doy las gracias a todas las mujeres embarazadas, que se disponibilizarón a responder mis multiples cuestiones, con longanimidad y atención.

Por último, más no menos importante, quiero agradecer a mi madre y a mi marido, por su tolerancia y comprensión durante estos años.

¡GRACIAS a todos!



## RESUMEN

La consulta de atención de salud a la embarazada es eminentemente una consulta de Promoción de la Salud, donde el enfermero teniendo por base la interacción que establece con la embarazada, posee la responsabilidad de capacitar a la mujer para que esta pueda vivir su embarazo en equilibrio.

Los objetivos para esta investigación fueron: desarrollar un instrumento adecuado para evaluar la Calidad de la Interacción entre enfermera / embarazada en Atención Primaria, comprobando sus cualidades psicométricas en una muestra de enfermeras y de embarazadas; analizar las relaciones entre la Calidad de la Interacción y las variables individuales de cada participante, las variables asistenciales de la organización y las variables contextuales de la interacción; además, aspiramos a proponer un modelo de variables predictoras para la Calidad de la Interacción.

En la primera fase del estudio, se contactó con todo el universo muestral y se han incluido 79 enfermeras que trabajaban en los 16 Centros de Salud de la provincia del Algarve. Las enfermeras rellenaron una primera entrevista, para obtener información socioprofesional y la escala creada para la valoración de la Calidad de la Interacción con 35 ítems. El instrumento es multidimensional y cuenta con una puntuación total para la escala. Consta de tres dimensiones: Información en Salud, Soporte Afectivo y Competencia Profesional, ofrece igualmente puntuaciones para cada una de estas dimensiones. La consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) para el total de la escala, en la primera evaluación, fue 0.84.

En el segundo momento de la investigación, fueron analizadas 177 interacciones. A los participantes además de la entrevista aplicada para obtener información socioprofesional, sociodemográfica e información relativa al embarazo, fue también aplicada la Escala de Autoeficacia General de Sherer et al. (1982) en su versión portuguesa de Ribeiro (1995), la Escala de Locus de Control para la Salud de Wallston et al.(1978), en su versión portuguesa y la Escala de Calidad de la Interacción (ECI). Tras la aplicación de la ECI al grupo de enfermeras y embarazadas, eliminamos los ítems que presentaban una correlación simultáneamente baja en ambas evaluaciones, quedando una versión final de la escala con 31 ítems, presentando una consistencia interna para el grupo de enfermeras de 0.89 y para el grupo de embarazadas de 0.94. Estos indicadores psicométricos nos permiten afirmar que la "Escala de Calidad de la Interacción" es un instrumento valido para evaluar la interacción establecida entre la enfermera y la embarazada en una consulta de Atención Primaria.

El proceso de interacción que se da entre enfermera / embarazada es complejo, siendo varias las variables que en el intervienen. Los resultados obtenidos, tras la regresión lineal múltiple, indican como variables predictoras de la Calidad de la Interacción para la enfermera, los años de ejercicio en el Centro de Salud, la variable Locus de Control para la Salud de la enfermera, el número total de consultas efectuadas por día, la Concordancia de percepciones de los participantes relativamente a la interacción, la Educación para la Salud realizada durante la Consulta y el número de hijos de la embarazada. Para la mujer embarazada, las variables predictoras suelen ser, la concordancia, la Educación para la Salud, los contactos previos entre ella y la enfermera, la duración de la consulta y su percepción de Autoeficacia.

PALABRAS CLAVE: INTERACCIÓN; PROMOCIÓN DE LA SALUD; ENFERMERA; EMBARAZADA;



## ABSTRACT

### NURSE – PREGNANT WOMEN INTERACCIÓN IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE

The pregnant women consultation in Primary Health Care are basically a Health Promotion consultation, where the nurse having in mind his interaction with the pregnant woman, has the responsibility of teaching her how to live her pregnancy in equilibrium.

The objectives of this investigation were as follow: to develop a proper instrument to evaluate the Interaction Quality between nurse/pregnant woman in Primary Attention, checking its psychometric qualities in a group of nurses and pregnant women; to analyze the relations between Interaction Quality and the different individuals participating, the organizational health care variables and the contextual variables of this interaction; also, we pretend to propose a model of predictable variables of the Interaction Quality.

During the first stage of this study, we included 79 nurses that worked in 16 different Health Centers in the province of Algarve. These nurses filled a first interview, to obtain social-professional information in the valuation of the Interaction Quality with 35 items. The instrument is multi-dimensional and makes a total score for the ranking. It consists of three dimensions: Health Information, Affective Support and Professional Competency, which also offer score for each dimension. The internal consistency (Cronbach  $\alpha$ ) for the total in the first evaluation was 0.84.

In the second stage of the investigation, were analyzed 177 interactions. Besides the applied interview to obtain social-professional, social-demographic information and as well information about pregnancy, was also applied the General Self-Efficacy Scale (Sherer et

al., 1992) in its Portuguese Ribeiro version (1995), the Health Locus of Control Scales (Wallston et al.,1978) in its Portuguese version and the Interaction Quality Scale (ECI). After the application of ECI to the group of nurses and pregnant women, we eliminated the items with a low simultaneous correlation in both evaluations, leaving a final version of 31 items, with an internal consistency of 0.89 for the nurses and 0.94 for the pregnant women. These psychometric patterns permit us to say that the Interaction Quality Scale is a valid instrument to validate the established interaction between nurse and pregnant woman in a primary attention hour.

The process of interaction nurse/pregnant woman is complex, being some the numbers of variables involved in it. The obtained results after the investigation show as predictable variable of the Interaction Quality for the nurses, the years of service at the Health Center, the Health Locus of Control of nurses, the total number of consultations and the number of children of the pregnant woman. For the pregnant woman, the predictable variables are the accordance between both perceptions of the Interaction Quality, Health Education, the previous contacts between her and the nurse, the duration of the consultation and her perception of self-efficacy.

KEYWORDS: INTERACTION; HEALTH PROMOTION; NURSE; PREGNANT WOMEN

## ÍNDICES



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	20
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	21
1.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	28
1.2.1. DELIMITACIÓN DE CONCEPTOS.....	30
1.2.2. MODELOS Y TEORÍAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	43
1.2.2.1. Modelo de creencias sobre la salud.....	46
1.2.2.2. Teoría del aprendizaje social de Rotter.....	52
1.2.2.3. Teoría de la motivación protectora.....	60
1.2.2.4. Teoría cognitivo – social de Bandura.....	66
1.2.2.5. Modelo de promoción de la salud.....	72
1.2.2.6. Modelo transteórico.....	84
1.2.2.7. Teoría de la conducta planificada.....	93
1.2.3. ATENCIÓN PRIMARIA EN EL EMBARAZO.....	102
1.2.3.1. Atención de salud a la embarazada en el Algarve.....	111
1.3. INTERACCIÓN EN SALUD.....	117
1.3.1. DELIMITACIÓN DE CONCEPTOS.....	118
1.3.2. LA INTERACCIÓN PROFESIONAL – USUARIO.....	126

1.3.3.	EL MARCO DE LA INTERACCIÓN EN SALUD.....	131
1.3.3.1.	La estructura del espacio.....	132
1.3.3.2.	La estructura del tiempo.....	136
1.3.3.3.	El contexto institucional y sus actores.....	139
1.3.4.	ÁMBITOS DE INVESTIGACIÓN.....	143
1.3.5.	MODELO INTERACCIONAL DEL COMPORTAMIENTO DE SALUD DEL CLIENTE..	148
2.	OBJETIVOS E HIPOTESIS.....	161
2.1.	OBJECTIVOS.....	162
2.2.	HIPÓTESIS.....	163
3.	MATERIAL Y MÉTODO.....	169
3.1.	MATERIAL.....	170
3.1.1.	MUESTRA.....	171
3.1.2.	INSTRUMENTOS.....	180
3.2.	MÉTODO.....	197
3.2.1.	SELECCIÓN DE LAS MUESTRAS.....	198
3.2.2.	APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS.....	199
3.2.3.	DISEÑO.....	202
3.2.4.	MÉTODO ESTADÍSTICO.....	204
4.	RESULTADOS.....	205
4.1.	ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES PSICOMETRICAS DE LA ESCALA DE CALIDAD DE LA INTERACCIÓN.....	206

4.1.1. FIABILIDAD.....	207
4.1.2. VALIDEZ.....	209
4.1.2.1. Validez de contenido.....	209
4.1.2.2. Validez de construto.....	212
4.1.2.3. Validez de los ítems.....	215
4.1.3. RELACIONES ENTRE VARIABLES.....	222
4.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS.....	226
4.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE ENFERMERAS.....	228
4.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE EMBARAZADAS.....	240
4.2.3. CARACTERÍSTICAS ASISTENCIALES Y CONTEXTUALES DE LA INTERACCIÓN....	250
4.3. ANALISIS DE LAS RELACIONES ENTRE VARIABLES.....	260
4.4. MODELO DE VARIABLES PREDICTORAS.....	289
5. DISCUSIÓN.....	301
6. CONCLUSIONES.....	314
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	318
ANEXOS.....	335

## ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
Tabla nº 1 – Distribución de las características socioprofesionales en el primer grupo de enfermeras.....	172
Tabla nº 2 – Distribución de las características socioprofesionales en el segundo grupo de enfermeras.....	174
Tabla nº 3 – Distribución de las variables sociodemograficas para la muestra de embarazadas.....	177
Tabla nº 4 – Consistencia interna de la Escala de Calidad de la Interacción y de las subescalas (35 ítems).....	208
Tabla nº 5 – Consistencia interna de la Escala de Calidad de la Interacción y de las subescalas (18 ítems).....	208
Tabla nº 6 – Distribución de los valores del KMO para la escla total y para las subescalas (35 ítems).....	212
Tabla nº 7 – Distribución de los valores del KMO para la escala total y para las subescalas (18 ítems).....	213
Tabla nº 8 – Análisis factorial de la Escala de Calidad de la Interacción.....	214
Tabla nº 9 – Distribución de las respuestas para la Escala de Calidad de la Interacción en la versión abreviada de 18 ítems.....	217
Tabla nº 10 – Correlaciones significativas de la Escala de Calidad de la Interacción (18 ítems) Inter. – ítem, ítem – subescala, ítem – puntuación total.....	219
Tabla nº 11 – Relación entre la Calidad de la Interacción y la satisfacción con la consulta....	222



Tabla nº 12 – Relación entre la Calidad de la Interacción y la Localización del Centro de Salud.....	223
Tabla nº 13 – Relación entre la edad y la Calidad de la Interacción (Soporte Afectivo).....	224
Tabla nº 14 – Relación entre los años de profesión y la Calidad de la Interacción (Soporte Afectivo).....	224
Tabla nº 15 – Percepción de la enfermera sobre aspectos de la consulta.....	228
Tabla nº 16 – Distribución de la Percepción de Rol.....	229
Tabla nº 17 – Importancia atribuida por las enfermeras a las diferentes consultas que realizan en Atención Primaria.....	230
Tabla nº 18 – Distribución de la variable Locus de Control para la Salud en la muestra de enfermeras.....	231
Tabla nº 19 – Distribución de los valores del Locus de Control para la Salud según categorías en la muestra de enfermeras.....	232
Tabla nº 20 – Distribución de la variable Autoeficacia para la muestra de enfermeras.....	233
Tabla nº 21 – Distribución de la variable Autoeficacia en categorías para la muestra de enfermeras.....	233
Tabla nº 22 – Distribución de las respuestas para la Escala de la Calidad de la Interacción en la valoración general de las enfermeras.....	235
Tabla nº 23 – Distribución de las respuestas para la Escala de Calidad de la Interacción – valoración específica de la enfermera.....	237
Tabla nº 24 – Valores medios, totales y parcelares para la Escala de Calidad de la Interacción en la muestra de enfermeras.....	238
Tabla nº 25 – Satisfacción global con la consulta en la valoración de la enfermera.....	239
Tabla nº 26 – Distribución de las variables de caracterización del embarazo.....	241

Tabla nº 27 – Distribución de la variable Locus de Control para la Salud en la muestra de embarazadas.....	243
Tabla nº 28 – Distribución de los valores del Locus de Control para la Salud según categorías para la muestra de embarazadas.....	244
Tabla nº 29 – Distribución de la variable Autoeficacia para la muestra de embarazadas.....	245
Tabla nº 30 – Distribución de los valores de Autoeficacia según categorías para la muestra de embarazadas.....	245
Tabla nº 31 – Distribución de las respuestas para la Escala de Calidad de la Interacción valoración de la embarazada.....	247
Tabla nº 32 – Valores medios, totales y parcelares para la Escala de Calidad de la Interacción en la muestra de enfermeras y de embarazadas.....	248
Tabla nº 33 – Satisfacción global con la consulta en la apreciación de la embarazada.....	249
Tabla nº 34 – Distribución del tiempo de consulta.....	251
Tabla nº 35 – Distribución de las consultas realizadas por enfermera.....	252
Tabla nº 36 – Distribución de la variable “Contactos previos”.....	253
Tabla nº 37 – Distribución de la variable Educación para la Salud – temas abordados.....	254
Tabla nº 38 – Distribución de la variable “Conocimiento”.....	256
Tabla nº 39 – Discrepancia para las evaluaciones de la enfermera y de la embarazada en la Escala de Calidad de la Interacción.....	258
Tabla nº 40 – Correlaciones significativas entre las variables socioprofesionales de la enfermera y la Calidad de la Interacción.....	262
Tabla nº 41 – Diferencia de medias para los valores de la Escala de Calidad de la Interacción con relación al nivel de formación de la enfermera.....	263

Tabla nº 42 – Correlaciones significativas entre el Locus de Control para la Salud y la Calidad de la Interacción.....	265
Tabla nº 43 – Correlaciones significativas entre la variable numero de hijos de la embarazada y la Calidad de la Interacción.....	267
Tabla nº 44 – Correlaciones significativas entre las variables Autoeficacia y Locus de Control para la Salud de la embarazada y la variable Calidad de la Interacción.....	269
Tabla nº 45 – Diferencia de medias para los valores de la Calidad de la Interacción con relación a la duración de la consulta.....	271
Tabla nº 46 – Correlaciones significativas entre la variable Educación para la Salud y la Calidad de la Interacción.....	272
Tabla nº 47 – Correlaciones significativas entre la variable “Conocimiento” y la Calidad de la Interacción.....	272
Tabla nº 48 – Correlaciones significativas entre la variable “Discrepancia” y la Calidad de la Interacción.....	273
Tabla nº 49 – Diferencia de medias para los valores de la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada con relación a la duración de la consulta.....	275
Tabla nº 50 – Correlaciones significativas entre la variable Educación para la Salud y la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada.....	276
Tabla nº 51 – Correlaciones significativas entre la variable “Conocimiento” y la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada.....	276
Tabla nº 52 – Correlaciones significativas entre la variable “Contactos Previos” y la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada.....	277
Tabla nº 53 – Correlaciones significativas entre la variable “Discrepancia” y la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada.....	278

Tabla nº 54 – Correlaciones significativas entre la variable número de consultas realizadas y la Calidad de la Interacción.....	279
Tabla nº 55 – Diferencias para la media de la Calidad de la Interacción según el local donde se realiza la atención de salud.....	279
Tabla nº 56 – Correlaciones significativas entre la variable número de consultas realizadas y la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada.....	281
Tabla nº 57 – Diferencias en la duración de la consulta relativamente a al nivel de formación de la enfermera.....	283
Tabla nº 58 – Correlaciones significativas entre la variable Locus de Control para la Salud de la enfermera y la duración de la consulta.....	283
Tabla nº 59 – Diferencias para la media de la duración de la consulta según el estatus de intencionalidad del embarazo.....	284
Tabla nº 60 – Correlaciones significativas entre la variable número total de consultas y la duración de las mismas.....	285
Tabla nº 61 – Diferencias para la media de la duración de la consulta según la localización del Centro de Salud.....	285
Tabla nº 62 – Correlaciones significativas entre la edad y el Locus de Control para la Salud de la enfermera y la Educación para la Salud.....	287
Tabla nº 63 – Diferencia de medias para la Educación para la Salud según el nivel de formación de la enfermera.....	287
Tabla nº 64 – Correlaciones significativas entre el total de consultas y la Educación para la Salud realizada.....	288
Tabla nº 65 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables socioprofesionales de la enfermera y la Calidad de la Interacción.....	291

Tabla nº 66 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables de personalidad de la enfermera y la Calidad de la Interacción.....	292
Tabla nº 67 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables de sociodemográficas de la embarazada y la Calidad de la Interacción.....	293
Tabla nº 68 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables de personalidad de la embarazada y la Calidad de la Interacción.....	294
Tabla nº 69 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables contextuales del embarazo y la Calidad de la Interacción.....	295
Tabla nº 70 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables asistenciales y la Calidad de la Interacción.....	296
Tabla nº 71 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables contextuales de la interacción y la Calidad de la Interacción.....	297
Tabla nº 72 – Modelo de variables predictoras para la Calidad de la Interacción de ambos participantes.....	298
Tabla nº 73 – Correlaciones significativas entre la Satisfacción Global con la consulta y la Calidad de la Interacción para ambos participantes.....	361
Tabla nº 74 – Correlaciones significativas entre el Nivel Escolar de la embarazada y las variables de personalidad – Autoeficacia General de la embarazada y Locus de Control para la Salud.....	361
Tabla nº 75 – Correlaciones significativas entre la variable Autoeficacia General de la embarazada y la variable Locus de Control para la Salud.....	361
Tabla nº 76 – Diferencias de medias para las variables de personalidad de la embarazada según la intencionalidad del embarazo.....	362
Tabla nº 77 – Correlaciones significativas entre la Satisfacción Global con la consulta, la Educación para la Salud, los contactos previos y la duración de la consulta.....	362

Tabla nº 78

Tabla nº 79

## ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro nº 1 – Promoción de la Salud versus Prevención de la Enfermedad.....	35
Cuadro nº 2 – Procesos y estádios de cambio en el Modelo Transteórico.....	89
Cuadro nº 3 – Escalas de evaluación de la interacción enfermero – usuario.....	90
Cuadro nº 4 – Escala de Autoeficacia General.....	192
Cuadro nº 5 – Escala de Locus de Control para la Salud.....	195
Cuadro nº 6 – Secuencia de procedimientos estadísticos utilizados en la investigación.....	204
Cuadro nº 7 – Estructura de la Escala de la Calidad de Interacción – 35 ítems.....	211
Cuadro nº 8 – Estructura de la Escala de la Calidad de la Interacción – 18 ítems.....	215

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Ilustración nº 1 – La complejidad multidimensional de la Promoción de la Salud.....	43
Ilustración nº 2 – Modelo de Creencias sobre la Salud.....	49
Ilustración nº 3 – Teoría de la Motivación Protectora.....	61
Ilustración nº 4 – Expectativas de autoeficacia versus expectativas de resultados.....	67
Ilustración nº 5 – Modelo de Promoción de la Salud de Pender.....	77
Ilustración nº 6 – Teoría de la Conducta Planificada.....	95
Ilustración nº 7 – Los cuatro pilares de una Maternidad segura.....	105
Ilustración nº 8 – Centros de salud de la región del Algarve.....	111
Ilustración nº 9 – Mensaje verbal.....	123
Ilustración nº 10 – Modelo Interaccional del Comportamiento de Salud del Cliente.....	150
Ilustración nº 11 – Esquema del conjunto de hipótesis planteadas.....	167
Ilustración nº 12 – Grupos muestrales definidos de acorde a los objetivos planteados.....	169
Ilustración nº 13 – Curva de la distribución de los valores de la Escala de Calidad de la Interacción.....	220
Ilustración nº 14 – Modelo de variables predictoras para la muestra de enfermeras.....	299
Ilustración nº 15 – Modelo de variables predictoras para la muestra de embarazadas.....	300



## 1. INTRODUCCIÓN



## 1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO



Aunque el Sistema Nacional de Salud ofrece a las mujeres un seguimiento de salud gratuito durante todo el embarazo, la realidad es que el número de mujeres que acceden a estos cuidados se encuentra aún lejos de lo deseable. Portugal sigue siendo uno de los países de Europa con mayor número de embarazadas con un seguimiento de salud inadecuado o incluso inexistente, apuntándose como uno de los principales motivos de este inadecuado seguimiento es la deficiente información / educación en el área de la salud reproductiva (Calado, Silva & Guerreiro, 1997).

En un estudio efectuado en diez países europeos, Portugal representa uno de los países con mayor porcentaje de embarazadas que presentan un acceso tardío a los cuidados prenatales. En este contexto, se destaca la falta y/o poca calidad de los cuidados como obstáculo para el adecuado seguimiento preparto (Delvaux, Buekens, Godin & Boutsen, 2001).

Es importante referir que la calidad de los cuidados de salud depende en gran medida de la calidad de la interacción que se establece entre el profesional y los usuarios de los cuidados de salud (Kreps, Arora, & Nelson, 2003). Se considera que la comunicación interpersonal es el instrumento central para compartir información relevante en un contexto de atención a la salud (Kreps, 1988).

Así mismo, existe evidencia de que la comunicación efectiva entre profesionales de salud y usuarios del sistema sanitario se encuentra relacionada con aspectos tan importantes como la adherencia al tratamiento y la satisfacción con los cuidados (Brow, Davey & Bruinsma, 2005; Ciechanowski, Katon, Russo & Walker, 2001; Merkouris, Papathanassoglou & Lemonidou, 2004;). Además, se destaca que una adecuada

comunicación es de extrema utilidad para que los profesionales de salud obtengan feedback de los cuidados prestados a los usuarios, aspecto fundamental para hacer posible la evaluación de las estrategias de intervención (Steine, Arnstein & Laerum, 2001).

La salud se asume hoy como una responsabilidad compartida entre el sistema de salud, los profesionales y los usuarios. No obstante, la adopción de comportamientos saludables presupone un nivel adecuado de información, un acceso fácil y oportuno a los medios que facilitan una vida saludable y una toma de conciencia personal de la vulnerabilidad de cada uno/a en cada momento específico de la vida. En este sentido, es fundamental que todos aquellos que intervienen en este proceso de salud, sea consciente de sus responsabilidades y las reconozca igualmente en el otro.

La mujer ocupa un lugar central en las familias, siendo tradicionalmente el elemento de referencia en la educación para la salud. Es el principal elemento de vinculación afectiva, apoyo físico y psicológico de los niños y adolescentes, actuando como soporte y modelo. Desempeña un importante papel en el nivel de salud de la familia, específicamente, en la calidad de la alimentación y en los hábitos de higiene. La salud materna determina, sin duda, el potencial de salud de sus hijos y consecuentemente de la población. (Portugal, 1999).

En el año 2005, el Día Mundial de la Salud (7 de Abril) fue dedicado a la salud materno – infantil, siendo el tema orientador: “¡CADA MADRE Y CADA NIÑO CONTARÁN!”. En el informe sobre la salud en el mundo, publicado en esta fecha, la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya la importancia de la salud materna para el bienestar de una sociedad y la necesidad de reforzarla en el futuro, considerando que es un imperativo moral y político. Con una mirada retrospectiva, concluyen que los cuidados prenatales representan una importante historia de éxito, dado que su potenciación continua siendo

---

una prioridad en la mayor parte del mundo. Sin embargo, se puede incrementar aún más el considerable potencial de los cuidados prenatales dando mayor énfasis a las intervenciones eficaces. En este sentido, la importancia que recobra el que el embarazo tenga un final positivo, hace que las mujeres se conviertan en un grupo prioritario al que proporcionar activamente los cuidados de salud. Así, los cuidados prenatales no son solo una oportunidad privilegiada de promover la salud adecuada de la madre y de su hijo sino que también permiten estimular el potencial para promover estilos de vida saludables para la mujer y para toda su familia. Se acentúa en este contexto el rol central de la interacción entre profesionales de salud y embarazada, concretamente en el establecimiento de una comunicación eficaz como camino para la provisión de cuidados de salud más humanizados y más adecuados a las expectativas de las mujeres (OMS, 2005 a).

El Consejo de Europa publicó en 1996 un dictamen que contiene diversas recomendaciones a los estados miembros y que tuvo su origen en la 4ª Conferencia de los Ministros de Salud Europeos que se realizó en Chipre. Entre dichas recomendaciones se resalta la importancia atribuida a la investigación en Enfermería. En este documento se destaca que el sistema de salud debe hacer énfasis, más que en un sistema curativo, en un sistema que tenga como objetivo la prevención y la promoción de la salud en el cual los cuidados de enfermería desempeñan un rol capital. Se reconoce también la importancia de la investigación en enfermería para mejorar la calidad de la práctica de los cuidados de salud a los individuos y comunidades. Además, se identifican líneas de investigación a desarrollar en el ámbito de los cuidados de enfermería, donde destacamos la relación enfermera – usuario (Hesbeen, 2000).

Consideramos así, que el estudio que proponemos y en el cual pretendemos analizar una dimensión del sistema de cuidados de salud (la interacción enfermera – embarazada), se incluye en el contexto de la PROMOCIÓN DE LA SALUD. Creemos

igualmente que se encaja en el ámbito de la definición de Psicología de la Salud formulada por Matarazzo (1982), específicamente, en la contribución para el análisis e incremento del sistema de cuidados de salud e indirectamente en la promoción y protección de la salud.

Defendemos que, profundizando en el conocimiento de cómo se procesa la relación de los usuarios con los profesionales de salud, tendremos la posibilidad de identificar áreas sensibles en las que intervenir. Banyard (1996) señala entre los objetivos de intervención en el ámbito de la Psicología de la Salud, la utilización de los cuidados de salud, considerando que una de las cuestiones importantes a investigar es la interacción profesional de salud – usuario. Subraya que a través de la mejora de esta relación se puede incrementar la salud de los individuos, específicamente en lo concerniente a la adherencia al tratamiento. En este caso particular, pensaríamos en la adherencia a la atención de salud prenatal, cuando mejoramos la interacción profesionales de salud – usuarios.

En esta misma línea, Godoy (1999) señala áreas principales de aplicación de la Psicología de la Salud, siendo algunas de ellas el análisis y mejora del sistema de cuidados de salud, el incremento cualitativo de la actuación de los profesionales de salud y también la optimización de las relaciones entre profesional de la salud – usuario.

Es admitido por todos, que las actitudes y el comportamiento de los profesionales de la salud influyen en los comportamientos y actitudes de los usuarios del sistema sanitario. En la bibliografía consultada se encuentran diversos estudios realizados sobre la comunicación en el ámbito de la salud y sobre la interacción profesionales de la salud – usuarios. Constatamos que muchas de estas investigaciones son unidireccionales. No obstante, el proceso de comunicación es interpersonal, recíproco y bidireccional y en este sentido, creemos que los individuos que participan en una interacción se influyen simultáneamente. Ogden (1999) considera que, hasta ahora, las explicaciones dadas sobre la



---

variabilidad del comportamiento de los profesionales de salud estaban centradas en el profesional aisladamente y enfatiza que para comprender los procesos presentes en la comunicación entre profesional de la salud – usuario y sus implicaciones, éstos se deben considerar como una díada. Esta autora sugiere que la investigación futura debe desarrollar metodologías que pongan el énfasis en variables interactivas en vez de, en los factores individuales, actitud que pretendemos adoptar en esta investigación.

De igual forma, se ha investigado sobre la relación establecida entre profesional de la salud – usuario en el contexto de la enfermedad ya instaurada. Considerando que es de extrema importancia la intervención del enfermero en la orientación para la promoción de comportamientos saludables, creemos que es necesario profundizar en los conocimientos actuales de estos profesionales de la salud, es decir, ofrecer información que permita a los enfermeros cuidar con más calidad en el ámbito de la promoción de la salud y más específicamente en el área del seguimiento de la salud durante el embarazo.

Compartimos la opinión de García, Fons, García & Gervás (1989) cuando afirman que la consulta de enfermería es una buena respuesta a las necesidades en Atención Primaria y una solución de calidad a brindar a las poblaciones. Conceptualizamos que la consulta de enfermería de seguimiento de la salud de la embarazada es por excelencia un contexto de promoción de la salud. Es un espacio donde interactúan enfermera y embarazada, desarrollándose un proceso donde son evaluadas necesidades y planificadas estrategias de intervención, específicas, estructuradas y sistemáticas, a través de las cuales se pretende capacitar a la mujer para una vivencia equilibrada del embarazo, con ventajas visibles en la salud propia y en la de su hijo.

Así, pretendemos analizar con este proyecto el complejo proceso de interacción que se desarrolla entre la enfermera y la embarazada en un contexto de Atención Primaria,

analizando la tela de relaciones que se verifican entre las variables individuales de los participantes, las variables asistenciales de la organización, las variables contextuales de la interacción y la calidad de la misma en la percepción de sus participantes.

## 1.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD



Como hemos referido anteriormente, esta investigación pretende profundizar los conocimientos sobre la interacción que se establece entre el enfermero y la embarazada en un contexto de Atención Primaria. El concepto Interacción surge en esta investigación en un contexto de Promoción de la Salud, que consideramos es por excelencia el contexto de la atención de salud en el embarazo. Por ello, los conceptos centrales de este trabajo son la INTERACCIÓN y la PROMOCIÓN DE LA SALUD. Conscientes de que estos conceptos son primordiales en los cuidados de salud y específicamente en el contexto de la prestación de cuidados de enfermería, pretendemos a continuación hacer algunas clarificaciones y delimitaciones de los construtos referidos.

A lo largo de este trabajo optamos por usar el término usuario o cliente, cuando hablamos de los cuidados de salud y de las relaciones que se establecen entre los profesionales y los individuos que buscan los servicios de salud, puesto que defendemos que en este contexto el individuo participa en los cuidados y tiene un rol activo, no siendo un mero receptor "paciente" de una serie de intervenciones.

Además, queremos también llamar la atención sobre el hecho de que cuando enfocamos la temática del embarazo, tenemos presente que es un período de la vida, marcado por múltiples cambios a varios niveles y vivido no solo por la mujer embarazada sino también por las personas significativas que con ella cohabitan o con quien mantiene lazos afectivos y/o familiares. Por lo que, aunque a veces nos refiramos a la embarazada o a la mujer, siempre está en nuestro horizonte todo su entorno y jamás esta es vista como un ente aislado.

### 1.2.1. DELIMITACIÓN DE CONCEPTOS

El concepto de Promoción de la Salud se basa en el conocimiento de que los comportamientos que desarrollamos, nuestro estilo de vida y diferentes circunstancias de nuestro entorno influyen en nuestra salud y que determinadas estrategias de intervención, a varios niveles, pueden interferir positivamente, cambiando comportamientos inadecuados, estimulando los comportamientos protectores e incrementado cualitativamente las diversas circunstancias de nuestro ambiente que permiten un mayor nivel de salud y bienestar .

En la Conferencia de Ottawa en 1986 (OMS, 1998), se definió la Promoción de la Salud como el proceso de capacitar a los individuos para aumentar el control sobre su salud, mejorándola. Se hizo también referencia al hecho de que, para lograr un equilibrio y un bienestar físico, mental y social, los individuos y los grupos o comunidades deben ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y también modificar o adaptarse a su medio ambiente. En este marco conceptual se enfatiza la salud como un recurso para vivir y no como un objetivo en sí misma. Godoy (1999, p.61) subraya que:

la Promoción de la Salud supone pues, un camino revolucionario en el eje salud – enfermedad, dirigido, fundamentalmente, hacia la investigación sobre cómo se adquieren las creencias, actitudes, motivaciones y conductas pro salud y a la elaboración y puesta en práctica de los adecuados programas para la implantación y mantenimiento de las mismas

No obstante, la Promoción de la Salud va más allá de los cuidados de salud, incluyendo estrategias complejas a diferentes niveles (individual, social, ambiental, político, económico). Incluye:

1. El establecimiento de una política pública potenciadora de la salud;
2. La creación de entornos propicios y saludables;
3. El fortalecimiento de la acción comunitaria;
4. El desarrollo de aptitudes personales;
5. La reorientación de los servicios de salud en la línea de priorizar la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad.

Estas son las cinco áreas prioritarias de intervención, subrayadas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Además, en la Declaración de Yakarta en 1997 bajo la temática “Nuevos actores para una nueva era: llevar la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI”, fue confirmada la importancia de estas cinco estrategias de acción para todos los países, resaltándose que las intervenciones en el contexto de la Promoción de la Salud son más eficaces cuando se utiliza una combinación de diferentes estrategias, en lugar de abordajes separados (OMS, 1998).

En el año 2005, de la 6ª Conferencia Mundial para la Promoción de la Salud, emanó una carta de principios – La carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en el Mundo Globalizado (OMS, 2005b). En esta carta se establecen las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la Promoción de la Salud. Así mismo, en este documento se afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud, deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional. Hay un aspecto resaltado en esta Carta, que nos parece particularmente interesante y que es el énfasis puesto en la responsabilidad compartida por los varios actores que participan en la Promoción de la Salud, aspecto que queda bien manifiesto en los compromisos – clave asumidos, que aspiran a lograr que la Promoción de la Salud sea:

1. Un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.
2. Una responsabilidad esencial de todo el gobierno.
3. Un objetivo fundamental de las comunidades y de la sociedad civil.
4. Un requisito de las buenas practicas empresariales.

Se reconoció que, para cumplir estos compromisos, hay que optimizar la aplicación de las estrategias de reconocida eficacia y también innovar buscando nuevas reglas de intervención, nuevas soluciones. Además se considera que las redes y formas de colaboración ofrecen caminos que proporcionan la cooperación entre individuos y organizaciones con vista a objetivos comunes, quedando claro que cada sector – intergubernamental, gubernamental, sociedad civil y privado – tiene sus propias funciones y responsabilidades.

En la Carta de Bangkok se reconoce una vez más que la posibilidad de tener el mayor grado posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin ningún tipo de discriminación. Se subraya que la Promoción de la Salud se basa en ese derecho humano fundamental y proyecta un concepto positivo y comprehensivo de la salud, como aspecto determinante de la calidad de vida. Se reitera que la Promoción de la Salud consiste en el proceso de capacitación de los individuos para que ejerzan un mayor control sobre los determinantes de su salud, incrementándola, considerándose que ésta es una función central de la Salud Pública.

La Salud Publica es un concepto social y político dirigido a la mejora de la salud, al prolongamiento de la vida y al incremento de la calidad de vida entre las poblaciones, a través de estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y otras formas de intervención. Según la OMS, se viene haciendo una importante distinción en la literatura relativa a la Promoción de la Salud, entre Salud Pública y la nueva Salud Publica, con el propósito de enfatizar diferentes formas para la descripción y análisis de los determinantes



---

de salud y de las soluciones para resolver problemas de salud pública. Así, esta nueva salud pública se caracteriza básicamente por el afán en comprender las vías a través de las cuales el estilo de vida y las condiciones de vida determinan el status de salud y el reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y hacer inversiones oportunas y adecuadas en políticas, programas y servicios que permitan crear, mantener y proteger la salud a través del estímulo y apoyo a estilos de vida saludables y también desarrollando entornos saludables (OMS, 1998).

De esta forma, verificamos que la Promoción de la Salud es un concepto complejo y cuya responsabilidad, como ya referimos, se comparte entre diferentes actores: los individuos, las comunidades, los profesionales de salud, los políticos. Si nos centramos en los profesionales de salud, creemos que la Promoción de la Salud es una actividad transversal a todo el equipo de salud y no es responsabilidad exclusiva de uno de sus miembros. No obstante, defendemos también que el enfermero ocupa un lugar privilegiado de proximidad, en el desarrollo de este tipo de intervención.

El ejercicio profesional del enfermero se centra en la relación interpersonal entre un enfermero y una persona o entre un enfermero y un grupo de personas. La relación terapéutica promovida en el ámbito del ejercicio profesional de la Enfermería se caracteriza por la cooperación establecida con el usuario (o cliente). Esta relación se desarrolla y fortalece a lo largo de un proceso dinámico, que presenta como objetivo el ayudar al individuo a ser proactivo en la consecución de su proyecto de salud (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2004). En esta definición se realiza la intervención positiva del enfermero como recurso de capacitación del individuo para optimizar sus potencialidades y vivir una vida en equilibrio. Se añade que son competencias del enfermero en la Promoción de la Salud:

- 
- a . Identificar la situación de salud de la población y los recursos del individuo / familia y comunidad.
  - b . La creación y desarrollo de oportunidades para la promoción de estilos de vida saludables.
  - c . La promoción del potencial de salud del individuo a través de un trabajo de adaptación a los procesos de vida, crecimiento y desarrollo.
  - d . El aporte de información generadora de aprendizaje cognitivo y de nuevas capacidades o habilidades por parte del individuo.

Compartimos la opinión de Pender, Murdaugh & Parsons (2006) cuando afirman que las enfermeras tienen la oportunidad de asumir un liderazgo en el equipo de salud, en lo que son las intervenciones de Promoción de la Salud. Justifican este importante rol, no solo porque son el mayor grupo de profesionales de salud, sino también, basándose en su contacto próximo, frecuente y continuo con los individuos y comunidades a las cuales pertenecen y en el conocimiento profundo que poseen de sus múltiples contextos.

Cuando hablamos de Promoción de la Salud, suele surgir otro concepto muy próximo: la Prevención de la Enfermedad. Muchas veces son expresiones usadas indistintamente porque muchas estrategias utilizadas para la Promoción de la Salud son también eficaces para prevenir la enfermedad. No obstante, creemos que presentan significaciones distintas y consideramos importante discriminarlas en este momento. Según Pender et al. (2006) la diferencia más importante entre estas dos concepciones es la motivación subyacente. Así, la Promoción de la Salud es un comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar y de concretizar el potencial de salud. En contrapartida, la Prevención de la Enfermedad, muchas veces también denominada Protección de la Salud, es un comportamiento motivado por el deseo de evitar activamente la enfermedad, detectarla precozmente o mantener el funcionamiento, sin las limitaciones de la

enfermedad. Estos autores indican tres diferencias teóricas que consideran importantes entre La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, las cuales se encuentran señaladas en el Cuadro nº 1.

CUADRO Nº 1 - Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

PROMOCIÓN DE LA SALUD	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
No es específica de una enfermedad	Es específica para una enfermedad
Está motivada por el afrontamiento (approach)	Está motivada por la evitación
Busca la expansión del potencial de salud	Evita la ocurrencia de amenazas a la salud

A este respecto, la OMS (1998) considera que la Prevención de la Enfermedad abarca medidas no solo con vista a prevenir la ocurrencia de enfermedad, como es la reducción de los factores de riesgo, sino también estrategias para impedir el progreso o para reducir sus consecuencias, en el caso de que la enfermedad ya esté desarrollada. La OMS añade que la Prevención de la Enfermedad es considerada como una acción que usualmente surge del sector de la salud y se dirige a los individuos en los que se identifica un mayor número de factores de riesgo, muchas veces asociados a diferentes comportamientos poco saludables.

No obstante las diferencias señaladas y la importancia de conocer la dinámica motivacional inherente a cada uno de los conceptos para la adaptación de estrategias de intervención, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son procesos que se complementan y que cuando se ajustan al contexto situacional, contribuyen de forma igualmente importante a mejorar la calidad de vida en las diferentes etapas de desarrollo de los individuos.

Al hablar de promoción de la salud nos parece importante definir salud. En la literatura encontramos numerosas formas de conceptualizar la salud, una de entre las cuales

---

nos parece bastante convergente con el presente trabajo. Godoy (1999) define la salud como un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre las dimensiones y las competencias individuales (biopsicosociales) y las características ambientales (biofísicas, de salud pública, socioeconómicas y culturales), cuyo resultado es un estado caracterizado por un equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial.

Piña (1991) nos presenta también una definición que nos parece muy acorde con la perspectiva que compartimos. Este autor define la salud como la condición del organismo en la que los sistemas biológicos de respuesta, mantienen un nivel bajo de vulnerabilidad en su estructura y función, al entrar en contacto e interactuar con el ambiente u otros individuos – objetos, eventos u otros organismos – y que está modulada por procesos psicológicos y el ejercicio de competencias conductuales que cada individuo desarrolla.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud definió el concepto de salud como el completo bienestar físico, social y mental y no como, meramente la ausencia de enfermedad. Esta definición es, obviamente, una forma simple (muy simple) de definir algo que es muy complejo. A lo largo de los años, esta forma de conceptualizar, ha sido criticada numerosas veces y ha evolucionado como consecuencia. No nos quedan dudas de que la definición de salud no se agota en la ausencia de enfermedad. Godoy (1999) cuestiona la definición de salud de la OMS, enumerando aspectos críticos como el componente subjetivo, el componente individual, el hecho de obviar que la salud más que un estado es un proceso y el hecho de presentarse como una definición vaga y difícilmente operativizable. Este autor presenta, por consiguiente, un concepto de salud basado en dos dimensiones, que se aplican tanto a nivel individual como comunitario:

1. El balance o nivel de salud – se da a nivel individual y consiste en el proceso o estado de equilibrio dinámico que tiene en sentido positivo el bienestar físico, psíquico y social y en sentido negativo la ausencia de enfermedades, trastornos,

---

síntomas o necesidades físicas, psíquicas y sociales. Según el autor los indicadores del balance de salud se obtendrían a partir de juicios del individuo o de los profesionales de salud.

2. El potencial de salud – será cualquier tipo de interacción entre el sujeto y el medio ambiente para mantener o restablecer el balance de salud. Desde la perspectiva individual este concepto se refiere a un conjunto de variables protectoras, recursos de resistencia o competencias que el autor ejemplifica con el status nutricional, resistencia inmunológica, aptitud física, estabilidad emocional, conocimientos y actitudes sobre la salud, estilos de vida, estrategias de afrontamiento al estrés. La medida de evaluar el potencial de salud de un individuo sería la medida de sus competencias o recursos.

Constatamos así, que en las últimas décadas se ha dado una interesante transición desde un modelo de salud curativo enmarcado en una perspectiva biológica hasta un modelo de salud más amplio y complejo. Este cambio está profundamente matizado por la evolución de los valores y normas sociales y por la cada vez mayor multiculturalidad de las comunidades. En un modelo positivo de salud el énfasis se pone en el individuo y en su capacidad de ser proactivo, resiliente, en sus recursos (psicológicos, biológicos, espirituales) en sus potencialidades y competencias, más que, en sus fragilidades o enfermedades.

Hay dos importantes conceptos, que indirectamente ya fueron abordados, los cuales considerados centrales en la temática de la Promoción de Salud y que reflejan este modelo positivo y responsabilizante de la salud. Estos conceptos son: la capacitación y el empoderamiento.

El empoderamiento o *empowerment* en su versión original, se define en este ámbito, como el proceso a través del cual los individuos adquieren mayor control sobre las decisiones y acciones que se relacionan con su salud (OMS, 1998). El empoderamiento

---

puede ser un proceso social, cultural o político, a través del cual los individuos logran expresar sus necesidades, presentar sus preocupaciones, idean estrategias para involucrarse en la toma de decisiones, para promover así una acción política, social y cultural que permita satisfacer sus necesidades. A través de este tipo de procesos los individuos pueden encontrar una correspondencia más próxima entre sus esfuerzos y los resultados obtenidos. En este sentido, la Promoción de la Salud no se limita a desarrollar o reforzar las capacidades o competencias de los individuos, sino que también, como ya anteriormente subrayamos, tiene la responsabilidad de influenciar las condiciones económicas y sociales subyacentes, creando un escenario favorable para el ejercicio de una toma de decisiones sobre la salud consciente y responsable.

El concepto de *enabling* (capacitar), significa trabajar en colaboración con los individuos y los grupos en el sentido de darles poder a través de la movilización de los recursos humanos y materiales para promover y proteger la salud (OMS, 1998). Esta definición enfatiza el empoderamiento a través de la colaboración y de la movilización de los recursos, centrando así la atención en el importante papel de los profesionales de salud que actúan como catalizadores para la acción de promoción de la salud.

No obstante, en el cambio de paradigma de salud que anteriormente referimos, queda camino por hacer. Lo que llamamos indicadores de salud son en sí, indicadores de cuidados de salud, como afirman Pender et al. (2006). Los indicadores de salud son definidos por la OMS (1998) como las características de los individuos, de la población o del entorno que son objeto de evaluación (directa o indirecta) y que pueden ser usadas para describir uno o más aspectos de la salud de los individuos o poblaciones en términos de calidad, cantidad o tiempo. Las tasas de morbilidad y mortalidad siguen siendo indicadores ampliamente divulgados cuando se pretende referenciar la salud de una población. El hecho es que, en realidad, no reflejan el nivel de salud de una población o comunidad, pero

---

sí su nivel de enfermedad. En este sentido, es importante utilizar indicadores positivos de salud, ya sea desde la perspectiva individual como de la población. Como ejemplos podemos mencionar la calidad de vida (condiciones de vida como hábitos alimenticios, ejercicio físico y ocupación del tiempo libre), alfabetización sanitaria, políticas de salud pública (como por ejemplo: número de escuelas, hospitales y ciudades promotoras de la salud). Así, la Promoción de la Salud surge como el conjunto de estrategias que conducen a los individuos y comunidades al conocimiento y a la optimización de su potencial de salud y consecuentemente a la ampliación de su nivel de salud.

En 1978, en la Conferencia Internacional de Alma-Ata se identificó como una estrategia básica para la Promoción de la Salud, la Educación para la Salud (OMS, 1998). Este concepto, puede definirse como una combinación planificada de aprendizajes y experiencias, destinadas a facilitar los cambios voluntarios hacia comportamientos saludables, es decir, un conjunto elaborado y coherente de intervenciones hacia la persona y/o al grupo, que deben ayudar al individuo a querer, poder y saber elegir y a adoptar de forma responsable y libre las actitudes y los comportamientos adecuados para favorecer su salud y la de su grupo.

En 1998 la OMS refiere que la Educación para la Salud engloba oportunidades para el aprendizaje conscientemente (intencionalmente) desarrolladas y que implican alguna forma de comunicación con el objetivo de mejorar la alfabetización sanitaria e incluyendo el incremento de los conocimientos y el desarrollo de competencias que pueden conducir a la salud individual y comunitaria. La OMS resalta que la educación para la salud no se limita solo a la transmisión de información sino también al fomento de la motivación, de las competencias y de la confianza necesaria para poder actuar en cada situación específica con el fin de optimizar el nivel de salud de los individuos y/o comunidades.

---

En este contexto, y en una línea que compartimos profundamente, Regateiro (citado en Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005, p.7) subraya que:

Información no es conocimiento y el conocimiento sin la integración en un sistema de valores no es educación. Exigente como es, únicamente cuando estén cumplidas las etapas de la información y del conocimiento, tendrá lugar un efectivo proceso de educación para la salud. Y será entonces el juicio personal sobre el bien y el mal el que determine un eventual compromiso y el que apoye la acción. Una acción responsable y responsabilizante, una acción traductora de un cambio de actitudes y de comportamientos.

Como decíamos, esta transcripción nos parece extraordinariamente interesante e importante, ya que deja claro que educar para la salud es un proceso, complejo y cooperativo, en el sentido que es un trayecto que tiene que ser hecho por el educador y por el individuo, siendo ambos actores activos. Para los profesionales de la salud también es importante que quede claro que, este proceso no siempre es corto sino que, al contrario, con frecuencia exige la coordinación sistemática y continuada de varias estrategias y varios profesionales en distintos momentos para lograr obtener buenos resultados.

Surge aquí otro importante concepto, que son los resultados de salud (outcomes). Es importante tener presente que éstos permiten evaluar las intervenciones, por lo que es fundamental que sean contemplados de una forma clara en la planificación inicial de las estrategias de Promoción de la Salud y específicamente en la Educación para la Salud. La OMS (1998) propone tres categorías de resultados sobre las cuales nos parece importante reflexionar:

1. Resultados de Salud (health outcomes), los cuales se traducen en un cambio en el status de salud de un individuo, grupo o población, siendo este cambio atribuible a una intervención o a un conjunto de intervenciones planificadas;



2. Resultados de la Promoción de la Salud (health promotion outcomes), considerados como los cambios en las características y competencias personales, en las acciones y normas sociales, y / o en las practicas organizacionales o políticas, atribuibles a actividades de Promoción de la Salud;

3. Resultados de Salud Intermedios (Intermediate health outcomes) son aquellos que se reflejan en los cambios de los determinantes de salud – cambios en las condiciones y estilos de vida –, atribuibles a intervenciones planificadas de promoción de la salud o prevención de la enfermedad.

En este sentido, promover la salud consiste en proporcionar a los individuos y comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella. Esta es una definición adoptada por la Carta de Ottawa en el año 1986, donde emergió el importante concepto “enabling”, ya anteriormente mencionado, que en su sentido original significa otorgar los medios y las oportunidades, hacer posible, poner en práctica y dar el poder legal, capacidad o autorización. En este sentido, para poder alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz (tener las competencias y los recursos) de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse a su medio ambiente.

Podemos concluir así, que uno de los aspectos fundamentales para la Promoción de la Salud está constituido por las estrategias que los profesionales de salud encuentran, para proporcionar herramientas que permitan estimular en las personas la posibilidad de transformar sus comportamientos, con el objetivo de incrementar su nivel de salud y evitar la enfermedad. No nos quedan dudas de que, para lograr estos resultados, es un imperativo el que, los individuos comprendan el por qué de sus decisiones y cuales son los recursos de apoyo para el mantenimiento de los comportamientos saludables. Además, todo este proceso se basa en la relación que se desarrolla entre el profesional y el individuo, siendo

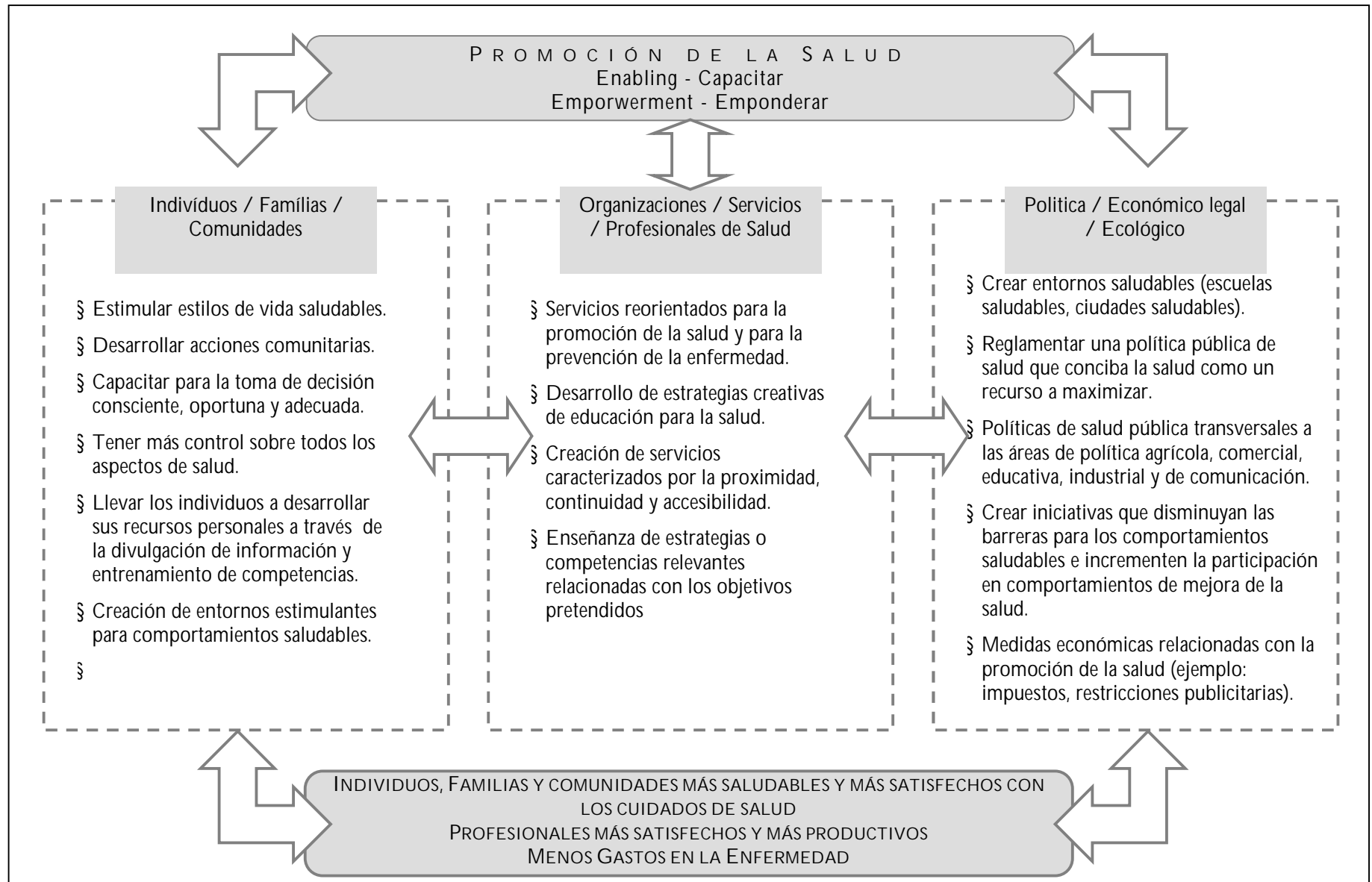
---

ésta la que proporciona el substrato a partir del cual se pueden delinear estrategias de intervención.

Así, las intervenciones de Promoción de la Salud surgen íntimamente conectadas con los profesionales sanitarios y con los caminos que éstos encuentran para acercarse a los individuos y contribuir a la mejora de su salud. El “cuidar”, un concepto profundamente relacionado con la profesión de Enfermería, es una noción que surge descrita ya en la versión original de la Declaración de Alma – Ata, presentando una connotación amplia e integral, traduciendo relaciones horizontales, simétricas, participativas e intervenciones intersectoriales. Nos muestra una concepción del individuo, el sujeto de los cuidados de salud, como participante y cómplice. No obstante, estos conceptos contrastan, aún 25 años después, con la práctica en los Cuidados de Salud: verticales, asimétricos y no participativos, unisectoriales y con programas y servicios demasiado específicos y aislados.

En este capítulo hemos intentado dar una visión global de los conceptos más importantes relacionados con la Promoción de la Salud, constatando que se interrelacionan profundamente y que cada uno de ellos aporta contribuciones a los otros. También hemos podido verificar un alto nivel de complejidad tanto en el concepto de Promoción de la Salud como en las intervenciones que la tienen por objetivo. Así, en la Ilustración nº 1, tratamos de representar esquemáticamente la multidimensionalidad de la Promoción de la Salud destacando, dos de los principales conceptos (empoderamiento y capacitación), los actores y los resultados.

ILUSTRACIÓN N° 1 – La complejidad multidimensional de la Promoción de la Salud



### 1.2.2. MODELOS Y TEORÍAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el amplio campo de la Promoción de la Salud han surgido a lo largo de los últimos años varias teorías y modelos que, desde distintas perspectivas, procuran encontrar caminos para comprender los comportamientos saludables de los individuos, la forma en la que se adhieren a ellos y cómo los mantienen o no. Estos caminos nos permiten un acercamiento a los individuos y en diferentes medidas, nos proporcionan herramientas para predecir o anticipar formas de estar y actuar menos adaptadas en las cuales podemos intervenir preventivamente y así promover la salud o prevenir la enfermedad.

No obstante la presente investigación no tenga como objetivo central estudiar un determinado comportamiento de salud, o lo que es lo mismo, un cambio conductual, si tiene como objetivo el estudio del proceso o instrumento básico (la relación profesional de la salud – usuario) sin el cual ninguna estrategia de intervención tiene significado. Consideramos inevitable presentar en este apartado las teorías y modelos más significativas en este contexto y sus principales conceptos.

Una teoría es el conjunto de conceptos, definiciones y principios que permiten una visión sistemática de los acontecimientos o situaciones a través de la especificación de las relaciones entre las variables o, dicho en otras palabras, a través de la explicación y predicción de los eventos o situaciones (Noar & Zimmerman, 2005). Reflexionando sobre esta definición podemos concluir que necesitamos una primera mirada a través de la teoría para que cuando nos enfrentemos a las situaciones, podamos abarcar toda su complejidad, comprendiendo mejor los determinantes y los procesos inherentes a los comportamientos de salud y también a las personas que los desarrollan.

Glanz & Maddock (2000) hicieron una revisión de contenidos de 24 revistas científicas relacionadas con la Educación de la Salud, Medicina y Ciencias Conductuales, publicados entre el año 1991 y 1994, verificando que entre los modelos o teorías más utilizados y citados en los artículos estaban: el Modelo de Creencias sobre la Salud, la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (autoeficacia), la Teoría de la Acción Razonada / la Teoría del Comportamiento Planificado y el Modelo Transteórico.

A continuación expondremos aquellos modelos y teorías, que consideramos más relevantes por su amplia utilización en investigaciones en este contexto y por su estrecha vinculación teórica con los principios que sustentan la presente investigación. Para su exposición hemos optado por organizarlos cronológicamente.

### 1.2.2.1. MODELO DE CREENCIAS SOBRE LA SALUD

El modelo de Creencias sobre la Salud (MCS), fue primeramente formulado en la década de 1950 por los psicólogos sociales Godfry Hochbaum, Howard Leventhal, Irwin Rosenstock y Stephen Kegeles, los cuales trabajaban en el servicio de salud pública americano. Se originó ante la necesidad de encontrar respuestas a problemas prácticos de promoción de comportamientos de salud, específicamente después del fracaso de un programa gratuito de detección de la tuberculosis. Este modelo se proponía explicar o comprender por qué algunas personas que no están enfermas se involucran en acciones preventivas de salud y en contrapartida otras no llegan a adoptar comportamientos saludables. Así, los autores del modelo pretendían encontrar una explicación para los comportamientos preventivos / protectores en base a variables psicosociales, enmarcados en un conjunto de teorías psicológicas anteriores, como la teoría del campo social de Lewin (Rosenstock, 1974).

Como señala Rosenstock (1974), el Modelo en su versión inicial se fundamenta en las siguientes proposiciones: para que un individuo logre decidir actuar para prevenir una enfermedad, debe creer que es vulnerable a esa enfermedad, que su ocurrencia tendrá implicaciones, por lo menos de moderada gravedad, en algún componente o dimensión de su vida y que la opción de adoptar determinada conducta será beneficiosa para la reducción de la vulnerabilidad a esa enfermedad, o si ésta ya se manifestó, para la reducción de su gravedad y además, evaluará si esa conducta conlleva o no la superación de determinadas barreras o costes (económicos, físicos, psicológicos). El autor habla también en el modelo del concepto de "claves" para la acción, de modo que las creencias

---

proporcionan la preparación para la acción y las claves (acontecimientos clave internos o externos) “disparan” la acción, es decir, desencadenan su inicio.

Como clarifican Sheeran & Abraham (1996), el MCS se ubica en dos aspectos de las representaciones individuales de salud y de comportamientos de salud: la percepción de amenaza y la evaluación conductual. La percepción de la amenaza es entendida como dependiente de dos tipos de creencias: la percepción de vulnerabilidad para la enfermedad y la anticipación de la gravedad de sus consecuencias. La evaluación conductual consiste también en dos conjuntos diferentes de creencias, las relativas a los beneficios o eficacia de la conducta de salud sugerida y las relativas a los costes - o barreras - para desarrollar el comportamiento. Estos autores también se refieren a las claves que incian la acción cuando las creencias apropiadas están presentes, describiendo como ejemplos, la percepción individual de síntomas, las influencias sociales y las campañas de educación para la salud.

A lo largo de los años, este modelo enmarcó teóricamente numerosas investigaciones y aunque manteniendo su paradigma básico, el modelo inicial fue reformulado y expandido integrando los nuevos datos que iban surgiendo. Como explican Becker, Maiman, Kirscht, Haefner & Drachman (1977) el modelo originario presentaba una orientación de evitación de la enfermedad. Progresivamente se identificaron motivaciones positivas para la salud, reconociéndose también que los individuos frecuentemente desarrollan acciones que tienen implicaciones para la salud pero por razones que no están relacionadas con ella. Dado que se constató que las personas difieren en su sensibilidad de respuesta a varias clases de incentivos, se añadió al modelo (por los autores anteriormente referidos) la categoría “motivación para la salud”, con la cual, se pretendía representar las diferencias individuales en términos de preocupación por los asuntos relacionados con la salud.

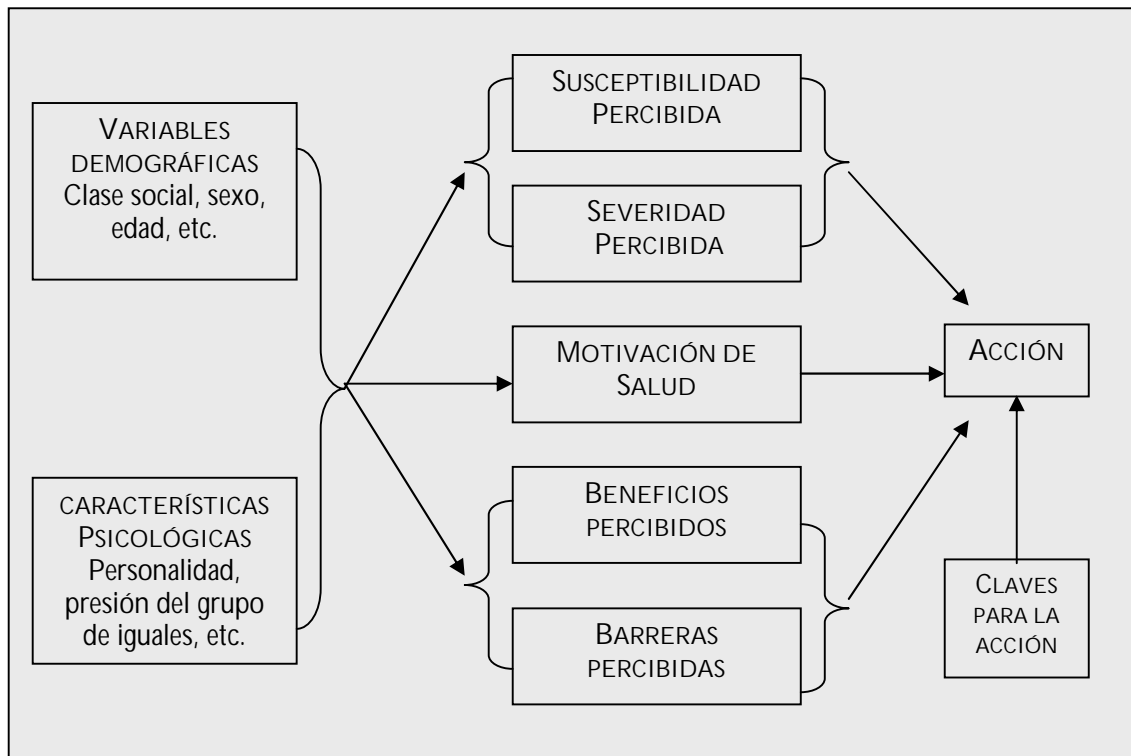
---

Como hemos mencionado anteriormente, este modelo fue reformulado varias veces a lo largo de los años, por autores como Kasl & Cobb (1966), Becker (1974), Becker et al. (1977) o Rosenstock (1988). Fue la primera teoría desarrollada con el objetivo de explicar el comportamiento de salud y de enfermedad y es considerado como uno de los modelos con mayor impacto entre los psicólogos de la salud y también la más utilizada para preparar programas de intervención, siendo la precursora de muchos de los esquemas conceptuales siguientes (Bandura, 1997b; Ribeiro, 1998; Rubio & Anzano, 2002). Dicho modelo ha sido utilizado en numerosos estudios en este ámbito como explicación y predicción de un amplio abanico de comportamientos de salud. Sheeran & Abraham (1996), opinan que el modelo que emergió de toda la investigación realizada presenta la ventaja de especificar un conjunto discreto de cogniciones que aparentemente funcionan como mecanismos intermediarios de los efectos de las variables demográficas y se muestran sensibles a intervenciones de cariz educativo. Consideran también que este modelo puede ser aplicado a una gama, razonablemente, amplia de comportamientos de salud, proporcionando una base de trabajo para la definición de estrategias de salud pública y para el entrenamiento de los profesionales de salud, en el trabajo con las percepciones subjetivas de los individuos relativas a la enfermedad o al tratamiento. Concluyen que el MCS fue un importante "paso adelante" en la investigación en salud pública y también en el ámbito de la teoría sociocognitiva, ya que, focalizó los programas de investigación de los servicios de salud en los aspectos sociocognitivos.

A pesar de que en publicaciones recientes encontremos representaciones del MCS basadas en el modelo original, aquí optamos por representarlo según las variables sugeridas por Becker et al. (1977), específicamente con la inclusión de la motivación en el modelo (Ilustración nº 2).



ILUSTRACIÓN N° 2 – Modelo de Creencias sobre la Salud



Fuente: Sheeran & Abraham (1996, p. 26).

Dada su frecuente utilización en numerosas investigaciones, como ya hemos comentado, el MCS ha sufrido reestructuraciones a lo largo de los años. Así, Rosenstock en 1988, consideró que se debía añadir al Modelo el concepto de autoeficacia definido por Albert Bandura en 1977, justificando que los individuos pueden creer en la efectividad y beneficios de un determinado régimen terapéutico pero aún así no lograr cumplirlo si no creen tener las competencias para llevarlo a cabo adecuadamente. De esta manera y según este autor, el MCS a partir de ese momento debería ser formulado de la siguiente forma: la adherencia de un individuo a un régimen (recomendaciones terapéuticas o preventivas) depende de la medida en que éste está motivado o interesado en su salud (aspecto que proporciona un incentivo al comportamiento) y de la medida en que éste cree:

1. que en ese momento es vulnerable a la enfermedad,
2. que los efectos o consecuencias de la posible enfermedad son graves,
3. que hay beneficios en la adherencia a un comportamiento de salud específico,
4. que tiene las competencias o capacidad para realizar ese comportamiento,
5. que los beneficios de desarrollar la conducta sugerida se superponen a los costes económicos, sociales y personales.

A pesar de la amplia utilización del Modelo, ha recibido distintas críticas, esencialmente relacionadas con la operacionalización de los conceptos. Así, como refieren Marín (1995) y Sheeran & Abraham (1996) no se han presentado instrucciones específicas ni instrumentos que permitan clarificar y evaluar la relación entre las diferentes creencias centrales del Modelo, con objeto de poder comprender como trabajan éstas conjuntamente y no de forma aislada. Marín (1995) considera también que otra de las limitaciones del MCS es el hecho de que la gran mayoría de estudios efectuados son retrospectivos, resultando imposible determinar si la creencia de salud existía previamente o si esta se desarrolló posteriormente a la conducta realizada. El mismo autor añade además que, basándose en la investigación desarrollada, el MCS parece ser apropiado como modelo explicativo de la conducta preventiva, pero inapropiado para explicar comportamientos de promoción de la salud.

A pesar de las limitaciones identificadas en el Modelo de Creencias sobre la Salud, éste sigue siendo ampliamente utilizado. Como ejemplo destacamos el estudio realizado por Sun, Guo, Wang & Sun (2006) con el cual se pretendía identificar variables significativas en la predicción de la intención de consumo de un suplemento de hierro en la alimentación, utilizando un cuestionario basado en la Teoría del Comportamiento Planificado y en el Modelo de Creencias sobre la Salud. En función de los hallazgos, los autores pudieron concluir que el valor atribuido a la salud, la percepción de vulnerabilidad y gravedad de la

---

deficiencia en hierro presentaban un impacto significativo en la intención conductual de consumirlo; además, las claves para la acción (como factor externo) afectaban también de forma importante a la intención conductual. También Abood, Black & Feral (2003) evaluaron el MCS mediante la promoción de cambios conductuales en los hábitos alimentarios a través de una intervención educativa en el puesto de trabajo. Con el estudio verificaron que después de una intervención de 8 semanas, los beneficios percibidos de una alimentación saludable y los conocimientos sobre hábitos alimentarios saludables se incrementaron significativamente, al tiempo que se produjo, en el grupo de participantes, una disminución en la ingesta de calorías y grasas.

### 1.2.2.2. TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL (ROTTER)

Cada individuo adopta actitudes particulares hacia un determinado problema de salud. Existe el individuo activo que se siente responsable por su estado de salud, existe también aquel que atribuye todo a la suerte o al destino o quien considera como única fuente de su bienestar o malestar a los profesionales de salud, las instituciones, o el estado. Lo que de hecho se verifica, es que, esta actitud inicial condiciona la forma en la que el individuo reacciona hacia diferentes situaciones de salud.

Estas diferentes percepciones del control que los individuos asumen hacia los acontecimientos, fue una temática abordada primeramente por Julian Rotter en el ámbito de la Teoría del Aprendizaje Social (Rotter, 1954), donde tuvo origen el concepto Locus de Control (Rotter, 1966). Rotter define el locus de control, como el conjunto de expectativas generalizadas de control interno versus externo del refuerzo y explica que, éste se refiere básicamente a las expectativas que las personas mantienen en referencia a las relaciones de contingencia versus no contingencia entre los refuerzos y el comportamiento.

El locus de control tiene como base lo que Norman & Bennett (1996) consideran el principio esencial de la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter: la probabilidad de ocurrencia de un determinado comportamiento en relación a una situación concreta, resulta en parte de la expectativa individual de que dicho comportamiento conllevará un determinado refuerzo y por otro lado, de la valoración atribuida a ese refuerzo. En este sentido, Rotter sugiere que el individuo, al enfrentarse a una determinada situación, lo hace dotado de expectativas relativas a los probables resultados de su comportamiento, expectativas estas fundadas en experiencias anteriores. Así, un determinado comportamiento será más frecuente, en la medida en que las experiencias pasadas y

---

presentes sugieran un resultado compensador, verificándose de la misma forma lo contrario (Rotter, 1966).

En este sentido, el locus de control se define como una creencia, una percepción o expectativa de control del refuerzo. Empíricamente estamos de acuerdo con Barros et al. (1993), cuando afirman que la percepción de control promueve reacciones positivas, de igual manera, que la percepción de incontrolabilidad produce desánimo.

Esta percepción de control (control percibido, no control objetivo) se encuentra imbuida de una particularidad: la individualidad. Rotter sugiere que las personas difieren en la forma en la que perciben el origen o "lugar" del control sobre los acontecimientos de sus vidas. Banyard (1996) clarifica que algunas personas sienten que poseen un locus de control externo, lo que significa que no sienten control sobre los acontecimientos, sienten sus vidas están controladas por fuerzas exteriores: "things happen to them" (les pasan cosas). Por otro lado existen personas que se sienten con un locus de control interno, lo que se traduce en una percepción de control sobre los acontecimientos de sus vidas: "they do things" (hacen cosas).

Con referencia al locus de control, Rotter (1975) clarifica que no podemos polarizar, no existe una frontera perfectamente definida entre internalidad / externalidad aunque sí, está presente, un determinado grado de tendencia. Según este autor el control interno versus el control externo se refiere al grado en que las personas esperan que un refuerzo o un resultado de su comportamiento dependa (sea contingente) de su propio comportamiento o de características personales versus el grado en que las personas esperan que el refuerzo o el resultado se dé en función del azar, de la suerte o del destino, o esté bajo el control de otros factores imponderables, o sea, simplemente, imprevisible.

En este sentido, de acuerdo con el grado de tendencia para la internalidad o externalidad, los individuos se asumen con características diferentes. Barros et al. (1993),

---

basándose en diversos autores caracterizan al individuo con locus de control interno de la siguiente manera:

- § Está más atento a los aspectos del medio ambiente que proporcionan informaciones útiles para su futuro comportamiento;
- § Procura mejorar sus condiciones ambientales;
- § Atribuye mayor valor a las competencias o refuerzos de realización, sintiéndose más interesado por sus propias capacidades;
- § Se muestra más informado, más atento y más competente.

Respecto a aspectos afectivo-sociales, estos individuos presentan las siguientes características:

- § Son más tolerantes, sociables, eficaces intelectualmente, más asertivos, altruistas y más resistentes a los grupos de presión;
- § Asumen más los riesgos y tareas que exigen esfuerzo;
- § Son más rápidos a la hora de resolver situaciones, sintiéndose ansiosos si no lo consiguen, dado que, se responsabilizan por su fracaso pudiendo por ello usar menos la expresión de sentimientos y otros mecanismos de defensa.

Platt & Eisenman (1968) resaltan que los individuos con mayor grado de internalidad tienen una mejor perspectiva de los acontecimientos a largo plazo y concluyen que los individuos que solo logran tener en cuenta el presente, tienen bajas probabilidades de tener éxito.

Barros et al. (1993) teniendo también como referencia lo descrito por Rotter, caracterizan a los individuos con un locus de control externo como:

- § Más ansiosos y agresivos debido a la impotencia social y a la frustración;

- 
- § Dogmáticos, desconfiados de sí mismos y de los otros;
  - § Menos intuitivos, más conformistas e influenciables;
  - § Menos activos y altruistas.

En función de lo expuesto, fácilmente podríamos hacer juicios de valor sobre la internalidad / externalidad. Rotter (1975) subraya la importancia de no limitarnos a una dicotomía de malo / bueno, o sea, no es correcto generalizar y considerar que es mejor ser internalista que externalista. Barros et al. (1993) defienden que no es lícito afirmar que cuanto más internalismo mejor y explican que, por ejemplo, un individuo con una fuerte internalidad puede experimentar a veces acentuados sentimientos de culpa cuando la situación no resulta según lo esperado. Consideran también que el individuo con un locus de control externo puede, en determinadas situaciones, tener comportamientos más adaptados a la realidad y además se verifica que en determinadas actividades de competencia, puede estar simultáneamente presente una alta confianza en las propias capacidades y una moderada expectativa de suerte. Fanelli (1977, p. 62) comenta que: "mientras la externalidad pura es patológica por lo que conlleva de desesperanza y rechazo de la responsabilidad, la internalidad pura o extrema es potencialmente patológica ya que desafía a la realidad" Según este autor la posición que revela mayor madurez es aquella en la cual el individuo adopta una internalidad general con un ligero nivel de externalidad.

De esta forma, Rotter considera el locus de control no como una tipología sino como una variable que afecta al comportamiento y que oscila en un continuo entre dos polos. De este modo, el Locus de Control es considerado como una variable sociocognitiva de la personalidad o una cognición menos estable, ya sea a nivel del individuo (que puede cambiar en función de la edad y de las circunstancias), ya sea de los grupos sociales o de las poblaciones (Rotter & Mulry, 1965).

---

Existen factores que se relacionan con la internalidad o externalidad de los individuos. Estos factores pueden ser de orden personal, familiar o sociocultural. Barros et al., (1993) señalan entre otros:

- § La edad (la internalidad aumenta con la edad),
- § El genero (los hombres tienden a ser más internalistas),
- § El nivel de salud (en situaciones de enfermedad grave y prolongada aumenta la externalidad).

Rotter (1975) considera también que las clases sociales mas desfavorecidas tienden a la externalidad, al igual que los individuos pertenecientes a religiones más tradicionales y fanáticas.

En este encuadre, surge una cuestión: ¿el locus de control es una expectativa general?, es decir, ¿un individuo con un elevado grado de internalidad en el medio laboral se comporta de la misma forma en el contexto familiar? Ante estas cuestiones Barros et al. (1993) consideran que existe un substrato mas o menos estable, pero admiten que cada individuo, según las circunstancias en las cuales se encuentra, puede mostrarse tanto internalista como externalista. Rotter (1975) considera el locus de control como una expectativa esencialmente general, no excluyendo las expectativas específicas, pues en su opinión, si las expectativas generales ejercen influencia sobre las específicas, es también a partir de éstas, que se puede producir una generalización.

Este concepto fue ampliamente aplicado en diversos estudios, especialmente en el campo de la educación. Su evaluación fue esencialmente hecha teniendo como base la escala de Rotter I - E, constituida por 29 ítems. Este instrumento fue también aplicado en el ámbito de la salud, aunque su utilización suscitó algunas críticas, las cuales son expuestas por Norman & Bennett (1996):



---

§ El grado de varianza de los comportamientos de salud explicado por la escala de Rotter es típicamente baja.

§ Esta escala conceptualiza el locus de control como un constructo unidimensional.

Cuando la escala de Rotter, en 1966, fue desarrollada y durante algunos años, los datos empíricos soportaban la naturaleza unidimensional de los ítems que la componían. Diez años pasados y cerca de 1.000 estudios publicados relativamente al constructo (Levenson & Miller, 1976), el análisis factorial en diversas investigaciones indicaba la presencia de varios factores en la escala I – E de Rotter, además, en los estudios se hallaban diferencias conductuales dentro del grupo de individuos identificados como externos. Rotter (1975, p. 66), en este contexto afirma que “nuevos métodos de evaluación y nuevas escalas, generales o más específicas, pueden ser necesarias y están justificadas”.

Hanna Levenson fue una importante autora en la conceptualización del constructo de Locus de Control como multidimensional, sus trabajos abarcaron varias áreas, específicamente en la clarificación de la relación entre el Locus de Control y el activismo sociopolítico y también en el ámbito de los pacientes psiquiátricos. Así, en el inicio de los años 70 Levenson (1974) desarrolló las 3 escalas de Locus de Control: Interno, Otros Poderosos y Suerte, este trabajo tubo como principal objetivo el de evaluar las creencias en la suerte o en el destino separadamente de las orientadas relativas a los otros poderosos, en el contexto de la dimensión externa del Locus de Control (Levenson & Miller, 1976). Estos autores explican que la justificación para la diferenciación entre los dos tipos de individuos externos se emana de que, las personas que creen que el mundo y su entorno no tienen orden, se comportarán y pensarán de forma diferente aquellas que creen que el mundo sí tiene un orden, pero que otros poderosos tienen el control. En estos últimos, según los autores anteriormente referidos, está presente un potencial para el control.

---

Deste modo la escala multidimensional de Locus de Control de Levenson, surgió como un instrumento autoaplicado, siendo que cada una de las tres escalas estaba compuesta por 8 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, aspecto este también alterado relativamente a la escala original de Rotter, donde el formato de respuesta era dicotómico. La escala era presentada a los individuos como un instrumento único de 24 ítems con un valor total esperado de 0 – 48 puntos.

De sus estudios Levenson (Levenson, 1973 a); Levenson, 1973 b); Levenson & Miller, 1976) llegó a varias conclusiones acerca de los individuos y de la forma como el Locus de Control está presente en varios aspectos de sus vidas. Así y relativamente a los patrones conductuales de los padres, la autora concluyó que estos se asocian a las expectativas de control desarrolladas por los hijos, siendo que para los varones, la internalidad se relacionaba positivamente con el comportamiento instrumental percibido en las madres, mientras que para las hembras la internalidad se relacionaba negativamente con las conductas protectoras de las mismas. Constató también en este contexto que, los individuos que refirieron que sus padres tenían conductas más punitivas y controladoras tenían mayores expectativas de control en los Otros Poderosos, mientras que los individuos que percibían su padres como utilizando patrones de conducta impredecibles presentaban expectativas de control orientadas para la Suerte. En otro ámbito, concluyó también que la dimensión de internalidad del constructo se predispone más al cambio comparativamente con las dimensiones externas, que son más impermeables.

Wallston, Kaplan & Maides (1976), con base en investigaciones que identificaban relaciones entre la internalidad del locus de control, la salud física y el bienestar de los individuos, desarrollaron la Escala de Locus de Control para la Salud con el objetivo de evaluar el área específica de relaciones entre las expectativas de control del individuo y los comportamientos relacionados con la salud. Justificaban la creación de un nuevo

---

instrumento, pues, en su opinión era difícil predecir un comportamiento en un área específica como la salud, utilizando medidas de expectativas generales, como era el caso de la escala I – E de Rotter, concluyendo que: “cuanto más específico el instrumento, mejor la posibilidad de predicción de un determinado comportamiento en una situación particular” (p.584). La escala creada contenía 11 ítems relativos a las dos dimensiones del constructo: interno y externo, la escala de respuesta se presentaba con respuesta tipo Likert de 6 puntos. Así, Wallston et al. (1976), en ese momento, consideran que este es un primer intento de operacionalizar el constructo de locus de control relacionado con la salud, opinando que más investigación es necesaria en este contexto.

En el año 1978 Wallston, Wallston & DeVellis desarrollaron la Escala Multidimensional de Locus de Control para la Salud - “Multidimensional Health Locus of Control” – MHLC.

#### Investigaciones sobre Locus de Control para la Salud

La escala multidimensional de locus de control para la salud evalúa así, las expectativas generales de control con relación a la salud a lo largo de 3 dimensiones:

- 1ª Dimensión: Evalúa la medida en que los individuos acreditan que su salud es resultado de sus propias acciones;
- 2ª Dimensión: Evalúa la medida en que los individuos sienten su salud bajo el control de otros factores imponderables;
- 3ª Dimensión: Evalúa la medida en que los individuos acreditan que su salud deriva de la suerte o del destino (Norman & Bennett, 1996).

Weinman (1990) destaca algunas características importantes, según el locus de control de los individuos, relativas a la promoción de la salud, área en la cual se inserta la

---

presente investigación. Considera que los individuos “internos” tienen más probabilidad de adoptar comportamientos de tipo preventivo, mientras que los que confían en “los otros poderosos” presentan dificultad en orientar y organizar su propio tratamiento a no ser que éste sea cuidadosamente especificado y monitorizado por un profesional de salud. Añade también, basándose en estudios efectuados previamente, que “internalistas” y “externalistas” presentan diferencias relativas a sus necesidades en términos de comunicación. Los internalistas, en general, necesitan sentirse más y mejor informados sobre su situación de salud, pronóstico y tratamiento, solicitando informaciones más específicas y detalladas en contraposición a los externalistas que parecen darse por satisfechos con un nivel de información más general y menos pormenorizada. Ogden (1999) corrobora esta constatación afirmando que el locus de control para la salud está relacionado con el hecho de que los individuos logren o no modificar sus comportamientos y con el tipo y el estilo de comunicación que esperen obtener de los profesionales de salud.

Sin embargo, Norman & Bennett (1996) enfatizan la importancia de reconocer y aceptar las diferencias individuales, puesto que todas ellas presentan aspectos positivos en diferentes circunstancias. De esta forma, además de saberse que los individuos con un locus de control interno se adhieren más fácilmente a actividades de promoción para la salud, se constata que los individuos cuyo locus de control se sitúa en los “otros poderosos” pueden tener ventajas, particularmente en el curso de enfermedades crónicas. Defienden también que en situaciones en las cuales queda poco por hacer en lo relativo a modificaciones en el estatus de salud, un locus de control moderadamente centrado en la suerte puede tener un importante componente adaptativo.

Se evidencia por tanto la importancia de este concepto en la evaluación de las particularidades de cada usuario, con el objetivo de focalizar adecuadamente las intervenciones para la Promoción de la Salud. En este sentido, es fundamental en una

---

consulta de atención al embarazo, el conocimiento de la mujer / pareja en cuanto a sus expectativas de control con el fin de adecuar el tipo de información proporcionada, la periodicidad de la atención de salud y las expectativas de adherencia y éxito, en función de los objetivos conjuntamente definidos.

Esta variable ha sido evaluada en numerosos contextos de salud. Por ejemplo, podemos citar el estudio realizado por Koo, Krass & Aslani (2006) con el objetivo de investigar la influencia de factores del paciente en la búsqueda y lectura de información médica escrita. En dicho estudio se concluyó que el locus de control para la salud es una de las variables que influye significativamente en este aspecto. También Williams-Piehot, Schneider, Pizarro, Mowad & Salovey (2004) estudiaron la relación entre el locus de control y la información, en una investigación en la cual se pretendía estudiar la eficacia de adecuar el tipo del mensaje de salud a la percepción individual de locus de control, para promover la realización de mamografías en una muestra de mujeres. Se verificó que las mujeres que recibieron información consistente con sus creencias de locus de control presentaron una mayor probabilidad de realizar una mamografía entre los 6 y los 12 meses después de la intervención. Consideramos igualmente muy interesante la investigación llevada a cabo por Braman & Gómez (2004), cuyo objetivo era valorar la influencia de las variables de personalidad en la predicción del tipo de relación que los usuarios prefieren establecer con el médico, en términos de tipo de información y nivel de toma de decisión, constatándose que individuos con un locus de control centrado en los "otros poderosos" exhiben menor probabilidad de buscar información y tomar decisiones relativas a la salud.

### 1.2.2.3. TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN PROTECTORA

La Teoría de la Motivación Protectora (TMP) fue originalmente propuesta por Ronald Rogers en el año 1975, con el objetivo de especificar un conjunto de variables que consideraba cruciales en el ámbito de la comunicación en salud. Este tipo de comunicación se basa en el estímulo elicitor de miedo, definiéndose también en ella, el proceso cognitivo mediador en la aceptación por parte del usuario, de las recomendaciones emitidas por el profesional de salud. El autor considera que la TMP permitirá comprender los efectos del miedo en el cambio conductual y considera que su teoría se puede incluir en la categoría general de las teorías que utilizan conceptos de "expectativa-valor" (Rogers, 1975).

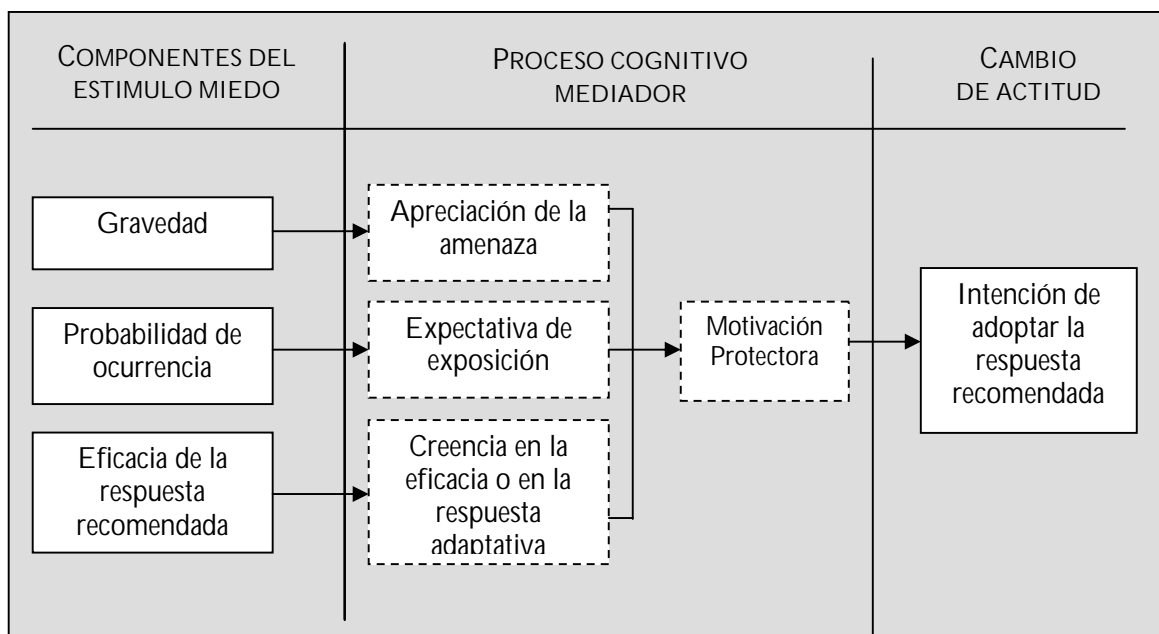
Como comentan Boer & Seydel (1996), la TMP surgió en el contexto de la comunicación inductora del miedo, donde el aspecto central de investigación se ubicaba en clarificar si este tipo de comunicación podría, en sí misma, influenciar cogniciones, actitudes, intenciones conductuales y comportamientos de salud. Rogers (1975) considera el miedo como un constructo relacional, que surge en respuesta a una situación que se juzga como peligrosa y hacia la cual el individuo desarrolla una acción protectora. Acorde con el autor de la TMP, la comunicación inductora de miedo inicia un proceso de evaluación cognitiva relacionada con tres componentes:

1. La nocividad o gravedad del evento amenazador,
2. La probabilidad de ocurrencia del evento, y
3. La eficacia de una respuesta adaptativa recomendada.

Un abordaje basado en este tipo de estímulo (miedo o amenaza) puede presentar información relativa a cualquier de los tres componentes referidos, individualmente o en combinación. El autor asume, como ya hemos comentado, que cada uno de los componentes del estímulo de amenaza, estando presentes, inducen el inicio de un proceso cognitivo de mediación.

Como se puede observar en la Ilustración nº 3, en la que tratamos de esquematizar el modelo según la visión original de Rogers, cada proceso empieza con la evaluación de la información sobre gravedad, probabilidad y eficacia, situando así cada estímulo en la dimensión de apreciación de la amenaza, expectativa de exposición y creencia en la eficacia de la conducta adaptativa, respectivamente.

ILUSTRACIÓN nº 3 – Teoría de la Motivación Protectora



Fuente: Rogers (1975, p.99)

Hay que mencionar también que el autor (Rogers, 1975) considera que los diferentes procesos cognitivos inducidos por cada estímulo serán considerados

---

independientemente y cada uno de los procesos de evaluación será proporcional a la fuerza de la variable ambiental asociada. Se subraya de esta manera, un aspecto que nos parece relevante, puesto que los procesos cognitivos mencionados son, en su esencia, representaciones de eventos externos e internos y se encuentran relacionados con estímulos observables y respuestas posibles de evaluación. Por lo tanto, la evaluación cognitiva de una amenaza presupone que el estímulo ambiental recibió atención y fue comprendido.

Rogers (1975) teoriza también, que los tres procesos cognitivos son mediadores de los efectos de los componentes de la amenaza en las actitudes, a través de la evaluación de lo que se denominará "motivación para la protección". La intención de adoptar las recomendaciones del profesional de salud (comunicador) está mediada por la "cantidad" de motivación desarrollada para la protección. El autor señala que, en este contexto, la motivación para la protección es una variable interventora que tiene las características típicas de un motivo: inicia, sustenta y dirige la acción.

Por lo tanto, uno de los postulados básicos formulados en la Teoría de la Motivación Protectora es que la motivación para la protección surge de la evaluación cognitiva que se hace de un determinado evento como amenazador y que presenta una alta probabilidad de ocurrencia, conjuntamente con la creencia de que la respuesta adaptativa recomendada puede efectivamente prevenir la ocurrencia del mismo. Así, si un determinado acontecimiento no es evaluado como amenazador, con probabilidad de que pueda realmente ocurrir o si no hay nada que se pueda hacer para solucionarlo, entonces, no se desarrollará ningún nivel de motivación para la protección y consecuentemente no habrá ningún cambio conductual. Además, Rogers (1975) define otro importante postulado: la motivación protectora es una función multiplicativa de los tres procesos mediadores, de modo que si uno de ellos está ausente, no se iniciará ningún nivel de motivación. Siendo así, podemos decir que: cuando hay un aumento progresivo de



---

amenaza, una alta probabilidad de ocurrencia y una alta eficacia de la respuesta adaptativa, deberá estar presente una mayor aceptación o adherencia a las recomendaciones del profesional de salud (comunicador); lo contrario se traducirá en la presencia de bajos niveles de las variables referidas.

El autor, destaca que en la TMP las variables individuales no ocupan un especial protagonismo, aunque sí se asume, que todas ellas son igualmente potentes en su capacidad para cambiar actitudes. En este sentido y sintetizando, diremos que de acuerdo con la Teoría de la Motivación Protectora las personas evalúan la gravedad y la probabilidad de exposición a un determinado evento amenazador y evalúan su capacidad de desarrollar conductas adaptativas, alterando consecuentemente sus actitudes. Rogers insiste que en la formulación propuesta, el cambio de actitud no está mediado por el estado emocional de miedo, aunque sí, se produce en función del nivel de motivación protectora desarrollada en base a los procesos de evaluación cognitiva. Así, lo importante es el proceso cognitivo y la motivación para la protección y no el miedo como emoción.

En el año 1983 se hizo una revisión de la Teoría de la Motivación Protectora (Maddux & Rogers, 1983) incorporándose la expectativa de autoeficacia como cuarto proceso cognitivo. Los autores consideran que la reformulación presentada puede ser útil como modelo general de cambio actitudinal. Así, en el modelo general de cambio de actitud con la incorporación de la motivación para la protección y la autoeficacia, se incluyen ahora cuatro componentes básicos:

1. Expectativa de resultado del comportamiento actual,
2. Expectativa de resultado del comportamiento alternativo,
3. Autoeficacia (para el comportamiento alternativo) y
4. Valor relativo de los diferentes conjuntos de resultados.

---

Esta teoría sigue siendo actualmente utilizada en la comprensión de comportamientos de salud desarrollados por los individuos y también en la planificación de programas de intervención en el ámbito de la promoción de la salud o prevención de la enfermedad, como bien lo demuestra el estudio realizado por Grunfeld (2004). Este autor se propuso aplicar la Teoría de la Motivación Protectora para examinar la realización de conductas de salud en relación a la exposición excesiva al sol en adolescentes, comprobando que los componentes de evaluación del peligro de la TMP son fuertes predictores de la intención de desarrollar comportamientos seguros. También, Helmes (2002) aplicó la TMP para investigar los indicadores de la motivación en un grupo de mujeres de realizarse un test genético para la evaluación del riesgo de cáncer de mama. Los resultados indicaron que las mujeres que manifestaron mayor motivación para su realización fueron aquellas que presentaron más preocupaciones relativas al cáncer de mama (influenciadas por el riesgo percibido) y más desventajas en no hacer el test, manifestaron mayor motivación para su realización. Fueron igualmente evaluadas las intenciones conductuales a la luz de la TMP en la investigación realizada por Greening & Stoppelbein (2000), en la cual se pretendía valorar las intenciones de beber alcohol y conducir en una muestra de jóvenes conductores. Los resultados llevaron los autores a afirmar que, la aplicación de la TMP permitió prever las intenciones de beber y conducir: dos de las variables de evaluación de amenaza, en este caso la recompensa de beber y conducir y la vulnerabilidad personal para los riesgos potenciales, emergieron como indicadores significativos de las intenciones de beber y conducir.

A lo largo de los años, la utilización de esta Teoría como marco de un amplio abanico de investigaciones ha ido permitiendo identificar sus debilidades y también sus aspectos más positivos. Como señalan Boer & Seydel (1996), la Teoría de la Motivación Protectora puede verse como una teoría híbrida, donde tres de sus componentes tuvieron origen en el Modelo de Creencias sobre la Salud: vulnerabilidad, gravedad y respuesta y el

---

cuarto componente, la autoeficacia, provino de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura. No obstante, los autores anteriormente mencionados consideran que, basándose en las múltiples correlaciones encontradas en los numerosos estudios realizados, puede afirmarse que la TMP puede utilizarse como un fructífero modelo para la predicción de la intención de desarrollar comportamientos de salud preventivos. También Rubio & Anzano (2002) consideran que esta formulación presenta, indudablemente, importantes implicaciones para la intervención siendo la más importante que en determinadas circunstancias, destacar el riesgo puede ser tan eficaz como proporcionar información a los individuos para desarrollar su autoeficacia.

#### 1.2.2.4. TEORÍA COGNITIVO – SOCIAL DE BANDURA

Albert Bandura, psicólogo de la Universidad de Stanford, formó parte de la segunda generación de psicólogos del aprendizaje, frecuentemente designados como neobehavioristas. Este grupo se caracteriza principalmente por introducir factores sociales y cognitivos en las teorías del aprendizaje y por la insistencia en que la gran mayoría de refuerzos son de naturaleza social – como por ejemplo, la aprobación, el interés y la aceptación (Hansenne, 2004).

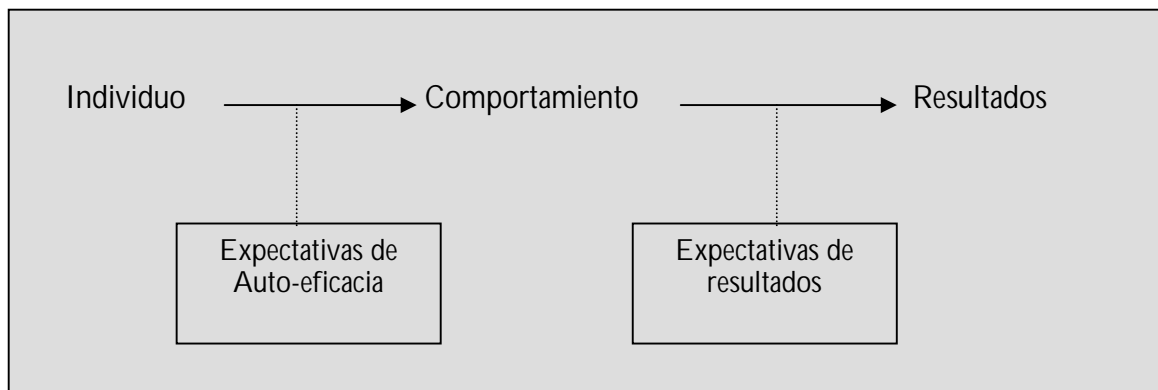
Uno de los ejes de la teoría de Bandura es el aprendizaje a través de la observación; se defiende que, basándonos en la observación del comportamiento de los otros construimos una idea de cómo se producen los nuevos comportamientos. Según Hansenne (2004), otro de los aspectos centrales de esta teoría es la idea de que los comportamientos están simultáneamente determinados por factores ambientales y por factores personales. Estos últimos serán factores cognitivos como las creencias, las expectativas y las autopercepciones, pero también incluyen variables biológicas. Por todo esto, se considera que es una teoría cognitivo-social del aprendizaje. El individuo no está a merced del ambiente, pero sí interactúa con él. Como defiende Bandura (1977), las personas no simplemente reaccionan a las influencias externas, sino que seleccionan, organizan y transforman los estímulos que les llegan de su entorno.

Este abordaje teórico considera que el comportamiento está gobernado por expectativas, incentivos y cogniciones sociales. En lo que respecta a las expectativas encontramos concretamente dos tipos distintos, tal y como se representa en la Ilustración nº 4:

§ Las expectativas relativas a los resultados, se traducen en la estimación que el individuo hace de que un determinado comportamiento conllevará un determinado resultado;

§ Las expectativas con relación a la autoeficacia, se traducen en la convicción que el individuo tenga sobre la propia capacidad para ejecutar con éxito el comportamiento necesario para producir un determinado resultado.

ILUSTRACIÓN n° 4 – Expectativas de autoeficacia *versus* expectativas de resultados



Fuente: Bandura (1977, p. 79)

Según Pender et al. (2006) la teoría del Aprendizaje Social es un importante abordaje teórico para explicar el comportamiento humano y en los últimos años ha sido utilizado con frecuencia, como referencia, para el diseño de intervenciones de cambio del comportamiento individual.

### La Teoría de la Autoeficacia

La teoría de la autoeficacia es un componente de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura. Esta teoría propone que las creencias individuales relativas a las capacidades

---

personales predican la ejecución de determinados comportamientos, asumiéndose que un fuerte sentido de eficacia personal se relaciona con un mejor nivel de salud y de realización y una mayor integración social. Bandura reconoce que la autoeficacia es el concepto clave de la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1997b).

La creencia de poder actuar adecuadamente en una situación particular, fue definida como concepto por Bandura en 1977 y denominada como autoeficacia. Este autor defiende que "among the different aspects of self-knowledge, perhaps none is more influential in people's everyday lives than conceptions of their personal efficacy" (Bandura, 1986, p. 390).

Bandura (1997) afirma que los niveles de motivación, los estados afectivos y los comportamientos de los individuos están esencialmente basados en sus creencias más que en los hechos reales o causas. En esta línea, el autor afirma que la percepción de autoeficacia es relativa a las convicciones que los individuos poseen sobre sus capacidades de organización y ejecución de acciones, en cuanto a la capacidad para manejar acontecimientos probables. Añade también que estas creencias están influenciadas por el sentido de la acción elegido, el esfuerzo realizado, el tiempo de persistencia de los obstáculos, las experiencias de fracaso, la resistencia frente a la adversidad, la forma en la que los patrones de pensamiento funcionan de cara al estímulo negativo o positivo, determinando todo ello los niveles de estrés y depresión experimentados, al manejar sobrecargas de exigencias ambientales y los niveles de realización. Como refiere Hasenne (2004), en cierta medida, la percepción de autoeficacia es una evaluación de nuestras competencias y capacidades.

Según Ribeiro (1995) la teoría de la autoeficacia presentada por Bandura apunta una de las variables más importantes de los últimos años en el ámbito de la promoción y de la protección de la salud y también en la prevención y rehabilitación de las enfermedades. El mismo autor, basándose en Bandura, defiende que los individuos tienden a evitar las

---

situaciones que juzgan que exceden sus capacidades y a enfrentarse a aquellas que juzgan que son capaces de manejar. De hecho, cuanto mayor es la percepción de eficacia más persistente es el esfuerzo: aquellos que se sienten incapaces de hacer frente a las exigencias de la situación evitan implicarse en ella recurriendo a las más variadas justificaciones. Estas preocupaciones dificultan la acción y hacen que los individuos aparten la atención de la tarea para centrarla en sí mismos.

O'Leary (1992) defiende que la autoeficacia ejerce influencia sobre la salud de dos formas distintas:

§ A través de la práctica de comportamientos que influyen la salud, puesto que los individuos con percepciones elevadas de autoeficacia adoptan con más facilidad comportamientos de promoción de la salud, modificando los comportamientos que son perjudiciales;

§ A través de la respuesta fisiológica al estrés, por la reducción de su impacto negativo.

Bandura (1977) resalta que las expectativas de autoeficacia se traducen en la convicción de ejecutar con éxito los comportamientos necesarios para producir las consecuencias deseadas. Cerdeira & Palenzuela (1998) defienden que este concepto puede ser entendido como una experiencia de control percibido, puesto que, incluye creencias relativas a las capacidades que los individuos poseen para movilizar los recursos cognitivos, motivacionales y conductuales necesarios para controlar las exigencias de las tareas.

De esta manera, vemos como la forma en la que los individuos juzgan sus capacidades para producir y manejar los acontecimientos de su vida, afecta a su motivación, a sus patrones de pensamiento, a su comportamiento y a sus emociones. Aquellos que creen que no serán capaces de hacer frente a los eventos que surgen en su día a día, tienen que enfrentarse a sus miedos e inseguridades tendiendo a imaginar que las dificultades

---

potenciales son mayores de lo que en realidad lo son. Constatamos también que la percepción de autoeficacia se incrementa cuando las experiencias contradicen los miedos y cuando se desarrollan nuevas competencias para manejar las situaciones que proponen retos. En contrapartida, los fracasos repetidos disminuyen la autoeficacia y especialmente cuando hay esfuerzo y circunstancias exteriores favorables.

En es sentido, Bandura (1997b) considera que las creencias de autoeficacia se contruyen desde cuatro fuentes principales de información:

1. Experiencias personales de logro o dominio en determinada situación, internamente atribuibles – pueden ser consideradas indicadores de capacidad o competencia. Esta es la fuente más importante de autoeficacia, ya que proporciona la evidencia más autentica de las capacidades del individuo.
2. La experiencia vicariante – cuando una “persona modelo” que es similar al individuo, presenta una experiencia de superación en una dada situación difícil, los procesos de comparación social pueden incrementar las creencias de autoeficacia.
3. La experiencia simbolica a través de la persuasión verbal o de determinadas influencias sociales – pueden ampliar las creencias del individuo relativamente a sus capacidades.
4. Los estados psicologicos y afectivos a partir de los cuales las personas juzgan sus capacidades, fuerza o vulnerabilidad.

Relativamente a las fuentes de información para la autoevaluación de las capacidades individuales, Bandura (1997b) señala que estas, solo son relevantes para el individuo después del procesamiento cognitivo de la información y a través del pensamiento reflexivo. Así, se hace una diferenciación entre la información transmitida a través de las situaciones experimentadas y la información que es seleccionada, ponderada e



---

integrada en las evaluaciones de autoeficacia del individuo, hay un conjunto de factores personales, sociales y situacionales que afectan la medida en que la experiencia es cognitivamente interpretada.

Schwarzer en el año 1992, desarrolló el modelo de Abordaje del Proceso de Acción para la Salud (Health Action Process Approach), centrándose especialmente en los estudios y en el trabajo teórico de Bandura (Schwarzer & Fuchs, 1996). Este modelo se centra en que la adopción, inicio y mantenimiento de un comportamiento de salud debe ser explícitamente entendido, como un proceso que consiste esencialmente en dos momentos o etapas: la fase de motivación y la fase de "libre voluntad" (volition phase) o de planificación. No nos detendremos ampliamente en este modelo, pero queremos resaltar la importancia atribuida por su autor al concepto de autoeficacia. Schwarzer habla de la autoeficacia en términos del desarrollo de la intención de actuar e implícitamente en términos de la fase cognitiva en la cual transcurre la acción, dado que y según defiende, la autoeficacia promueve y mantiene los planes y el control de la acción, contribuyendo al mantenimiento de la misma. El autor opina que, la autoeficacia puede ser interpretada también como una perspectiva optimista de la capacidad de cada individuo para manejar las diferentes situaciones de su vida. Se trata, sin embargo, de un optimismo realista basado en la experiencia que no conduce a riesgos irracionales pero sí conduce al individuo a emprender un comportamiento que se enmarca dentro de sus capacidades. El autor teoriza que, en cuanto a determinados comportamientos, la autoeficacia es el mejor predictor de las intenciones y de los cambios conductuales.

No obstante la autoeficacia sea muchas veces considerada específica de un determinado dominio, varios investigadores conceptualizaron este constructo como una percepción generalizada relativa a la confianza en la capacidad individual de manejar una amplia variedad de situaciones. Así, Scholz, Doña, Sud & Schwarzer (2002, p.243)

---

defienden que el grado de especificidad o generalidad de la evaluación de autoeficacia, es dependiente del contexto y especifican: "si la cuestión de investigación trata de solventar un problema de álgebra o de correr de una maratona, la redacción de los ítems de evaluación de la autoeficacia será más restricta, que en el caso que esté en juego la autoeficacia profesional de profesores o enfermeros". Aspecto este, que asume particular relevancia para el presente estudio. En este contexto Scholz et al. (2002) desarrollaron una investigación particularmente interesante, con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas de una evaluación de autoeficacia general y explorar la universalidad del constructo en 25 muestras de sujetos (19,120 participantes) de diferentes países (donde se incluyó también Portugal), la investigación permitió concluir que la percepción de autoeficacia es un constructo universal.

En este contexto, Holden (1991) estudió la relación entre autoeficacia y salud en 56 artículos publicados entre 1981 y 1989, pudiendo concluir que la autoeficacia es un predictor consistente de la variable salud. En otros estudios más recientes queda también clara la relación entre la percepción de autoeficacia y las conductas de salud. Así, Luszczynska, Gibbons, Piko & Tekozeel (2004) estudiaron los efectos de las cogniciones de autoregulación y de variables de influencia social en los comportamientos de salud (nutricionales y de actividad física) en 2 387 adolescentes de cuatro países (EUA, Polonia, Turquía y Hungría). Los resultados revelaron que entre otras variables, la percepción de autoeficacia se relacionaba significativamente con los comportamientos promotores de salud que habían sido estudiados. También Linde, Rothman, Baldwin & Jeffery (2006) demostraron la existencia de correspondencia entre la autoeficacia y el desarrollo de conductas saludables, en una investigación donde se pretendía esclarecer la relación entre las creencias de autoeficacia, los comportamientos de control y la modificación de peso en un grupo de individuos participantes en un programa de adelgazamiento. Se verificó que la percepción de autoeficacia predecía el comportamiento de control y pérdida de peso durante la fase activa del tratamiento.

Por lo expuesto, comprobamos el importante rol de las creencias en la eficacia de los comportamientos y en sus resultados, de tal modo que Schwarzer (1992) afirma que éstas constituyen los principales determinantes de una gran cantidad de comportamientos relacionados con la salud. En este sentido, Bennet & Murphy (1999) consideran que las iniciativas de promoción de la salud pueden obtener beneficios a través de la modificación de las creencias relativas a la eficacia de los comportamientos, así como, promoviendo en los individuos el aprendizaje de estrategias o competencias relevantes para el cambio conductual deseado. Uno de los caminos apuntados para alcanzar este objetivo es el aprendizaje vicario o modelado.

#### 1.2.2.5. MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE PENDER

Este modelo fue presentado en el año 1982 por la enfermera Nola J. Pender, siendo su denominación original Health Promotion Model. Este modelo, propone un cuadro conceptual que pretende ser una orientación para explorar y comprender el complejo proceso biopsicosocial que motiva a los individuos a involucrarse en comportamientos dirigidos a mejorar su nivel de salud. Surge también como un intento de describir la naturaleza multidimensional de los individuos cuando interactúan con sus entornos interpersonales y físicos en la búsqueda de su ideal de salud. Según Pender et al. (2006), el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) reúne varios conceptos originarios de la Teoría de Expectativa – Valor descrita por Feather en 1982 y de la Teoría Socio – Cognitiva de Bandura, los cuales son integrados e interpretados desde una perspectiva holística del funcionamiento del individuo.

La versión inicial de este modelo presenta siete factores cognitivo – percibidos y cinco factores modificadores, explicativos y predictivos de los comportamientos de salud. Los factores cognitivo – percibidos son: la importancia de la salud, el control percibido sobre la salud, la definición individual de salud, el nivel de salud percibido, la percepción de autoeficacia, los beneficios percibidos y las barreras percibidas. Los factores modificadores que influyen en los factores cognitivo – percibidos son: las características demográficas y biológicas, las influencias interpersonales, las influencias situacionales y los factores conductuales (Pender, 1982).

Según la autora, el MPS es un modelo centrado en la competencia del individuo o en el enfoque del problema de salud. En oposición al modelo de Creencias de Salud y a la teoría de la Motivación Protectora, no incluye los conceptos de “miedo” o “amenaza”

---

como fuentes de motivación para los comportamientos de salud. Pender et al. (2006), opinan que los modelos orientados hacia la evitación son de limitada aplicación cuando el objetivo es motivar para la asunción de estilos de vida saludables. Específicamente, estos modelos son poco aplicables en la intervención con niños, adolescentes y jóvenes adultos, poblaciones que típicamente se perciben como invulnerables a la enfermedad. Basados especialmente en este argumento los autores consideran que el modelo que proponen puede ser aplicado en cualquier momento a lo largo del ciclo vital y puede adecuarse al estudio de cualquier comportamiento de salud aunque la amenaza no se presente como la fuente principal de motivación para la conducta.

Este modelo fue revisado por Pender en 1996 y fueron introducidas tres nuevas variables: emociones relacionadas con la acción, compromiso con un plan de acción y las exigencias y preferencias inmediatas.

El Modelo de la Promoción de la Salud se basa en varios postulados y según Pender et al. (2002) éstos reflejan perspectivas de las ciencias conductuales y de la enfermería. Así, se considera que:

1. El individuo busca las estrategias para crear condiciones de vida a través de las cuales poder expresar su particular potencial de salud.
2. Los individuos tienen la capacidad de tomar conciencia de sí mismos, incluyendo la conciencia de sus propias competencias.
3. Los individuos valoran el desarrollo en direcciones percibidas como positivas e intentan lograr un equilibrio personal aceptable entre el cambio y la estabilidad.
4. Los individuos procuran regular activamente su propio comportamiento.

5. Los individuos, en su complejidad biopsicosocial, interactúan con su entorno, progresivamente lo transforman y son paulatinamente transformados por él a lo largo del tiempo.

6. Los profesionales de salud constituyen una parte del entorno interpersonal, que influye en los individuos a lo largo de su ciclo vital.

7. La iniciativa de reconfiguración de los patrones de interacción entre el individuo y el ambiente es esencial para el cambio conductual.

Los autores resaltan así mismo, la importancia del conjunto de proposiciones teóricas que sugieren; éstas derivan del modelo teórico y proporcionan una base para el trabajo de investigación en el ámbito de los comportamientos de salud. Así, el MPS está basado en las siguientes proposiciones teóricas:

1. El comportamiento previo y las características hereditarias y adquiridas influyen en las creencias, en las emociones y en las conductas relacionadas con la salud.

2. Los individuos se adhieren a un comportamiento, del cual obtienen beneficios personales.

3. Las barreras percibidas pueden restringir el compromiso con la acción tanto en un comportamiento mediador como en un comportamiento actual.

4. La competencia o autoeficacia percibida para llevar a cabo un determinado comportamiento aumenta la probabilidad del compromiso con la acción y el nivel de desempeño de la conducta.

5. Un mayor nivel de autoeficacia percibida da lugar a una menor percepción de barreras para un comportamiento específico.

6. Las emociones positivas asociadas a un determinado comportamiento conducen a un incremento de la percepción de autoeficacia que, en consecuencia, puede dar lugar a un incremento de la realización de la conducta.
7. Cuando surgen emociones positivas asociadas a un determinado comportamiento, la probabilidad de comprometerse con el mismo y de actuar se verá aumentada.
8. Es más probable que los individuos se comprometan con determinados comportamientos de salud, cuando otras personas significativas son modelos para esa conducta y esperan que ese comportamiento ocurra al mismo tiempo que proporcionan apoyo.
9. Las familias, los iguales y los profesionales de salud son fuentes importantes de influencia interpersonal que pueden incrementar o reducir la capacidad de adherirse y mantener un determinado comportamiento.
10. Las influencias situacionales del entorno, pueden incrementar o disminuir el compromiso o la participación en comportamientos de salud.
11. Cuanto mayor sea el compromiso con un determinado plan de acción, mayor es la probabilidad de mantener los comportamientos de salud a lo largo del tiempo.
12. La probabilidad del compromiso con un determinado plan de acción puede dar lugar a una disminución del comportamiento esperado cuando surgen simultáneamente otras exigencias sobre las cuales los individuos tienen un bajo nivel de control.

---

13. La probabilidad de compromiso con un determinado plan de acción puede dar lugar a una disminución del comportamiento esperado cuando otras conductas son más atractivas y consecuentemente, preferidas al comportamiento esperado.

14. Los individuos pueden modificar las cogniciones, los afectos y el entorno interpersonal y físico, creando estímulos para las conductas de salud.

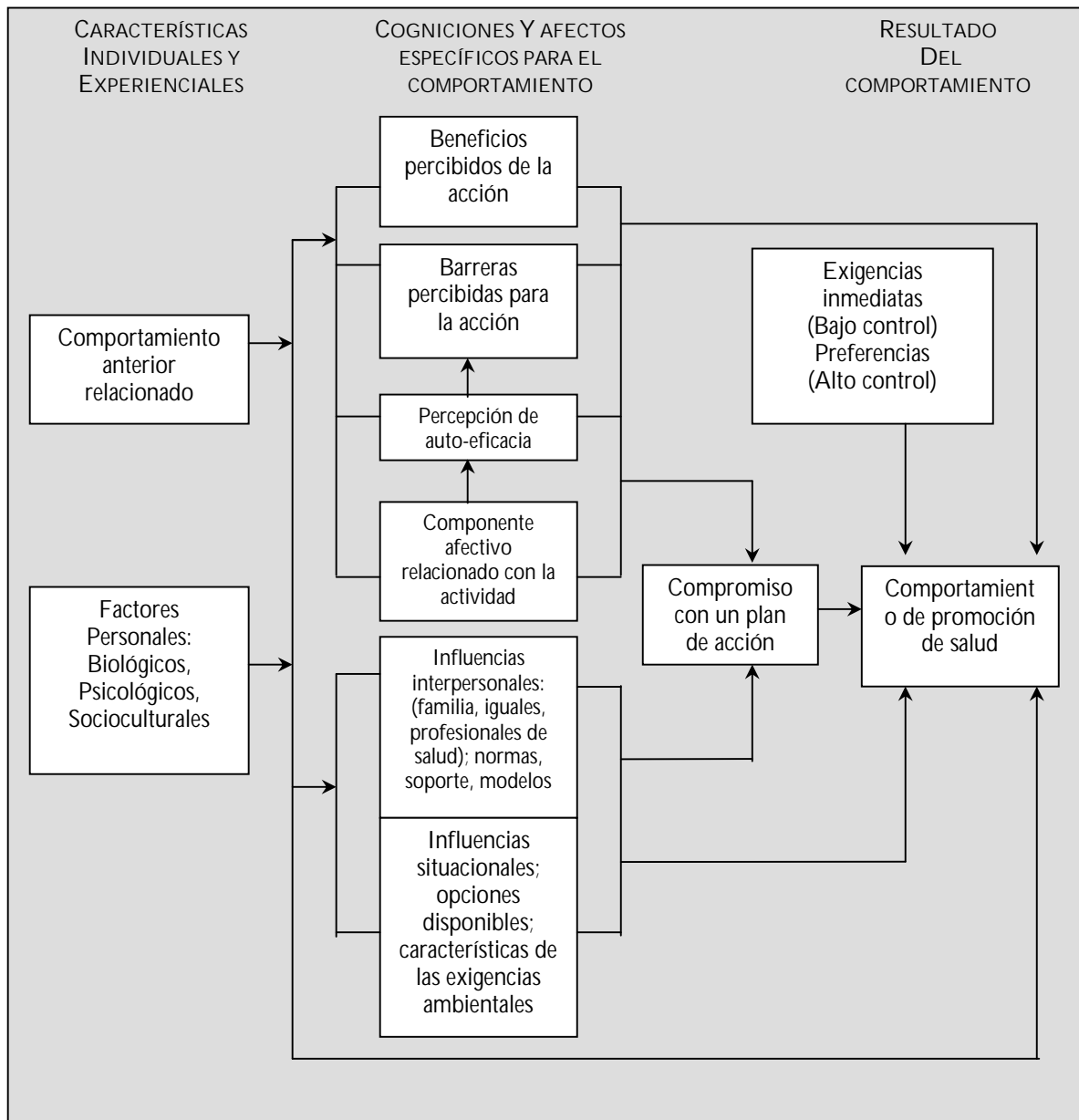
Algunos años después de la publicación del MPS, emergió un importante concepto: el Comportamiento Promotor de Salud (Health - Promoting Behavior). Según la definición de Pender et al. (2006), el comportamiento promotor de salud es una expresión de la tendencia del individuo a buscar el bienestar, la realización personal y una vida productiva. Para medir este concepto fue desarrollado un instrumento por Walker, Sechrist & Pender (1987) denominado: el Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud (Health – Promoting Lifestyle Profile II).

Este instrumento presenta 52 ítems agrupados en 6 sub-escalas: responsabilidad de salud, actividad física, nutrición, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual y manejo del estrés. Esta herramienta proporciona información con la cual se puede desarrollar un plan individualizado donde se identifiquen los aspectos positivos y los recursos del estilo de vida del individuo así como las áreas más débiles que necesitan desarrollarse (Pender et al., 2006).

En la Ilustración nº 5 se presenta el modelo de Promoción de la Salud de Pender. Podemos comprobar que se trata de un modelo complejo y que sitúa la competencia o probabilidad del individuo de desarrollar comportamientos promotores de la salud en una posición dependiente de una multiplicidad de factores que oscilan entre las características individuales, las experiencias anteriores, los entornos situacionales y los aspectos interpersonales.



ILUSTRACIÓN nº 5 – Modelo de Promoción de la Salud (Revisado)



Fuente: Pender et al. (2006, p. 50)

Así, y según refiere la autora (Pender et al., 2006), en el contexto de las características individuales, el comportamiento anterior y las experiencias (cognitivas y emotivas) asociadas a él, son importantes indicadores del desempeño del comportamiento esperado. El comportamiento anterior puede influir directa o indirectamente en el

---

comportamiento actual. La influencia directa se ejerce a través del desarrollo del hábito, predisponiendo al individuo a comprometerse con la acción inmediatamente, sin detener su atención en detalles específicos de su ejecución. La fuerza del hábito se incrementa con la repetición del comportamiento. El comportamiento anterior influye indirectamente en el comportamiento actual (a la luz de la teoría socio-cognitiva) modelando las percepciones de autoeficacia, de beneficios, de barreras y de las emociones relacionadas con esa conducta. La autora subraya el importante papel de la enfermera en este ámbito, la cual debe ayudar al individuo a construir una historia positiva de comportamientos para el futuro, concentrando la atención en los beneficios de la conducta, orientando y proporcionando estrategias para que el individuo pueda superar los obstáculos para mantener el comportamiento y engendrando niveles elevados de autoeficacia y emociones positivas, a través de desempeños exitosos y del feedback positivo.

Dentro de las características personales están los factores personales, que pueden ser biológicos, psicológicos o socioculturales. En los factores biológicos se pueden incluir la edad, la fuerza, la agilidad y el índice de masa corporal. Los factores psicológicos abarcan el status de salud percibido, la autoestima y la motivación. En los factores socioculturales podemos encontrar aspectos étnicos, de educación y de nivel socioeconómico. Aunque los factores personales puedan incidir sobre varias dimensiones de los comportamientos de salud, es importante resaltar que muchos de ellos no son susceptibles de modificación o intervención por parte de los profesionales de salud.

En relación a las cogniciones y afectos específicos para el comportamiento, la autora las considera aspectos fundamentales a tener en cuenta en lo relacionado con las intervenciones del enfermero, ya que son susceptibles de modificación. Considera también que la evaluación de los cambios en estas variables como consecuencia de una intervención nos informará del éxito y eficacia de la misma. En este ámbito se incluyen los beneficios

---

percibidos de la acción. Los individuos evalúan previamente varios aspectos de la conducta a desarrollar y crean expectativas de modo que cuando se anticipan beneficios, es más probable que el individuo se comprometa con la acción. Los individuos tienden a invertir tiempo y recursos en acciones de las cuales anticipan beneficios, pudiendo ser éstos intrínsecos o extrínsecos. La construcción de las expectativas puede basarse en la experiencia directa anterior o en la experiencia vicaria. Los autores consideran también que, inicialmente, los beneficios extrínsecos pueden presentar una fuente más importante de motivación para el inicio del comportamiento, no obstante, los beneficios intrínsecos pueden ser más poderosos a la hora de motivar el mantenimiento de los mismos. En esta línea se abordan también las barreras percibidas para la acción, las cuales afectan a la intención de desarrollar un determinado comportamiento de salud y al mantenimiento del mismo. Las barreras pueden ser imaginarias o reales y se reacciona ante ellas frecuentemente con bloqueos mentales y costes personales derivados de la implicación en una determinada acción o actividad. En el MPS se considera que las barreras percibidas afectan directa e indirectamente a la conducta de salud puesto que surgen no solo como un obstáculo para la acción, sino que, también contribuyen a la disminución del compromiso con el plan de acción.

Otro de los aspectos resaltados en el ámbito de las cogniciones y afectos específicos es el componente afectivo relacionado con la actividad, señalándose que, previamente, durante y después de la acción ocurren determinados estados afectivos basados en el tipo de estímulo asociado a esa conducta. Este tipo de respuesta afectiva puede darse a varios niveles: suave, moderada o fuerte y es "etiquetada" cognitivamente, almacenada en la memoria y asociada a posteriores pensamientos relacionados con el comportamiento. Los autores consideran que este componente afectivo abarca tres dimensiones: la acción, el sujeto y el contexto y de su evaluación resultará un estado afectivo que determinará la probabilidad del individuo de repetir el comportamiento o de mantenerlo. Como hemos

---

mencionado, a las conductas se asocian sentimientos, estos pueden ser positivos o negativos, de modo que los comportamientos relacionados con estados afectivos positivos tienen mayor probabilidad de repetirse y, en contraposición, los individuos tienden a evitar los comportamientos asociados a sentimientos negativos. Los autores llaman la atención sobre la importante relación entre autoeficacia y los sentimientos relacionados con la conducta, relación enmarcada en la teoría sociocognitiva, la cual verifica que una respuesta afectiva positiva a una determinada conducta es un indicador relevante para la percepción de eficacia específica en esa situación.

Otra de las variables abordadas por el MPS y que para el presente estudio se configura como particularmente importante son las influencias interpersonales. Éstas se refieren a las cogniciones relativas a los comportamientos, creencias y actitudes de los otros, de modo que estas cogniciones pueden ser reales o imaginarias. Se considera que las fuentes primarias de influencias interpersonales para los comportamientos de salud son: la familia, los iguales y los profesionales de salud. En las influencias interpersonales, las cuales afectan a la predisposición de los individuos para poner en práctica un determinado comportamiento, se incluyen normas (expectativas de otras personas significativas), apoyo social (instrumental y emocional) y modelado (aprendizaje vicario a través de la observación de otros en el desempeño de un comportamiento específico). Es importante subrayar que los individuos son sensibles en diferente medida a las influencias de los otros; la susceptibilidad a la influencia de terceros puede presentar variaciones a lo largo del ciclo vital, en distintas situaciones y contextos y en diferentes culturas.

Las percepciones y cogniciones personales relativas a la situación o contexto donde transcurre la conducta pueden funcionar como un estímulo o como un obstáculo a su ocurrencia. En este sentido, la última variable incluida en las cogniciones y afectos específicos para el comportamiento son las influencias situacionales, las cuales incluyen:

---

las percepciones sobre las opciones disponibles, las características de la demanda y las características del entorno en el cual tiene lugar el comportamiento (los ambientes con los cuales los individuos se sienten relacionados y donde se sienten seguros son contextos más favorables). Según los autores, las influencias situacionales pueden ser aspectos clave para el desarrollo de estrategias promotoras del cambio y para el mantenimiento de comportamientos de salud.

En este modelo se considera que el compromiso con un plan de acción es el primer paso para el inicio de un determinado comportamiento. Dicho compromiso impulsa al individuo hacia y a través del comportamiento, a menos que, aparezca la exigencia de un comportamiento alternativo que no puede ser evitado. Los autores consideran que el compromiso con un plan de acción implica dos importantes procesos cognitivos:

- a. Compromiso de efectuar una acción específica en un determinado tiempo y lugar, en solitario o con personas específicas, independientemente de otras exigencias alternativas;
- b. Identificación de estrategias para iniciar, realizar y reforzar la conducta.

Los autores defienden que el compromiso con el plan de acción es fundamental para iniciar el comportamiento de salud. No obstante, sin la asociación con otro tipo de estrategias puede dar lugar simplemente a una "buena intención", sin lograr el mantenimiento o repetición de la conducta deseada.

El último aspecto integrante de este modelo corresponde a las exigencias y preferencias inmediatas que compiten (simultáneamente) con el comportamiento de salud. Se trata de comportamientos alternativos que funcionan como "intrusos" en el trayecto consciente de acción del comportamiento de salud. Las exigencias competidoras son percibidas como comportamientos alternativos sobre los cuales el individuo tiene un bajo control, pues están frecuentemente relacionados con contingencias ambientales

---

(responsabilidades laborales o familiares). El fallo en este tipo de exigencias puede desencadenar consecuencias desfavorables para el propio individuo o para otros significativos. Las preferencias competidoras son percibidas como comportamientos alternativos que presentan refuerzos más poderosos (más placenteros, más inmediatos) sobre los cuales el individuo tiene un nivel de control relativamente elevado. La capacidad de realizar o no las preferencias competidoras, requiere por parte del individuo el desarrollo de habilidades de autoregulación y control.

Varios estudios han evaluado, en diferentes poblaciones, la influencia de las variables integradas en este modelo. Presentamos como ejemplo el estudio descriptivo realizado por Piazza, Conrad & Wilbur (2001), cuyo objetivo fue examinar, en un grupo de enfermeras, la influencia de la percepción de autoeficacia física, del locus de control para la salud y de la edad en la realización de ejercicio físico, teniendo como marco teórico el modelo de Pender. La percepción de autoeficacia física fue el mejor indicador de la práctica de ejercicio físico. Williams, Wold, Dunkin, Idleman & Jackson (2004) desarrollaron también una investigación basada en el modelo de Pender con los objetivos de a) comparar los factores de riesgo para dos grupos de mujeres afro-americanas de bajos recursos (uno rural y otro urbano) y b) realizar una base de datos nacional de factores de riesgo para éstas mujeres. Evaluaron una intervención educacional (centrada en los hábitos alimenticios y de actividad física) en el lugar de trabajo, encaminada a la reducción de los factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular. El estudio permitió constatar que uno de los grupos fue sensible a la intervención, identificándose como factores de riesgo las alteraciones en la ingesta de grasas en la dieta y en los valores de colesterol sanguíneos. El estudio llevado a cabo por Carreño, Vyhmeister, Grau & Ivanovic (2006) sigue en esta línea, presentando como objetivo la determinación del impacto de un programa de promoción de la salud en el comportamiento, en términos de las dimensiones del perfil de estilo de vida promotor de la salud, basado en el modelo de Pender. La muestra estaba constituida por un grupo de

---

mujeres que recibieron un programa de tipo educativo durante tres meses, evaluándose previa y posteriormente las seis variables del instrumento. La comparación de las dos evaluaciones, reveló un incremento de los valores totales del Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud. Esto llevó a los autores a afirmar que un programa educacional basado en el modelo de Pender puede representar un instrumento importante para incrementar la calidad de vida en una determinada población.

#### 1.2.2.6. MODELO TRANSTEÓRICO

El Modelo Transteórico (MT) fue originalmente desarrollado por James Prochaska y sus colaboradores, aproximadamente en el año 1982 (Prochaska & DiClemente, 1982). Su investigación se dedica a resolver el “puzzle” de cómo los individuos cambian voluntariamente su comportamiento ya sea con o sin psicoterapia. Resaltan que en sus investigaciones es fundamental la clarificación de la estructura del proceso de cambio que subyace a los cambios conductuales (ya sea con o sin mediación terapéutica) en el ámbito de los comportamientos aditivos y también en otro tipo de conductas relacionadas con la salud. Añaden, que su eje fundamental se sitúa en el fenómeno del cambio intencional y concluyen que su modelo es una importante ayuda en la comprensión de los cambios conductuales auto-iniciados y profesionalmente asistidos (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

El cambio se considera un proceso que ocurre en un período de tiempo extenso, frecuentemente imperceptible y que muchas veces presenta interrupciones. Prochaska & Prochaska (1999), consideran que las personas pueden estar ya en proceso de cambio y parecer aún estar inmóviles o puede parecer que están implementado cambios en sus conductas cuando siguen en el mismo lugar. De este modo, los autores se cuestionan: ¿Por qué no cambian las personas? Y formulan varias posibles respuestas: a) porque no pueden, b) porque no quieren, c) porque no saben como hacerlo, d) porque no saben qué cambiar, o e) por todas las razones anteriormente referidas. En este contexto, defienden que el Modelo Transteórico, al examinar los procesos de cambio conductual, permite una comprensión sistemática del por qué no cambian las personas.



---

Los autores del MT, basándose en sus investigaciones, realizadas esencialmente sobre conductas adictivas, verificaron que los individuos en el proceso de cambio conductual evolucionaban progresivamente a lo largo de varios estadios. Identificaron cinco estadios de cambio (Prochaska et al., 1992; Prochaska & Prochaska, 1999):

1. Precontemplación – el individuo no presenta ninguna intención de cambio conductual en un futuro próximo. Muchos individuos en este estadio no son conscientes de sus problemas aunque con frecuencia las personas que con ellos conviven (familia, colegas) sí lo son, de forma que suelen presionar al individuo hacia la búsqueda de apoyo de un profesional de la salud. Debido a la presión externa, el individuo puede tener sentimientos de obligación e incluso demostrar cambios mientras siente la presión, abandonándolos cuando la presión deja de existir. Una persona en el estadio de precontemplación puede desear cambiar, pero eso es bastante diferente de tener la intención o considerar seriamente el cambio en un futuro próximo. La resistencia a reconocer o a modificar un problema determinado es el aspecto más significativo de este estadio.
2. Contemplación – El individuo es consciente de que existe un problema y piensa seriamente en cómo superarlo, pero aún no se ha comprometido a iniciar la acción. Las personas pueden quedarse en este estadio sin evolucionar durante largos períodos; saben a dónde quieren ir pero aún no están preparadas. Una de las características importantes de este estadio es la ponderación que el individuo hace de las ventajas y desventajas del problema y de su solución, debatiéndose entre la evaluación positiva del comportamiento y la cantidad de esfuerzo que necesita para cambiarlo. Considerar seriamente la resolución del problema es el elemento central de este estadio.

- 
3. Preparación – en este estadio se combinan la intención y la definición del criterio conductual. El individuo tiene la intención de iniciar la acción en el próximo mes y probablemente en el último año ya lo intentó sin éxito. Aunque los individuos que están preparados para iniciar la acción ya revelan pequeños cambios en la conducta, aún no han definido un criterio para la acción efectiva. Inicialmente este estadio fue denominado por los autores como toma de decisión.
  4. Acción – es el estadio en el cual los individuos cambian su comportamiento, experiencias o entorno con el objetivo de superar su problema. La acción presenta notorios cambios conductuales, fácilmente identificados externamente (por la familia y amigos) y requiere una considerable implicación de tiempo y energía. Muchas veces las personas (incluyendo los profesionales de salud) equiparan, erróneamente, la acción con el cambio y en consecuencia, desvalorizan el trabajo que prepara a los individuos para la acción y el esfuerzo necesario para mantenerlos en la conducta elegida. Los individuos se clasifican en este estadio, si logran cambiar su comportamiento con éxito durante un periodo de tiempo comprendido entre un día y seis meses. La modificación de la conducta en el sentido de satisfacer el criterio previamente definido (ej. abstinencia tabáquica) y esfuerzos significativos para emprender el cambio, son los aspectos que marcan este estadio.
  5. Mantenimiento – el individuo trabaja para prevenir la recaída y consolida los logros obtenidos en el estadio anterior. El mantenimiento no es un estadio estático sino una continuación del cambio. Para algunos comportamientos el estadio de mantenimiento puede prolongarse toda la vida. La estabilización del cambio conductual y la evitación de la recaída son los aspectos centrales de este estadio.

---

Inicialmente los autores del modelo (Prochaska et al., 1992) conceptualizaron el proceso de cambio conductual como una progresión lineal a través de los estadios anteriormente referidos y defendían que las personas evolucionaban simple y discretamente a través de cada fase. Después de algunas investigaciones y aunque continúan considerando que la progresión lineal es posible, reconocen que es infrecuente, por lo que la reformulan, considerándola ahora como un proceso en espiral. Las personas pueden evolucionar desde la contemplación hacia la preparación, después hacia la acción y por fin hacia el mantenimiento, pero la mayoría de estas personas sufrirán alguna recaída, durante la cual regresaran a un estadio anterior, donde experimentarán sentimientos de frustración, vergüenza, culpa, se sentirán desmoralizados y relativamente resistentes al cambio conductual y como resultado regresarán al estadio de precontemplación.

Los estadios de cambio representan la dimensión temporal, que como clarifican los autores del modelo, permite comprender cuándo acontecen pequeños cambios conductuales. En este sentido, Prochaska et al. (1992) señalan otra dimensión importante del Modelo Transteórico que permite comprender cómo ocurren esos cambios: los procesos de cambio. Los procesos de cambio son actividades y experiencias, ocultas o manifiestas, en las cuales los individuos se implican cuando pretenden cambiar una conducta que es problemática.

Así, fueron definidos diez procesos de cambio que presentan diferentes aplicaciones a lo largo de los diferentes estadios (Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska et al., 1992):

1. Aumento de la conciencia – aumento de la información sobre sí mismo y sobre el problema;
2. Autorreevaluación – acceso a la forma en la que uno piensa y siente sobre sí mismo en relación a un problema;

3. Autoliberación – elegir y comprometerse con la acción, creer en su propia capacidad para cambiar;
4. Contracondicionamiento – Desarrollo de conductas alternativas a la conducta problema;
5. Control de estímulos – evitación de los estímulos asociados al problema y a las situaciones de alto riesgo, reestructurando su entorno;
6. Manejo de contingencias – autorecompensarse o ser recompensado por los otros por lograr los cambios conductuales;
7. Relaciones de ayuda – existencia y utilización de apoyo social que puede influir en el proceso de cambio, estar abierto y tener confianza para hablar con los otros significativos de sus problemas;
8. Alivio dramático – experimentar y expresar sentimientos sobre su problema y soluciones;
9. Reevaluación ambiental – valoración del impacto de su problema sobre su entorno;
10. Liberación social – incremento de la conciencia de conductas alternativas no problemáticas existentes en la sociedad. Este proceso representa un aumento de la capacidad del individuo para decidir y escoger.

En la Cuadro nº 2 se representa la integración de las dos dimensiones anteriormente referidas, pudiendo observarse en qué estadios del cambio se enfatiza cada uno de los procesos de cambio.

CUADRO nº 2 – Procesos y estadios de cambio en el Modelo Transteórico

PRECONTEMPLACIÓN	CONTEMPLACIÓN	PREPARACIÓN	ACCIÓN	MANTENIMIENTO
Aumento de la concienciación				
Alivio dramático				
Reevaluación ambiental				
Autoreevaluación				
Autoliberación				
Manejo de contingencias				
Relaciones de ayuda				
Contracondicionamiento				
Control de estímulos				

Fuente: Prochaska et al. (1992, p. 1109)

Así, Prochaska et al. (1992) concluyen que la estructura subyacente a los procesos de cambio conductual no está ni orientada técnicamente ni es específica para el problema. La investigación indica que el modelo se caracteriza por: a) un patrón de movimiento cíclico a través de estadios específicos de cambio, b) un conjunto común de procesos de cambio y c) una integración sistemática de los estadios y los procesos de cambio. De esta manera, la eficiencia del proceso de cambio depende de hacer las cosas correctas (procesos) en el momento adecuado (estadios).

Respecto a la utilidad de este Modelo para la intervención, los autores anteriormente mencionados consideran que la implicación más directa y obvia es el hecho de poner en relieve la necesidad de conocer el estadio de preparación del individuo para el cambio y de ajustar las intervenciones acordeamente. Reconocen, basándose en investigaciones previas, que ni los profesionales ni los individuos tienen conciencia de este proceso y muchas veces acceden a él de una forma intuitiva. Por esta razón sería importante, especialmente para los profesionales ligados a la Promoción de la Salud, la toma de conciencia de este proceso. Así, para incrementar la eficacia y eficiencia de la

---

intervención, su intensidad, duración y tipo, ésta deberá ser congruente con el estadio del proceso de cambio.

En el ámbito de la intervención, el MT hace también referencia a otra dimensión: los niveles de cambio. Éstos son utilizados por el Modelo con el objetivo de organizar el contenido de la intervención, es decir, para saber qué estamos intentando cambiar para resolver el problema. Así, y haciendo un breve resumen de lo anteriormente dicho, la dimensión de los estadios se refiere al cuándo, la dimensión de los procesos al cómo y la dimensión de los niveles a cuáles. Los niveles de cambio identificados son:

1. Síntoma / nivel situacional
2. Cogniciones desadaptativas
3. Conflictos interpersonales
4. Conflictos en la familia de origen
5. Conflictos intrapersonales

Según Prochaska & Prochaska (1999) y puesto que éste es un proceso complejo y no siempre es fácil definir las intervenciones más adecuadas, lo mejor será empezar la intervención por el primer nivel, ya que: a) en este nivel, el más manifiesto y observable, es más posible que suceda el cambio, b) probablemente el deseo de cambio en ese aspecto representa el motivo principal de búsqueda de intervención del profesional, c) puesto que es el más consciente y contemporáneo, exige un menor grado de inferencia en su evaluación e intervención y d) dada la interdependencia entre los diferentes niveles se espera que la modificación de uno de ellos implique cambios en los otros.

Resulta interesante el comentario realizado por Rubio & Anzano (2002), al afirmar que al igual que Bandura, Prochaska y colaboradores, en el MT, atribuyen un importante papel a las creencias, que en la propia capacidad autorreguladora, se desarrollan

---

fundamentalmente a través de experiencias de dominio, favoreciendo el mantenimiento del cambio de conducta y el afrontamiento de situaciones de riesgo, así como, la evitación de recaídas. Recientemente, Prochaska (2006), haciendo referencia a investigaciones actuales, afirma que se han encontrado relaciones sistemáticas entre los estadios de cambio, las expectativas positivas y negativas y la autoeficacia, por lo que sugieren que los estadios de cambio parecen permitir la integración de los constructos centrales de la Teoría Sociocognitiva de Bandura.

También Prochaska & Prochaska (1999), al abordar la temática de los problemas de atribución en los cinco diferentes niveles de cambio, hacen un paralelismo con el concepto de locus de control de Rotter. Al mismo tiempo, consideran que el problema de la investigación en este ámbito es limitar a dos los niveles de atribución, ya que esta concepción dicotomiza el mundo causal de los individuos. Concluyen así que, primeramente, las personas atribuyen sus problemas a diferentes causas; en segundo lugar, si tienden a hacer una atribución incorrecta es improbable que cambien sus conductas y para terminar, cuando en un contexto de intervención la atribución del individuo no es coherente con la del profesional, es difícil que ocurra el cambio.

El Modelo Transteórico sigue siendo considerablemente utilizado en el contexto de la investigación en Promoción de la Salud. Märki, Bauer, Nigg, Conca-Zeller & Gehring (2006) desarrollaron un programa de intervención de cambio conductual basado en el MT, con el objetivo de promover la actividad física en personas con más de 65 años. El estudio reveló que el programa de promoción del ejercicio basado en el MT, fue acompañado de un aumento significativo de las conductas de actividad física en el transcurso del año de observación. Slade, Laxton-Kane & Spiby (2006) hicieron una investigación con el objetivo de saber si las embarazadas fumadoras demostraban patrones cognitivos y conductuales que apoyasen los diferentes estadios de cambio, concluyendo que este Modelo es apropiado

---

para comprender el proceso de cambio conductual en embarazadas fumadoras. También Prapavessis, Maddison & Brading (2004) utilizaron el MT con el objetivo de clarificar su utilidad en el ámbito de los comportamientos de ejercicio físico de los adolescentes, constatando que el Modelo Transteórico es un recurso útil para la comprensión, tanto de la transición de estadios, como del nivel de preparación para cada estadio, en esta población.



### 1.2.2.7. TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANIFICADA

La teoría de la Conducta Planificada (TCP) formulada primeramente por Icek Ajzen en el año 1985, surge como una extensión de una teoría antecedente formulada por Fishbein & Ajzen en 1975 y denominada Teoría de la Acción Razonada. Según Ajzen (1991) esta evolución tuvo origen en las limitaciones del modelo original en lo concerniente a la explicación de los comportamientos sobre los cuales las personas tienen un bajo control voluntario, de modo que la diferencia más importante entre estas dos teorías es la introducción en la TCP del concepto de control percibido.

Ajzen (1991) parte del principio de que las actitudes generales y los rasgos de personalidad son aspectos implicados en los comportamientos de los individuos, si bien su influencia en situaciones específicas está fuertemente atenuada por la presencia de otros factores más inmediatos. Considera que, efectivamente, las actitudes generales y los rasgos de personalidad influyen en los comportamientos en situaciones específicas solamente de forma indirecta, a través de su influencia en determinados factores, que están más directamente relacionados con dicho comportamiento. Así, la TCP fue desarrollada con la intención de explicar el comportamiento humano, en contextos específicos. En la Ilustración nº 6 se presenta una esquematización de la TCP.

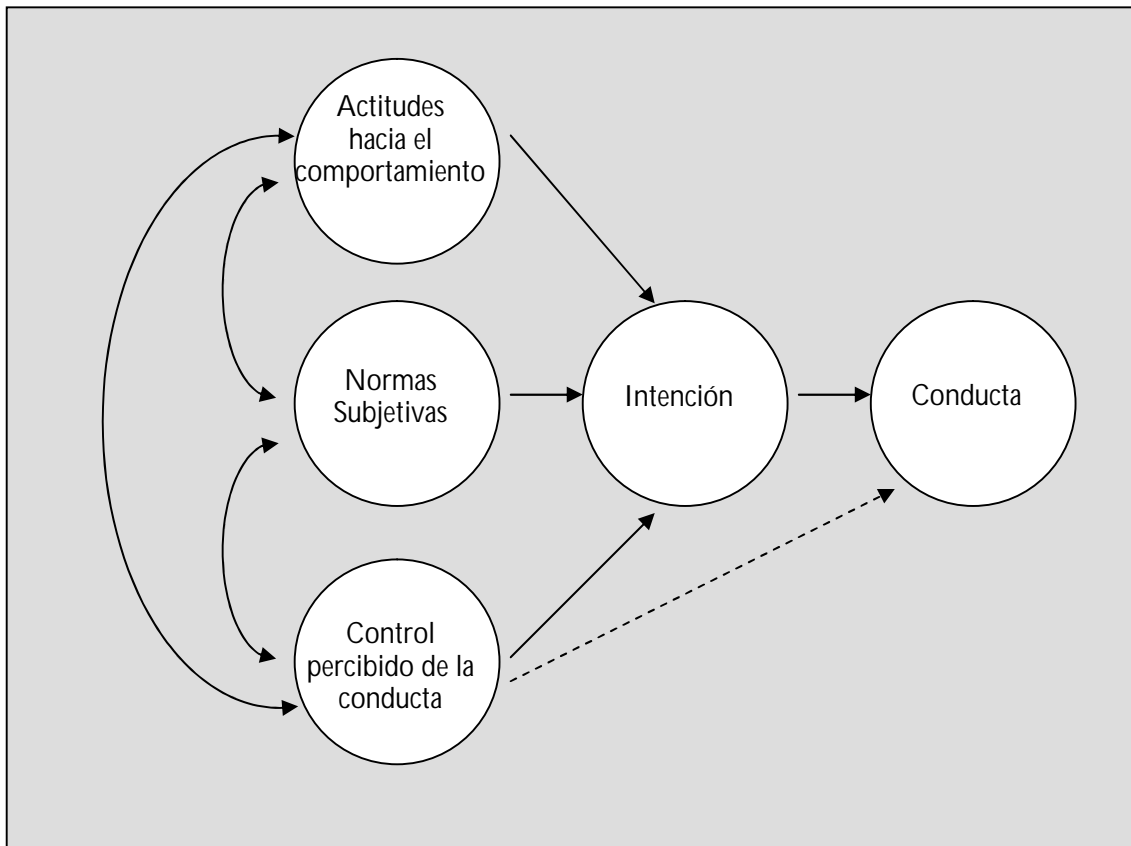
El autor (Ajzen, 1991) considera la intención individual de llevar a cabo un determinado comportamiento, como un factor central en su teoría. Las intenciones conductuales se presentan como indicadores, de hasta qué punto, el individuo está dispuesto a intentar un comportamiento específico y qué cantidad de esfuerzo ha planificado hacer para desarrollar esa conducta determinada. Así, se podrá formular como regla general según la cual, cuanto mayor es la intención de implicarse en un determinado

---

comportamiento mayor será su probabilidad de emisión. Además, el autor subraya que una intención conductual solamente puede tener expresión práctica cuando dicho comportamiento se encuentra bajo el control voluntario del individuo, poniendo de relieve una importante interacción entre la motivación, el control y la conducta específica.

El control percibido relativo al comportamiento específico, ocupa un importante lugar en la TCP. El autor (Ajzen, 1991) diferencia entre el concepto de control especificado en esta teoría y otros conceptos aparentemente cercanos, como es el Locus de Control de Rotter, clarificando que estos difieren bastante. El concepto de control definido por Rotter se presenta como un abordaje general en contrapartida al presentado por Ajzen, el cual refleja los aspectos relacionados directamente con una conducta determinada y la percepción de control específicamente relacionada con ella. De este modo, mientras que el Locus de Control es una expectativa general que permanece, más o menos estable a través de diferentes situaciones, el control percibido puede (y muchas veces sucede) cambiar a través de diferentes situaciones. En este sentido, Ajzen considera que el concepto de control definido por sí mismo es más compatible con la definición de Bandura de la percepción de autoeficacia.

## ILUSTRACIÓN n° 6 – Teoría de la Conducta Planificada



Fuente: Ajzen (1991, p. 182)

Así, en la TCP se considera que el control percibido, junto con las intenciones conductuales, puede ser directamente usado para predecir la conducta. El autor llama la atención sobre un importante aspecto en este ámbito, como es que la percepción de control puede presentar fallos de precisión cuando la percepción de control es irrealista, situación que puede surgir cuando: el individuo posee poca o inadecuada información relativa al comportamiento, cuando los requisitos o recursos para desarrollar la conducta cambian o cuando se integran nuevos elementos en la situación. De esta forma, surge como exigencia fundamental para la integración del concepto de control percibido en el modelo, que éste sea realista. El autor continúa resaltando que tanto las intenciones como la

---

percepción de control pueden ofrecer importantes contribuciones para la predicción de los comportamientos, si bien, en una situación específica, uno de los construtos puede ser más importante que otro o incluso solo uno de ellos puede ser necesario.

Ajzen (1991) considera tres condiciones importantes que deberán estar presentes para que sea posible utilizar de una forma precisa la TCP en la predicción de los comportamientos:

1. Las medidas de intención y control percibido deben corresponder o ser compatibles con el comportamiento que se pretende predecir, es decir, deben ser medidas específicas y no generales;
2. Las intenciones y el control percibido deben mantenerse estables durante el período de tiempo que transcurre entre su evaluación y la observación del comportamiento;
3. El control percibido debe ser realista.

En lo relativo a la intención conductual, la Teoría de la Conducta Planificada postula tres determinantes, conceptualmente diferentes (Ajzen, 1991):

1. La actitud hacia el comportamiento – es la medida en que la persona hace una evaluación positiva o negativa de dicho comportamiento;
2. La norma subjetiva – considerado como un factor social, se relaciona con la percepción social para realizar o no la conducta;
3. El control percibido – referente a la facilidad o dificultad para llevar a cabo la conducta, se asume que refleja las experiencias anteriores, así como, la anticipación de impedimentos u obstáculos.

Así, el autor defiende que se puede considerar como pauta general que cuanto más favorable sea la actitud y la norma subjetiva relacionada con un determinado

---

comportamiento y cuanto mayor sea la percepción de control, más fuerte será la intención conductual. No obstante, añade que la importancia relativa de la actitud, de la norma subjetiva y de la percepción de control en la predicción de la intención, variará a lo largo de diferentes conductas y diferentes situaciones. De esta manera y en función del contexto puede decirse que en algunas ocasiones solo las actitudes presentan un impacto significativo en las intenciones; en otras ocasiones, las actitudes y el control percibido son los únicos aspectos necesarios para describir las intenciones o puede que sea necesaria la presencia de los tres aspectos anteriormente citados.

Ajzen (1991) considera que a la hora de explicar el comportamiento humano y no solamente predecirlo, la TCP engloba también los antecedentes de las actitudes, de las normas subjetivas y de la percepción de control, antecedentes estos que en una análisis final son determinantes de las intenciones y de las acciones. En un nivel básico de explicación, la TCP postula que el comportamiento está en función de la información significativa y de las creencias relevantes para la conducta específica. Así, se consideran tres tipos diferentes de creencias: las relativas al comportamiento, las relacionadas con las normas y las relativas al control.

Conforme lo defendido por esta teoría, las actitudes se desarrollan en función de las creencias que las personas poseen sobre el objeto de la actitud. En el caso de las actitudes relativas al comportamiento, se mantiene que cada creencia conecta el comportamiento con un resultado o con un atributo, el cual es sometido a un proceso de evaluación negativa o positiva que promoverá o no el desarrollo de la actitud. Las creencias relativas a las normas, conciernen a la probabilidad de que otros significativos (familiares, amigos) aprueben o desapruében la realización de la conducta. Finalmente, las creencias de control se relacionan con la presencia o ausencia de recursos y oportunidades. Estas creencias de control se pueden basar en experiencias anteriores con ese comportamiento,

---

en información obtenida de otras personas significativas o en otros factores que puedan incrementar o disminuir la dificultad percibida para la realización de la conducta. Podemos decir que cuanto más recursos y oportunidades los individuos crean poseer y cuanto menos obstáculos anticipen, mayor deberá ser el control percibido sobre la conducta.

En suma, la Teoría de la Conducta Planificada, ubica las actitudes, las normas subjetivas y el control percibido en la formación de las creencias relativas al comportamiento. Se considera que cada una de estas variables, revela aspectos diferentes del comportamiento y cada una de ellas puede servir como punto de partida para estrategias de cambio conductual. El autor subraya: "it is at the level of beliefs that we can learn about the unique factors that induce one person to engage in the behavior of interest and to prompt another to follow a different course of action" (Ajzen, 1991, p. 206-207).

Esta teoría ha sido ampliamente utilizada desde su formulación hasta la actualidad en diferentes dominios. Su autor sigue considerando que es un importante marco conceptual para la predicción de conductas específicas (Ajzen, 2001; Ajzen, Bamberg & Schmidt, 2003). También Rubio & Anzano (2002) opinan que la TCP facilita el análisis de la toma de decisiones en el contexto de los comportamientos de salud, al separar las creencias de las actitudes y poner de relieve la influencia de los otros significativos sobre la intención conductual. Varios estudios demuestran su aplicabilidad en un contexto de Promoción de la Salud, como por ejemplo el estudio realizado por Armitage (2005) en el cual se evaluaba la capacidad de la TCP para predecir la participación en actividades físicas y se exploraba el desarrollo de hábitos de actividad física en un estudio longitudinal. Se encontró que el control percibido relativo al comportamiento específico permitió predecir de forma significativa, tanto las intenciones y el comportamiento actual como la estabilización de los hábitos de ejercicio físico, verificándose así mismo que las experiencias previas de éxito de la conducta incrementaron las percepciones de control. También

---

Salabarría-Peña, Lee, Montgomery, Hopp & Muralles (2003) utilizaron la TCP para diseñar una investigación con el objetivo de determinar los factores que influyen en el uso de preservativo en un grupo de mujeres. Estos autores constataron que las actitudes, las normas subjetivas y la percepción de control explicaban un porcentaje significativo de la intención conductual. Además los resultados indicaban que las amigas y las madres de las participantes, eran importantes influencias en la construcción de sus normas subjetivas. Otro ejemplo es el trabajo llevado a cabo por Conner, Norman & Bell (2002), en el cual se aplicó la TCP en el estudio de los comportamientos de alimentación saludable, identificándose que las intenciones conductuales eran precedidas por las actitudes, el control percibido y la percepción sobre el comportamiento anterior y que el comportamiento de alimentarse de forma saludable se predecía por las intenciones conductuales previas.

### 1.2.3. ATENCIÓN PRIMARIA EN EL EMBARAZO

En 1978 en la Declaración de Alma Ata, la Atención Primaria fue definida como el conjunto de cuidados de salud, esenciales, accesibles, a un coste que el país y la comunidad pueda soportar, con métodos prácticos, científicamente fiables y socialmente aceptables. En esta Declaración se enfatizaba también que además de ser accesible a todas las personas, la Atención Primaria debe ser de responsabilidad común, es decir, todos deben estar involucrados en ella. Se considera, que la Atención Primaria incluye cinco componentes clave:

1. Equidad
2. Implicación / participación de la comunidad
3. Intersectorialidad
4. Tecnología adecuada
5. Costes soportables

En el conjunto de actividades a desarrollar en este ámbito, se incluye la educación para la salud de los individuos y comunidades en lo referente a la magnitud y naturaleza de los problemas de salud de ese grupo de personas y los métodos para prevenir y controlar esos mismos problemas (WHO, 1998).

Starfield (2001) considera que la Atención Primaria de Salud es, esencialmente, un enfoque y que constituye la plataforma del sistema sanitario de cualquier país, influyendo profundamente en todos sus otros niveles de funcionamiento. En este ámbito se abordan las cuestiones más frecuentes relacionadas con la salud y se proporcionan servicios preventivos, curativos y de rehabilitación capaces de optimizar los niveles de salud y



---

bienestar de las poblaciones. Según la misma autora, la Atención Primaria es menos intensiva (tanto por lo que respecta al capital como al trabajo) y su organización es menos jerárquica que los cuidados de salud especializados (atención secundaria y terciaria), por lo que tendrá una mayor capacidad de adaptación y de respuesta a las necesidades en permanente transformación de las actuales comunidades y poblaciones.

No obstante la innegable importancia de la Atención Primaria de Salud en los Sistemas Sanitarios, bien subrayada por entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud, por las directivas europeas y también por los planes de acción de los gobiernos de cada país, a veces parece difícil encontrar los indicadores más adecuados, que permitan demostrar su contribución para el incremento de la salud y el bienestar de las poblaciones. Consideramos que este hecho se relaciona principalmente con el espacio de tiempo que transcurre habitualmente entre las intervenciones de carácter primario y sus resultados, además de con el aspecto que hemos comentado anteriormente y que se refiere al tipo de indicadores de salud que se siguen utilizando para evaluar la salud de las poblaciones, los cuales, mayoritariamente privilegian aspectos relacionados con la enfermedad y con los cuidados hospitalares.

La infraestructura organizativa esencial de la Atención Primaria es, sin duda, el Centro de Salud, principal entidad responsable de la promoción y mejora de los niveles de salud de una determinada población. Los Centros de Salud fueron creados en Portugal el 27 de septiembre del año 1971 por el Decreto-Ley nº 413 en su artículo 55, y en las actividades preconizadas para estas instituciones ya se incluía la higiene materno-infantil y la educación sanitaria. Desde su creación, los Centros de Salud han ido evolucionando, acompañando a la creciente complejidad de la atención de salud y también a la cada vez mayor exigencia de cuidados de salud centrados en el individuo y dirigidos a la promoción de la salud de las poblaciones.

---

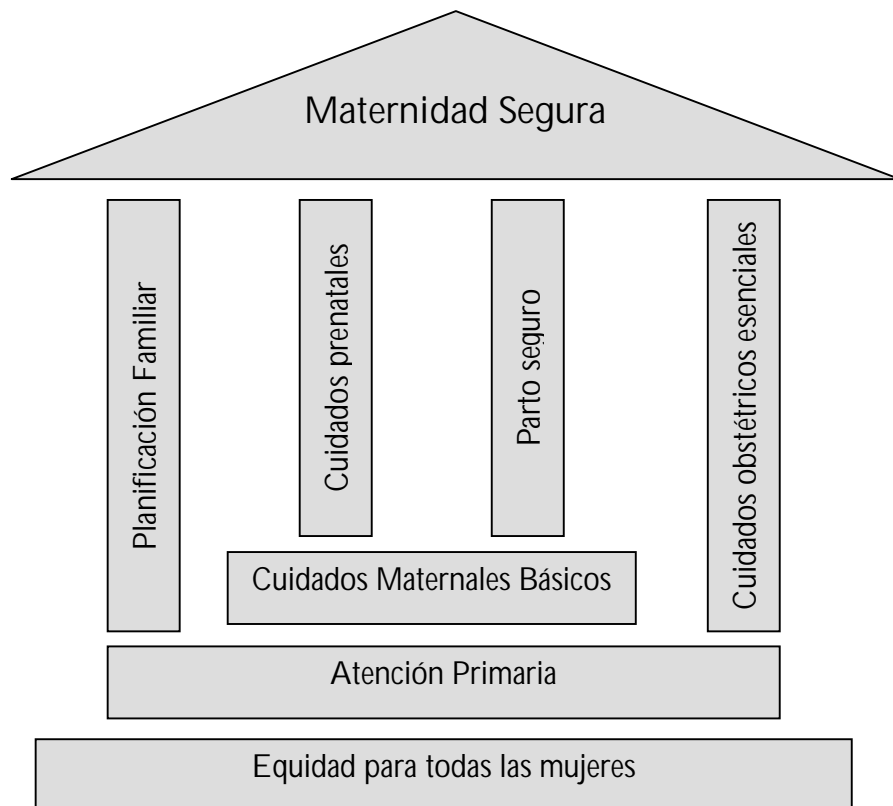
Así, actualmente los Centros de Salud dan respuestas a diferentes necesidades de las poblaciones y tienen actividades y consultas dirigidas específicamente a determinados grupos, como son los niños y las mujeres embarazadas. La gran mayoría de los embarazos transcurren sin complicaciones por lo que su seguimiento pertenece al ámbito de la Atención Primaria de Salud, esperándose que éste se realice, en su casi totalidad, en el Centro de Salud. El seguimiento de salud durante el embarazo tiene como objetivo general capacitar a la mujer para vivir este período de su vida en equilibrio, no solo físico sino también emocional y afectivo, disminuir al mínimo la posibilidad de ocurrencia de riesgos, ya sea para su salud, ya sea para la salud de su hijo y posibilitar el nacimiento de un niño saludable. Se propone que este seguimiento surja en la continuidad de cuidados de salud iniciados anteriormente en el ámbito de la planificación familiar y de la atención de salud en la preconcepción.

Como ya hemos comentado, consideramos que el objetivo último del seguimiento de la salud durante el embarazo dará lugar a una maternidad segura y saludable. Para conseguir ese objetivo, es importante que se reúnan varias condiciones, no solo físicas de bienestar fisiológico de la madre sino también, psicológicas, relacionales y económicas. Podemos así considerar que la maternidad empieza antes del embarazo: el contexto ideal para el desarrollo de un embarazo debe ser planificado individual y familiarmente. Para la Organización Mundial de Salud (WHO, 1994) la maternidad segura se basa en cuatro pilares fundamentales que deben ser proporcionados a través de Cuidados de Atención Primaria y basados en un espíritu de equidad para todas las mujeres (Ilustración nº 7):

1. La planificación familiar – donde se proporciona a los individuos y familias la información, las estrategias y el soporte para que éstos puedan planificar el momento, el número y el espaciamiento de sus embarazos.

2. Los cuidados prenatales – con los cuales se pretende orientar a la mujer y a su familia para vivir el embarazo en equilibrio, previniendo los riesgos cuando sea posible o detectando precozmente complicaciones y tratándolas apropiadamente.
  
3. Un parto seguro – cuidados de salud que garanticen que todos los profesionales de salud que presten cuidados durante el parto tengan los conocimientos, las competencias y el equipamiento necesario para posibilitar un parto seguro y puedan aportar cuidados de salud de calidad en el postparto a la madre y a su hijo.
  
4. Cuidados obstétricos esenciales – que garanticen los cuidados obstétricos esenciales para todos los embarazos en riesgo o que presenten complicaciones.

ILUSTRACIÓN N° 7 – Los cuatro pilares de una Maternidad segura



Fuente: WHO, 1994

---

Según Machado (2005), en un embarazo sin complicaciones los profesionales de salud que asisten a la embarazada deben: proporcionar asesoramiento, información y apoyo a la mujer y a su familia, buscar las estrategias que permitan reducir la sintomatología asociada al embarazo y ayudar a la mujer a adaptarse a las alteraciones fisiológicas que surgen en este período mediante un programa de seguimiento de la salud que permita asegurar el curso normal del embarazo y detectar de forma precoz las alteraciones de la normalidad.

Con la finalidad de proporcionar a los profesionales que trabajan en los Centros de Salud, las orientaciones técnicas indispensables para lograr un impacto positivo en la calidad de la atención de salud materna y fetal, la Dirección General de Salud emitió un documento que desde hace unos años sirve de guía para el seguimiento de la salud durante el embarazo (Ministério da Saúde, 1993). Este documento presenta como presupuestos que la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal depende esencialmente de los cuidados de salud prestados a la embarazada y al recién nacido y que es durante el embarazo y el parto cuando se decide la calidad del futuro desarrollo intelectual y físico del niño.

En este documento se presentan como objetivos de la consulta prenatal:

1. Evaluar el bienestar materno y fetal a través de parámetros clínicos y de laboratorio rigurosos.
2. Detectar precozmente factores de riesgo que puedan afectar a la evolución del embarazo y/o al bienestar del feto y orientar correctamente cada situación.
3. Promover la educación para la salud, integrando el asesoramiento y el apoyo psicosocial durante el seguimiento periódico del embarazo.

Este documento hace también referencia a la periodicidad del seguimiento prenatal, considerando que el esquema habitualmente recomendado prevé una consulta mensual

---

hasta las 36 semanas de embarazo, seguida de una consulta quincenal hasta el parto, sumando un total de 10 consultas. No obstante, en presencia de determinados condicionantes relativos a cada Centro de Salud o mujer, pueden considerarse como mínimo 6 consultas en el transcurso del embarazo.

En el año 1991 (Ministerio da Saúde, 1991) fue Institucionalizado el Boletín de Salud de la Embarazada (BSG). Éste es considerado un documento fundamental para la correcta orientación y seguimiento de la salud materna y fetal, siendo un excelente medio de intercambio de información entre los diferentes profesionales que cuidan a la embarazada y entre los diferentes niveles del Sistema de Salud. El BSG debe ser rellenado en la primera consulta y actualizado en las consultas siguientes, después del parto y en la consulta de puerperio. Este pequeño libro se entrega a la embarazada y se le recomienda que lo guarde con sus documentos más importantes, pues ahí se reúne toda la información sobre su embarazo. Además, se considera que la posesión del BSG debidamente rellenado, es un derecho de la mujer, dada su importancia en el contexto del seguimiento de la salud, considerándose una falta grave la inadecuada cumplimentación del mismo. De esta manera, la utilización del BSG es obligatoria.

El documento de orientación de la Dirección General de Salud (Ministério da Saúde, 1993) hace también referencia al contenido de la primera consulta de Salud Materna y de las siguientes. De una forma sucinta referiremos que en la primera consulta debe realizarse:

#### § Historia clínica

- Edad, estado civil, escolaridad, ocupación profesional
- Historia menstrual y contraceptiva
- Antecedentes obstétricos

- Antecedentes personales y familiares
  - Embarazo actual (fecha de la última menstruación, cálculo de la fecha probable del parto, tiempo de gestación, evaluar comportamientos saludables y patogénicos)
- § Exámen físico (altura, peso, presión arterial, exámen de los miembros inferiores, examen ginecológico)
- § Exámenes de laboratorio (grupo sanguíneo, glicemia, serologías, entre otros)
- § Evaluación del grado de riesgo del embarazo, según los criterios definidos y si tras la evaluación se concluye que está presente un riesgo medio o alto, la embarazada deberá ser remitida a la consulta de referencia en el hospital.

En las consultas posteriores siempre se llevan a cabo determinados procedimientos como: la estimación de la altura del fondo uterino, la audición del foco fetal, la evaluación del peso y de la presión arterial, de la existencia de edemas, de la presencia de proteinuria, glucosuria o bacteriuria, del bienestar psicoafectivo de la embarazada, sus hábitos alimenticios y de ejercicio físico y se repiten los exámenes de laboratorio.

Es importante señalar que las actividades anteriormente descritas son repartidas por un equipo de salud, que en la gran mayoría de las veces apenas incluye un enfermero y un médico, pero en el que también pueden formar parte, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas u otros. Sin embargo, el primer contacto de la mujer embarazada con el sistema de salud, usualmente se hace a través del enfermero. La consulta de enfermería suele, de este modo, abarcar un conjunto variado de actividades, donde se incluyen las más instrumentales, como es la evaluación de la presión arterial, del peso y de la altura del fondo uterino, pero principalmente, actividades educativas y de promoción de la salud.

El embarazo, es un período que exige a la mujer conocimientos y competencias que le permitan vivirlo de una forma equilibrada y que pueda posteriormente recordarlo como

---

una experiencia positiva y enriquecedora. La embarazada experimenta progresivos e innumerables cambios fisiológicos y emocionales, además, también en su vida familiar, social e incluso laboral suele ser necesario hacer ajustes y modificaciones, la verdad es que casi todo en su vida se altera en alguna medida. Este proceso, no siempre es fácil, como atrás referimos, requiere de la mujer la capacidad y los recursos para adaptarse y reformular las diferentes dimensiones de su vida, acorde a su nuevo estatus. En este ámbito, el enfermero tiene un importante rol como educador y consejero, ayudando a la mujer / pareja a desarrollar sus conocimientos y a optimizar la utilización de sus recursos para potenciar sus competencias de adaptación.

Es algo consensuado, que el contexto donde surge y se desarrolla un embarazo interviene de manera importante en aspectos asociados con el estado de salud de la madre, del niño e incluso de la familia. Así, el hecho del embarazo surgir en un momento en que no están reunidas las condiciones que la mujer / pareja consideran necesarias para su desarrollo, puede configurarse un serio problema.

Barber, Axinn & Thornton (1999) definen el embarazo planificado como aquel que es deseado en el momento de la concepción o incluso, antes. Considerando por otro lado, el embarazo no planificado como aquel que no es deseado en el momento de la concepción, siendo por eso considerado una situación no controlada, muchas veces identificado por la mujer como un "error" o un "accidente". Es importante considerar que el concepto de embarazo imprevisto o planificado es una evaluación que la mujer hace centrándose en el momento de la concepción, no obstante, todo el contexto afectivo relativo a esta valoración puede modificarse en el transcurso del embarazo, a través de la influencia de diversos factores o circunstancias, aconteciendo con frecuencia que muchos niños que nacen de embarazos no planificados, son deseados en el momento de su nacimiento.

En este contexto resulta importante referir pues, que la intencionalidad del embarazo tiene implicaciones en la vigilancia de salud, Mbizo, Bonduelle, Chadzuka, Lindmark & Nystrom (1997) identificaron una asociación significativa entre la baja adherencia a la atención de salud prenatal y el embarazo imprevisto. También Rodríguez, Olmedo, Cavanilhas & Vargas (1997) constataron en un estudio realizado en España con 409 mujeres, que el embarazo no planificado es uno de los principales indicadores de la adherencia inadecuada a la atención de salud, siendo que, las mujeres con embarazo no planificado empiezan el control de su salud más tarde y efectúan un menor número de consultas.

En este sentido, es fundamental para los profesionales, conocer el estatus de intencionalidad del embarazo de la mujer que cuidan, pues solamente así, pueden identificar mujeres que necesitan de un mayor soporte y orientación, con el objetivo de que estas adopten comportamientos compatibles con un adecuado control de su salud, con consecuentes beneficios para la salud de la madre y del niño.



### 1.2.3.1. ATENCIÓN DE SALUD A LA EMBARAZADA EN EL ALGARVE

En la Ilustración nº 8, podemos visualizar los Centros de Salud que constituyen la red de Atención Primaria en el Algarve: son 16 Centros de Salud y 68 extensiones.

ILUSTRACIÓN Nº 8 – Centros de Salud de la Región del Algarve



Haciendo una breve caracterización de esta región (situada al sur del país) vemos que posee una población de 411 468 habitantes, de la cual 206 090 son mujeres y de estas, cerca de 20% en edad fértil (entre 15 y 49 años); esta región presenta tasas de natalidad y fecundidad que se encuentran entre las más altas del país, siendo respectivamente 11,7‰ y 49,3‰ (INE, 2004). Además, hemos de señalar que esta región es un lugar de preferencia para la inmigración, por lo que posee un número significativo de mujeres en edad fértil que no son portuguesas, en el año de 2005 fue la segunda región del país con mayor porcentaje

---

de emigrantes, con un total de 59 768 individuos (Presidencia do Conselho de Ministros, 2005)

En las estadísticas relativas al año 2005 (Ministério da Saúde, 2006), sobre recursos humanos, se refleja que en los 16 Centros de Salud de la región trabajan, entre otros profesionales, 301 médicos y 348 enfermeros. Así mismo, en 2005 se realizaron un total de 25 094 consultas de salud materna, de las cuales 4 361 fueron primeras consultas y 20 733, consultas posteriores. Constatamos también que en esta región, por cada Centro de Salud y por enfermero existen 1 322 usuarios inscritos. Otro aspecto destacable es que en esta región, del grupo de enfermeros que trabajan en el Sistema de Salud un 79% es del sexo femenino y el 21% del sexo masculino (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2003)

En el Algarve existen dos maternidades, una en el Hospital de Faro y otra en el Hospital de Portimão, en las cuales tuvieron lugar 4 910 partos en el año 2005 (Instituto Nacional de Estatística, 2005a).

Después de esta breve contextualización, retomamos el análisis de la atención de la salud. En las Orientaciones Técnicas para la atención de la salud en el embarazo (Ministerio da Saúde, 1993), uno de los aspectos resaltados es la Educación para la Salud. Sensibles a este aspecto, los profesionales de la salud y específicamente los enfermeros de la región del Algarve sintieron la necesidad de elaborar un documento, donde se reúnen un conjunto de normas, pretendiendo al mismo tiempo, proporcionar un guía con el objetivo de unificar el lenguaje y protocolizar las actuaciones de los profesionales de salud.

El embarazo es un período en el que se producen numerosos cambios tanto físicos como psicosociales y familiares. Cada familia y cada mujer vive esta etapa de forma peculiar, con necesidades y preocupaciones específicas. No obstante siempre son necesarios conocimientos y estructuras de apoyo que les permitan vivir esta experiencia positivamente. Así, y como ya hemos expuesto, los enfermeros tienen un importante papel

---

en este contexto, ya que siendo por excelencia los educadores de los individuos y comunidades, asumen un protagonismo muy especial en la esfera de la salud materna.

De esta forma, en la región del Algarve, el documento de orientación fue desarrollado y divulgado en todos los Centros de Salud, a todos los enfermeros que hacían consultas de Salud Materna. Consta de un conjunto de normas de orientación relacionadas con diferentes temas de la Educación para la Salud a abordar durante las consultas. Por supuesto, las orientaciones son flexibles y deberán ser adaptadas a las necesidades específicas manifestadas por la embarazada o pareja y también conforme al contexto situacional, social y psicoafectivo. En este sentido, se resalta la interacción que se establece entre el enfermero y la embarazada como el recurso fundamental para la construcción de un entorno de proximidad y confianza que permita la expresión de sentimientos, pensamientos o dudas a lo largo de las sesiones de seguimiento prenatal.

Los temas identificados como principales objetivos de la Educación para la Salud durante el embarazo son:

- § Alteraciones fisiológicas del embarazo. Se incluyen las alteraciones orgánicas / funcionales manifestadas por la embarazada, causadas por la gestación y que desaparecen con el final del embarazo. Los objetivos pretendidos son, el de transmitir información a la embarazada acerca de las alteraciones fisiológicas del embarazo con el fin de proporcionar seguridad y confianza y sensibilizar a la mujer sobre la importancia de un seguimiento periódico que permita detectar situaciones de riesgo.
  
- § Comportamientos saludables. Constituido por, el conjunto de comportamientos y actividades de la vida cotidiana que contribuyen al bienestar materno y al desarrollo fetal saludable como por ejemplo, la alimentación, el reposo / ejercicio físico, el vestuario, las revisiones sanitarias y la actividad

---

sexual. Los objetivos que se persiguen son proporcionar comodidad y seguridad a la embarazada y permitir un seguimiento continuo del bienestar de la madre y del feto durante el embarazo y en el parto.

- § Incomodidades del embarazo. Esta temática abarca las señales y síntomas manifestados por la embarazada, derivados de las alteraciones fisiológicas del embarazo. Estos síntomas varían de mujer a mujer y muchas veces en la misma mujer se observan cambios en diferentes embarazos. También aquí se identifica como objetivo el aportar seguridad y confianza a la embarazada y contribuir a la sensibilización del seguimiento continuo, del bienestar de la madre y del feto.
- § Desarrollo fetal. Consiste en la secuencia progresiva de alteraciones morfológicas y fisiológicas que ocurren en el ser humano desde la fecundación hasta que el feto alcanza su madurez y que culmina con el parto. Con el abordaje de esta temática se pretende implicar a la pareja en el acompañamiento y desarrollo del embarazo y darles a conocer los aspectos más importantes del desarrollo fetal, ayudándolos a comprender mejor muchos de los cambios que ocurren en esta fase.
- § Lactancia materna. La lactancia materna es la forma natural de proporcionar alimento de forma equilibrada al recién nacido a través de la secreción láctea existente en el seno materno después del parto. El planteamiento de este tema tiene como objetivos, sensibilizar a la embarazada sobre la importancia de la lactancia materna, informar sobre las alteraciones más importantes en los senos durante el embarazo, informar sobre sus ventajas y recomendar cuidados del pecho.
- § Preparación para el parto. La preparación para el parto consiste en la información y aclaración de aspectos pertinentes y específicos relacionados

---

directa o indirectamente con el parto, lo cual puede ser complementado con sesiones prácticas. Se pretende que la mujer adquiera competencias a través de un mayor conocimiento del parto, con el fin de que pueda ejercer un mayor control sobre el mismo y colabore con los profesionales de salud.

- § Sintomatología relativa al parto. Se pretende que la mujer se sienta con más confianza y que conozca cuales son las señales y síntomas que deben llevarla a la maternidad. También es importante que la embarazada reconozca las diferentes fases del parto, hecho que le permitirá una mayor colaboración con el personal sanitario y una mejor participación en todo el proceso del parto.
- § Puerperio. En este ámbito se deben abordar los aspectos relacionados con el período que transcurre entre el parto y la sexta semana posterior. Las informaciones más importantes se centran en la higiene, la alimentación, el reposo, la consulta de revisión puerperal, la planificación familiar y los cuidados al recién nacido.

Se puede concluir que la Educación para la Salud es un proceso de asesoramiento que transcurre durante varias sesiones, a lo largo de 40 semanas de embarazo. Generalmente el seguimiento se hace con el mismo profesional, con pocas excepciones. En este sentido, se subraya la importancia de un registro riguroso de los temas y orientaciones abordados en cada sesión, de los problemas detectados, de las necesidades identificadas y de la receptividad de la mujer / pareja. Esta anotación puede hacerse en el BSG o en otro documento institucionalizado.

Así, y desde el punto de vista de la intervención del enfermero – esencialmente promotora de la salud – es importante ubicar las estrategias de atención de salud en el conjunto de factores que promueven la participación responsable de la mujer / pareja en el embarazo. Estos factores dependen de la mujer, de sus competencias y recursos, además de

---

la utilización que hace de ellos, pero también, del esfuerzo técnico y humano de los enfermeros. En este sentido compartimos la opinión de Canavarro (2001) cuando afirma que se deben incrementar los procedimientos que constituyan factores de protección y anular o disminuir las situaciones que puedan ser factores de riesgo. Solo así, se podrá contribuir para ayudar a las mujeres, que van a ser madres, a aprovechar ese momento tan especial del ciclo de vida, viviendo el alumbramiento y la alegría de tener un hijo y desarrollarse conjuntamente con él.

### 1.3. INTERACCIÓN EN SALUD





### 1.3.1. DELIMITACIÓN DE CONCEPTOS

Se dice que por nuestra condición de humanos nos es imposible no comunicar, no interactuar. Como mantienen Watzlawick, Beavin & Jackson (1967) la comunicación es una condición sine qua non de la vida humana y del orden social. El individuo está inmerso en un contexto social, en un grupo que ejerce influencia sobre sí y al cual él también influye en alguna medida. Como defiende la filósofa Hanna Arendt, el hombre nunca existe en el singular, en cualquier acción, los que actúan, nunca están separados de sus espectadores o sus compañeros (Honoré, 2004). El documento más antiguo donde se describe el arte de la buena comunicación se remonta a la quinta dinastía egipcia (3580 a.C. – 3536 a.C.), siendo su autor Ptah-Hotep. A esta obra se le da el nombre de Precepto y es reconocido como el estudio más antiguo de la comunicación interpersonal.

El término interacción, en base a su etimología, indica la idea de una acción mutua, recíproca. De esta forma, consideramos que una interacción se da cuando una determinada acción de un sujeto A funciona como estímulo elicitador de una respuesta en un sujeto B y viceversa. La expresión viceversa nos remite a la noción de feedback (retroalimentación), término que tiene su origen en la cibernética y que traduce un proceso circular donde la respuesta de B se convierte en su vez en un estímulo para A. Se sabe que la retroalimentación puede ser positiva o negativa. Según Watzlawick et al. (1967) la retroalimentación positiva desempeña un papel importante en la realización y mantenimiento de la estabilidad de las relaciones y caracteriza la homeostasis. Por otro lado, la retroalimentación negativa conlleva determinados cambios, es decir, a la pérdida de estabilidad o equilibrio.

---

En este contexto, Berlo (2003, p.15) considera que “el feedback proporciona a la fuente, información referente al éxito de un objetivo y de esta forma ejerce control sobre mensajes futuros que la fuente pueda codificar”. Esta conceptualización clarifica la interdependencia que se establece entre el profesional de salud y el usuario en un contexto de consulta. Sin embargo, es importante señalar que el feedback es un recurso que permite a los participantes en la interacción determinar su posición, verificar su conducta y la consecución de sus objetivos, pero tan solo cuando, éstos les son sensibles.

Consideramos aquí la interacción como un proceso o, lo que es lo mismo, un sistema. Watzlawick et al. (1967) consideran que el término “comunicación” es el aspecto pragmático de la comunicación humana; una unidad comunicacional será denominada mensaje y una serie de mensajes que tienen lugar entre dos personas será denominada interacción. Para Tubbs & Moss (2003) la comunicación es el proceso de crear un significado entre dos o más personas. Berlo (2003) afirma incluso, que la interacción es el objetivo de la comunicación humana.

La comunicación se define como un proceso dinámico, evolutivo, sin puntos de inicio o final. En las principales líneas teóricas de este tema encontramos la concepción de una fuente y un receptor, que en gran parte de las situaciones intercambian posiciones en el transcurso del proceso. De acuerdo con lo ya expuesto, cuando abordamos el concepto de feedback, podemos concluir que los comportamientos de la fuente no ocurren independientemente de los comportamientos del receptor o viceversa y de esta forma en una situación de comunicación, fuente y receptor son interdependientes. Berlo (2003) define dependencia e interdependencia, considerando que existirá una relación de dependencia entre A y B cuando A influya a B, pero B no influya a A o viceversa. De esta forma, la interdependencia se caracterizará por la dependencia recíproca o mutua. Este

---

autor resalta así mismo, que existen diferentes niveles de interdependencia según las situaciones y los individuos que participan en la interacción.

Para otros autores la interacción es una de las dimensiones o vertientes de otro concepto más amplio, que son las relaciones interpersonales. Así, Lewis (1988) considera la interacción como un conjunto de comportamientos específicos, observables y por lo tanto cuantificables, de forma que las relaciones interpersonales se infieren de las interacciones y se manifiestan como conceptos más difíciles de especificar y consecuentemente más difíciles de medir a través de la observación. Habermas (1996), teniendo en cuenta la influencia que el comportamiento de cada uno de los participantes ejerce sobre el otro, afirma que todas las interacciones establecen relaciones interpersonales.

Bersheid (1986) también habla del concepto de relaciones interpersonales y considera que el núcleo central de este concepto está constituido por la noción de dos individuos que se influyen recíprocamente, de forma que los cambios operados en uno de ellos implican cambios en el estado del otro. Se trata de una definición en la que queda bien establecida la noción de reciprocidad.

Refiriéndose al concepto de relación interpersonal, Hinde (1979) considera que la especificación del tipo de relación debe tener en cuenta ocho dimensiones:

1. El contenido o componentes de la interacción, que incluyen las funciones y objetivos de las interacciones.
2. La diversidad de las interacciones y la estructura que los diferentes tipos de posibilidades ofrecen.
3. Los aspectos de reciprocidad y complementariedad que se relacionan con el estatus o poder presente en las interacciones entre los individuos.

- 
4. Las dimensiones o componentes cualitativos, como el compromiso entre los miembros de la díada.
  5. La frecuencia de los diversos patrones de la interacción.
  6. Las cualidades multidimensionales, consideradas como una única categoría general utilizada para analizar, en conjunto, las cualidades de las interacciones como, por ejemplo su duración.
  7. Los aspectos relacionados con las representaciones cognitivas, que permiten a cada uno de los individuos implicados en una interacción pensar en el otro elemento y en sí mismo.
  8. La intimidad, que se refiere a la extensión del impacto de una personalidad sobre otra personalidad.

De entre estas dimensiones, Lewis (1988) prestó especial atención a la séptima – las representaciones cognitivas – considerando que es el aspecto que mejor caracteriza a las relaciones humanas, posibilitando que éstas se mantengan en ausencia del comportamiento.

Hinde (1997) habla específicamente de propiedades de las interacciones sociales que confieren complejidad a su análisis. Destacamos en primer lugar los efectos a largo plazo de las interacciones, es decir, en las interacciones no encontramos únicamente efectos inmediatos e instantáneos de las conductas de los participantes: la conducta X de A puede afectar a la conducta de B no sólo inmediatamente sino también después, durante el transcurso de esa interacción y también en futuras interacciones. Además, el autor hace referencia al hecho de que las interacciones no solo están enmarcadas por las conductas que se hayan producido; en muchos casos la expectativa de una conducta es más determinante que la conducta que en realidad se produce. Por último, subraya que las interacciones repetidas a lo largo del tiempo son algo más que “la suma de las partes”; dan lugar a fenómenos cuyas características pueden ser diferentes de las interacciones que

---

estuvieron en su origen. El mismo autor hace también una interesante delimitación de conceptos entre interacción y relación: una interacción se define mediante un único tema, mientras que una relación abarcará varias interacciones que podrán tener temáticas diferentes. El autor habla también de relaciones temáticas cuando un conjunto de interacciones están centradas en un único tema.

Al igual que Berlo (2003), Bershied (1986) enfatiza el concepto de impacto o interdependencia entre los elementos que intervienen en la relación. Según esta autora, este aspecto permite distinguir entre la relación interpersonal y el contacto interpersonal que sucede cuando el grado de interdependencia entre los individuos es pequeño o nulo.

En este contexto y como subraya Canavarro (1999), es importante reconocer las dos vertientes del concepto de relación interpersonal, la dimensión de representación cognitiva (la relación propiamente dicha) y la dimensión conductual (la interacción), que será el dominio en el cual más nos detendremos en esta investigación ya que representa el aspecto observable de las relaciones humanas.

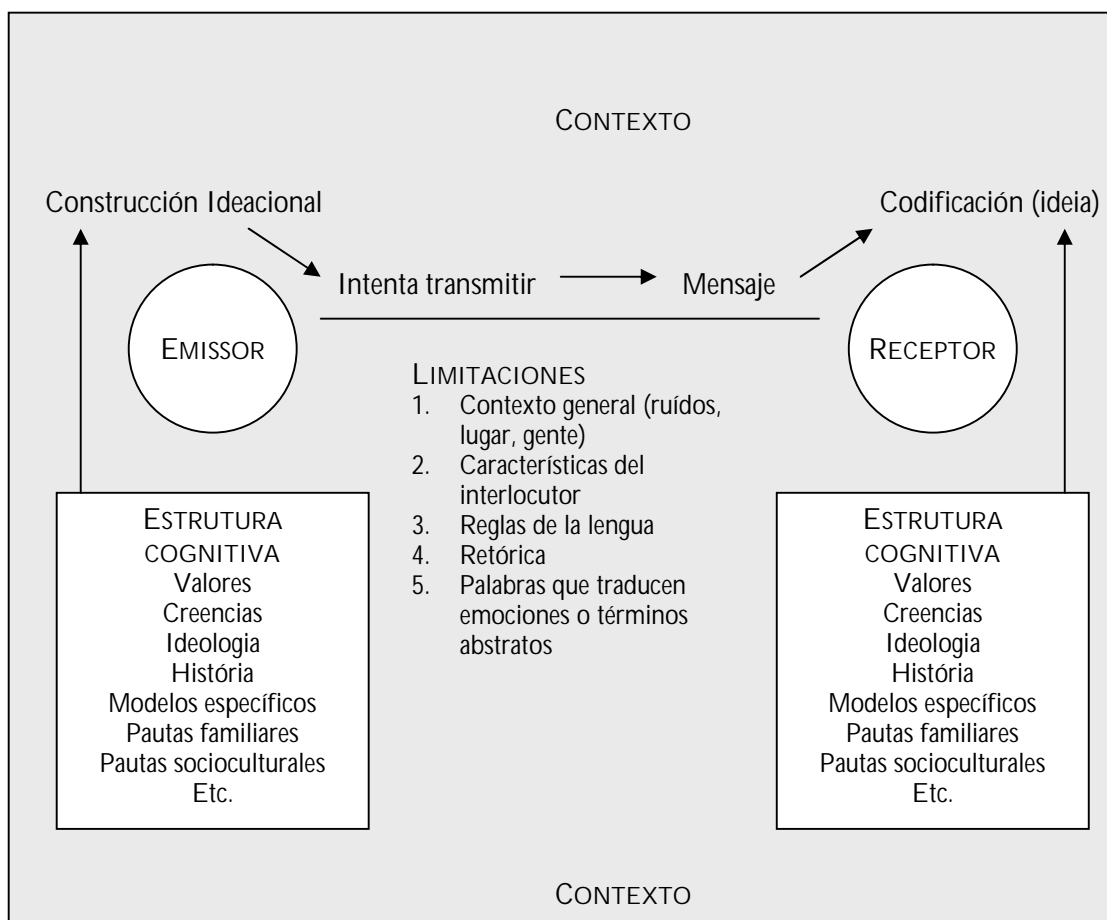
Cuando hablamos de interacción, es importante añadir al concepto de feedback, la noción de "copresencia" o de "frente a frente" para delimitar claramente el objeto de estudio. En este sentido, cuando nos referimos a la interacción, consideramos una serie de sucesos que tienen lugar en virtud de una presencia conjunta. En la opinión de Marc & Picard (1992), este criterio permite distinguir la noción de interacción de la noción de relación o de vínculo, los cuales no implican necesariamente una "copresencia", puesto que una relación o un vínculo pueden mantenerse y proseguir en la distancia y añaden que si la interacción implica a menudo relación, lo recíproco no siempre se verifica.

Realizadas las primeras puntualizaciones conceptuales, nos parece importante definir el contexto donde transcurre la interacción. Un encuentro interpersonal incluye participantes que están ubicados y caracterizados socialmente. Este contexto social imprime

su marca, aportando un conjunto de códigos y de normas que permiten que la interacción acontezca y aseguran su regulación (Marc & Picard, 1992).

Haciendo referencia a varios de los aspectos que hemos ido exhibiendo, podemos apreciar en la Ilustración nº 9, algunos de los mecanismos que están presentes en un contexto de comunicación e interacción.

ILUSTRACIÓN Nº 9 – Mensaje verbal



Fuente: Ceberio (2006, p. 100)

Así y como podemos apreciar en la ilustración anterior, verificamos que en un proceso de interacción, el emisor posee una idea que intentará traducir a través de palabras – la forma estructurada de nuestras representaciones mentales, construídas con base en las

---

experiencias anteriores, en los valores y creencias, en los conocimientos, etc. A su vez el receptor, a través de su estructura cognitiva y mediante su sistema de creencias, escala de valores, experiencias personales, normas familiares y socioculturales, etc., construye una idea. De este modo y como muy bien lo describe Ceberio (2006), el receptor hará una construcción de la construcción, que intentó transmitir el emisor, por lo que el emisor no descodifica el mensaje, más bien lo que hace es codificarlo, otorgándole un sentido a partir de su propio sentido.

Constatamos pues que el proceso interaccional es extraordinariamente complejo, especialmente si tomamos en consideración, que en la ilustración anterior no se hace referencia a los elementos no verbales, inevitablemente presentes en cualquiera interacción y que incrementan la complejidad del proceso, porque no se trata solo de lo qué se dice, sino también, de cómo se dice.

En este sentido, la interacción que se desarrolla entre la enfermera y la embarazada en una consulta de Atención Primaria es un proceso complejo, que presenta aspectos específicos. Estos aspectos se encuentran asociados a las características particulares de la embarazada, de la enfermera y del entorno. Todo el proceso tiene sus peculiaridades en lo relativo al tipo de información proporcionado y al lenguaje utilizado, al control sobre las decisiones de salud, a la proximidad entre enfermera y embarazada, al nivel de ansiedad y a la percepción de roles. El rol, expresión dinámica del estatus, surge como un conjunto organizado de conductas pero tan solo tiene sentido cuando es contextualizado en una relación concreta, puesto que el ejercicio del rol no se hace en solitario. El rol es la actitud que un determinado individuo adopta en una relación interpersonal, es un proceso intersubjetivo (Marc & Picard, 1992).

De esta forma y como muy bien lo clarifican Marc & Picard (1992, p.17)

“la interacción no es solamente un proceso de comunicación interpersonal. Es también un fenómeno social anclado en un marco espaciotemporal de naturaleza cultural, marcado por códigos y rituales sociales. Toda relación se inscribe en una institución que lleva con ella modelos de comunicación, sistemas de roles, valores y finalidades”.

Cuando nos propusimos “delimitar” los conceptos de interacción, relación interpersonal y comunicación, decidimos no ubicarlos en apartados distintos, porque consideramos que están profundamente interrelacionados, siendo difícil definir márgenes o límites para cada uno de ellos. De esta forma, creemos haber aclarado que estos conceptos son complejos y muchas veces utilizados indistintamente. En este trabajo nos situamos en el concepto INTERACCIÓN, considerando que este, como defiende Canavarro (1999), es el aspecto observable de las relaciones humanas.



### 1.3.2. LA INTERACCIÓN PROFESIONAL – USUARIO

Como hemos expuesto anteriormente, la comunicación es una parte integrante de los individuos, es inevitable para nosotros comunicar e interactuar. Pero, ¿cuales son las premisas o principios de una interacción o comunicación eficaz en salud? Probablemente, una comunicación que permita una proximidad tal entre profesional de la salud – usuario, que conduzca a un cambio en términos de calidad de vida y promoción de la salud.

En 1981, Ellis y colaboradores introdujeron el concepto de “profesionales de la relación interpersonal”. Aquí se incluyen una gama de profesiones, entre las que se encuentra la Enfermería. Estas profesiones comparten entre sí la necesidad de establecer relaciones interpersonales positivas y eficientes con los receptores de sus cuidados. En el pasado, la formación de estas profesiones se enfocaba esencialmente a la adquisición de competencias técnicas especializadas que excluían las competencias de comunicación. Pero este escenario empezó a cambiar cuando se demostró que el éxito de muchas de las intervenciones de estos profesionales dependía, en gran medida, de su capacidad de comunicación interpersonal. Para Kuteev-Moreira (2004) cualquier profesión depende de tres áreas de competencia:

1. Las competencias cognitivas: la base de conocimiento científico y conceptual que posibilita la legítima actividad de la profesión.
2. Las competencias instrumentales: técnicas de manipulación de los instrumentos prácticos inherentes a la acción o ejercicio de la profesión.
3. Las competencias sociales y comunicativas: incluyen la capacidad adquirida por el individuo para interactuar con el otro en el contexto profesional.

---

Obviamente, estas áreas de competencia están profundamente interrelacionadas y un profesional competente deberá desarrollarlas en equilibrio para lograr intervenciones de salud eficaces. No obstante, en este trabajo nos centramos en las competencias sociales y comunicativas. La comunicación es reconocida como el instrumento fundamental para el intercambio de información en un contexto de salud, es necesaria para resolver problemas de salud e indispensable para construir la relación terapéutica entre el usuario y el profesional de salud. Entendemos también que la forma en la que el usuario y el profesional de salud interactúan es importante para el usuario, para el profesional y de igual forma para la organización en la cual este trabaja. De hecho, en una época en la cual se concede especial importancia a la calidad y a la excelencia de las organizaciones y de los servicios que éstas proporcionan, es importante subrayar que el microcontexto donde se desarrolla la interacción influye en el macrocontexto de la organización.

La interacción que ocurre entre el profesional de la salud y el usuario puede estar estructurada de tal forma que los participantes se conozcan bien o que sean verdaderos extraños el uno para el otro. Gutek, Bhappu, Liao-Troth & Cherry (1999) han estudiado diferentes interacciones que ocurren entre un individuo que ofrece un servicio y el usuario del mismo, siendo estudiados, entre otros profesionales, los médicos. Estos autores defienden la categorización de las interacciones en tres tipos: RELACIONES, PSEUDO RELACIONES y ENCUENTROS. Esta distinción se basa en tres aspectos clave:

- a. ¿El profesional y el usuario pueden identificar las características del individuo con el cual interactúan?
- b. ¿El profesional y el usuario esperan interactuar en el futuro?
- c. ¿Hay una historia de interacciones compartidas?

En este sentido, cuando el usuario y el profesional esperan interactuar en el futuro se vuelven interdependientes y desarrollan una RELACIÓN. Ambos se benefician si existe

---

cooperación. Con el paso del tiempo se desarrolla un sentimiento de confianza mutuo y una historia común. Reconocen mutuamente sus roles en la interacción y también se reconocen como individuos. Los participantes en la interacción pueden considerarse en este caso cómplices o incluso un equipo (Gutek, 1995). Cuando un profesional y un usuario no esperan interactuar en el futuro, estamos en presencia de un ENCUENTRO. Como no existe expectativa de interacción futura, la cooperación se hace más difícil. Las PSEUDO RELACIONES son aquellas que se establecen entre los usuarios que acuden a los mismos servicios en diferentes momentos, pero que son atendidos por diferentes profesionales. En este caso, el usuario no establece una relación próxima con un profesional específico pero hay una familiaridad con la organización (Gutek, Cherry, Bhappu, Schneider & Woolf, 2000).

Peplau (1993) defiende que la Enfermería se basa en una relación humana, entre una persona que necesita de cuidados de salud y una enfermera con una formación especializada o específica para reconocer y responder a esa necesidad de ayuda. Añade, que es un proceso interpersonal y frecuentemente terapéutico de naturaleza seriada o sistemática y con un objetivo específico, que comprende varias fases, acciones, operaciones y realizaciones, que se producen entre la enfermera y la persona a quien presta cuidados. La misma autora argumenta también, que este proceso será educativo y terapéutico cuando la enfermera y el individuo a quien cuida, logren conocerse y respetarse como personas iguales y simultáneamente diferentes, como personas que participan conjuntamente en la solución de un determinado problema u objetivo. De esta forma podemos considerar que "para los fines de la práctica de la enfermería, una relación interpersonal es aquella en la que dos personas llegan a conocerse lo suficientemente bien como para afrontar los problemas que surjan de forma cooperativa" (Peplau, 1993, p. 8)

---

Watson (1979) subraya la importancia de la relación interpersonal en los cuidados de salud, defendiendo que la esencia de los cuidados de enfermería es el proceso interpersonal que se establece entre enfermera y usuario y que tiene como objetivo un resultado terapéutico.

No queda duda de que la relación enfermero – usuario abarca un vasto abanico de actitudes y comportamientos en los dominios humanos, relacionales y clínicos de la práctica de esta profesión y constituye un vehículo primordial para la promoción de la calidad de los cuidados en Enfermería.

Cossette, Cara, Ricard & Pepin (2005) consideran que el análisis de la investigación que se viene haciendo sobre el tema, nos permite identificar los aspectos más importantes de la interacción enfermero – usuario, tales como, los pensamientos, sentimientos y acciones deliberadamente dirigidos a la comprensión del individuo a quien se prestan cuidados y a sus necesidades, la prestación de cuidados en el sentido de encontrar significado en las experiencias de salud del individuo, la asistencia intersubjetiva y el diálogo que permite a los individuos aprender y desarrollarse.

En la línea de lo anteriormente escrito por Kuteev – Moreira (2004), es importante resaltar que el cuidado de enfermería es descrito no solo como aquél que incluye la dimensión humana y relacional de la interacción, que facilita y promueve el crecimiento de los individuos, sino también como aquel que abarca las dimensiones clínicas y técnicas (Leininger, 1979; Watson, 1979). En la realidad, para algunos autores estas dimensiones, frecuentemente, se sobreponen, considerando incluso que no pueden separarse (Morse, Solberg, Neander, Bottorf & Jonhson, 1990; Pepin, 1992).

En la opinión de King (1981), en Enfermería, la finalidad principal de la interacción es ayudar al individuo a manejar y afrontar un problema de salud o una preocupación referente a su salud. Esta autora defiende que el proceso de interacción es continuo, se

---

desarrolla hacia delante, en un contexto espacio-temporal y añade que una vez que ocurra una interacción, esta no puede repetirse. Varios autores subrayan este cariz de inevitabilidad de la interacción una vez que se inicia el proceso y consideramos que los profesionales de salud deben ser conscientes de él, puesto que desde el primer momento de una interacción se dejan “marcas” que pueden enriquecer u obstaculizar todo el proceso. Nos agrada la analogía establecida por Ceberio (2006, p. 20) cuando afirma que:

“algo tan ínfimo, o si se quiere imperceptible, como guiñar un ojo, torcer la boca, arrugar la frente o cualquier actitud análoga, puede constituir el detonante de un *efecto dominó*, en el que cada una de las piezas del juego relacional se derrumba de manera arrolladora”.

### 1.3.3. EL MARCO DE LA INTERACCIÓN EN SALUD

Como hemos referido, el proceso de interacción es complejo y presenta diversas dimensiones. El análisis de la interacción y específicamente de la que sucede en un contexto de salud no puede reducirse a los intercambios inmediatos que ocurren entre los interlocutores, sino que además está profundamente mediada por el contexto o la situación en la cual tiene lugar. Sin embargo, el contexto no es únicamente el entorno de la interacción, el conjunto de circunstancias donde surge: "es fundamentalmente un campo social (conjunto de sistemas simbólicos, estructuras y prácticas) que constituye a la vez un referente, un sistema convencional y un orden que hace posible el intercambio y le otorga sus mayores significaciones" (Marc & Picard, 1992, p. 75).

Los autores anteriormente nombrados, hacen referencia a varios aspectos del contexto donde transcurre la interacción, o más específicamente de la situación: el marco, la institución y los actores.

El marco sitúa y circunscribe el encuentro en el espacio y en el tiempo. Marc & Picard (1992) lo definen como las estructuras espaciales y temporales en las cuales se inscribe la interacción. Según estos autores, el marco espacio-temporal no es un simple entorno, una especie de telón de fondo en donde los efectos serían relativamente neutros, estructurado por la cultura, tiene también un efecto estructurador sobre las relaciones sociales.

### 1.3.3.1. LA ESTRUCTURA DEL ESPACIO

Todas las interacciones en contexto de salud ocurren en un espacio específico, de modo que la interacción en Atención Primaria tiene también sus particularidades. El caso que estudiamos sucede en un espacio cerrado, una sala de consulta. En la mayoría de las situaciones, la sala de consulta es utilizada por la misma enfermera y verificamos que el espacio tiende a ser caracterizado, es decir, el profesional deja su marca en él. Basta con entrar en uno de estos espacios para tener conciencia que no es meramente el lugar geográfico donde transcurre la interacción sino que ese espacio abarca importantes aspectos simbólicos que pueden en muchas formas matizar las relaciones. El espacio de la consulta puede ser agradable o desagradable, puede ser pequeño o amplio, oscuro o iluminado, puede permitir la proximidad entre los participantes en la interacción o al contrario presentar características que impiden la privacidad. De manera que el espacio de consulta, más que la dimensión física, posee una dimensión representativa: no importa tanto como es visto, sino como es percibido.

Edward Twitchell Hall acuñó el término “proxemia” (proxemics en su título original) que designa el conjunto de observaciones y teorías que se refieren al uso que el hombre hace del espacio como producto cultural específico y que surgió como un abordaje importante al papel del espacio como elemento de interacción. Uno de los elementos principales de este planteamiento es la transición del concepto de espacio personal por el de distancia interpersonal, un concepto más operativo y que permite analizar el comportamiento espacial como un proceso relacional que puede variar conforme el marco, las situaciones, los protagonistas, los grupos sociales y las culturas (Marc & Picard, 1992). Así, el espacio pasa a considerarse una más, de las variables de la relación interpersonal.

---

Hall (1959) describe las relaciones humanas en términos de cuatro diferentes tipos de distancia interpersonal:

- Distancia íntima – es una distancia aproximada de 45 centímetros (o menos). En su fase más próxima (de aproximadamente 15 centímetros o menos) la distancia íntima conlleva esencialmente a la comunicación no verbal. Esta es una distancia usualmente reservada a los amigos muy cercanos o a la familia. La fase más apartada (aproximadamente de 15 a 45 centímetros) es usualmente utilizada para discutir asuntos confidenciales, manteniéndose la voz al nivel del susurro. Este tipo de proximidad es muchas veces considerada impropia en locales públicos.

- Distancia personal – una distancia aproximada entre medio metro y metro y medio, puede considerarse según el autor, como una pequeña esfera protectora que el individuo mantiene entre él mismo y los otros. También presenta dos fases, la más cercana es reservada a las relaciones muy próximas y los tópicos discutidos siguen siendo del ámbito personal; la fase más apartada es una distancia confortable para una conversación entre amigos.

- Distancia social – la distancia que queda entre el metro y medio y los tres metros y medio (aproximadamente) es la distancia típica en los grupos de trabajo o grupos sociales.

- Distancia pública – distancia superior a tres metros y medio, estas son usualmente situaciones marcadas por una mayor formalidad del lenguaje y un nivel más elevado en la voz.

Marc & Picard (1992) refieren en este contexto, que la distancia personal es matizada por normas sociales pudiendo ser objeto de aprendizaje y señalan también que surge en función de la distancia psicológica y social que se desarrolla entre los participantes en la interacción, pudiendo considerarse una proyección simbólica de ella.



---

Otro de los elementos de la variable espacio que también influye en la interacción es la disposición espacial u orientación (Marc & Picard, 1992; Tubbs & Moss, 2003), la cual consiste en el ángulo entre los cuerpos de los individuos, mientras interactúan y evidentemente, refleja la naturaleza de esa relación. Según Marc & Picard (1992) parece que más que la disposición espacial es la accesibilidad visual la que desempeña un importante papel en la comunicación. En este contexto Tubbs & Moss (2003) hacen referencia a estudios que demuestran diferencias relacionales en función de la disposición espacial. Así, un ángulo de 90 grados parece facilitar la conversación, orientaciones cara-a-cara (180°) tienden a facilitar comportamientos competitivos y las orientaciones lado-a-lado se consideran relaciones de cooperación.

Malone (2003) nos habla, en el ámbito de la proximidad interaccional, de un aspecto que nos parece muy interesante, ya que considera tres tipos diferentes de proximidad entre un enfermero y un individuo a quien dirige su atención de salud:

- La proximidad física – que será la cercanía en la cual los enfermeros físicamente tocan y cuidan de los cuerpos de los individuos;
- La proximidad narrativa – considerada como la forma en la que los enfermeros tratan de conocer al individuo, escuchándolo e intentando comprenderlo en su historia de vida;
- La proximidad moral – considerada como la forma a través de la cual el enfermero reconoce al individuo como una persona con sus particularidades. Este concepto, en nuestra opinión se acerca bastante al concepto de empatía.

La misma autora subraya también que el concepto de proximidad presenta una dimensión temporal: no solo es importante el acercarse sino hacerlo durante el tiempo suficiente para permitir la proximidad en el sentido holístico, entre las dos personas que interactúan.

En nuestra situación particular constatamos que los enfermeros guardan en el espacio de consulta una distancia personal con la embarazada (aproximadamente metro y medio). Generalmente se encuentran separados por una mesa y la posición más utilizada es el cara-a-cara, no obstante hay profesionales que optan (intencionalmente) por posiciones de mayor proximidad (90°).

El espacio es pues una variable clave en el análisis del proceso de interacción. Nos parece conveniente resaltar que, presenta varias dimensiones que deben ser tomadas en consideración y que el espacio físico está profundamente entrelazado con el espacio relacional, o sea, la distancia o proximidad (física) está anclada en la relación intersubjetiva entre los protagonistas. El espacio puede así, ser a la vez, causa o consecuencia.

### 1.3.3.2. LA ESTRUCTURA DEL TIEMPO

Como ya hemos comentado anteriormente, la interacción no puede considerarse solo un proceso de comunicación interpersonal sino que es también un fenómeno social que se registra en un espacio y en un tiempo, el cual, como referimos, está estructurado por la cultura. En este sentido, consideramos que toda la relación y específicamente la que ocurre en un contexto de salud, no surge y se desarrolla en el "vacío" sino que se contextualiza en una institución y en su cultura organizacional. Sin embargo, es importante tener presente que los espacios y los tiempos de las interacciones no están estructurados únicamente por la cultura (organizacional, profesional) sino que también presentan un efecto estructurante sobre las relaciones en las que tienen lugar.

Como destacan Marc & Picard (1992), el tiempo surge simultáneamente como un elemento natural y como una estructura simbólica que imprime ritmo a la vida individual y social. Añaden, que el tiempo tiene no solamente una representación objetiva sino también una vivencia subjetiva: más experimentado que constatado, más sentido que medido. Consideran que esta representación del tiempo es una de las dimensiones esenciales de la relación del hombre con su entorno y con sus semejantes y que cualquier interacción se inscribe siempre en una dimensión temporal, dimensión ésta que es un proceso dinámico, con un antes y un después, un principio y un final, un pasado y un futuro, una fecha, una hora y una duración.

Consideramos necesario hacer igualmente mención a un concepto muy actual: la productividad. El concepto de productividad y las formas de evaluarla, son aspectos que han asumido un lugar cada vez más importante en la dinámica de las organizaciones. En términos simples podríamos considerar que la productividad de un profesional se mide en

---

función de los resultados de su trabajo. Si utilizamos como criterio de evaluación la cantidad, un profesional que proporcione cuidados de salud a diez usuarios será más productivo que aquél que en el mismo espacio de tiempo, preste dichos cuidados a tan solo cinco usuarios. Pero, como muy bien precisa Moore (2002), productividad y eficiencia son conceptos distintos al concepto de calidad. En este sentido, si un profesional de salud proporciona atención de salud a diez usuarios en un período de una hora, de tal manera que los individuos cuando termina la consulta sienten que sus preocupaciones no fueron escuchadas, que sus preguntas no fueron contestadas y que el contacto con el profesional de salud, en lugar de tranquilizarlos y transmitirles confianza les produjo más ansiedad, entonces se ha deteriorado la calidad de la atención de salud. Compartimos la opinión de Davidoff (1997) cuando afirma que si el tiempo disponible para la interacción profesional de la salud–usuario se encuentra notablemente limitado, la calidad de la atención así como los resultados esperados estarán en riesgo.

El citado autor subraya también que las consultas cortas o breves pueden ser, de igual modo, causa o efecto y explica: si el profesional siente presiones externas que le limitan el tiempo disponible para la consulta (por ejemplo, si está establecido que en el Centro de Salud X en el período de la mañana deben ser realizadas veinte consultas de Salud Materna) dicho profesional será selectivo en relación al tipo de actividades a desarrollar en la consulta. Concretamente, podrá dar preferencia a intervenciones más instrumentales, en detrimento de la escucha de las preocupaciones del paciente y de la puesta en marcha de estrategias de Promoción de la Salud. Con el paso del tiempo, este profesional tendrá una mayor tendencia a estructurar sus consultas según esos patrones y su duración será más breve, independientemente de influencias exteriores.

Consideramos así, que el tiempo es un bien precioso, sea para los usuarios, sea para los profesionales de salud. Davidoff (1997) considera que el tiempo es uno de los recursos

más preciosos en el contexto de la salud. Este autor refiere que, no obstante, sabemos poco sobre como usarlo de una forma eficiente y sobre el impacto de usar mucho o poco este recurso, por lo que es importante investigar para clarificar el rol del tiempo en el ámbito de la atención de salud.

### 1.3.3.3. EL CONTEXTO INSTITUCIONAL Y SUS ACTORES

La institución y sus actores serían los otros aspectos del contexto que enmarca la interacción y que le confiere su particularidad. La institución es considerada como un organismo específico caracterizado por su estructura y su estabilidad, sus modelos de funcionamiento, sus funciones y finalidades sociales. De una forma más amplia podríamos considerar una institución como una forma de organización social definida como un conjunto estructurado de valores, de normas, de roles, de formas de conducta y de relación (Marc & Picard, 1992). En nuestro contexto específico, pensaríamos en un sentido más amplio en el Sistema de Salud Nacional como la macroinstitución y a un nivel inferior, en el Centro de Salud donde se desarrolla la interacción. En este sentido, la institución de salud donde tiene lugar la interacción es fundamentalmente una matriz que aporta a la relación un código, representaciones, normas de roles y rituales que permiten que la relación acontezca y le confieren características específicas.

Así, analizar la interacción enfermero–usuario sin considerarla integrada en un sistema institucional, sería limitarla. En este contexto consideramos que la organización donde surgen las interacciones y particularmente las interacciones en salud, ejerce una importante influencia sobre ellas. Al mismo tiempo, las organizaciones son sistemas complejos donde interactúan varios elementos o actores y donde se realizan diversas funciones de modo que, si las organizaciones ejercen influencia sobre los individuos, ellos, como parte integrante de las mismas, también contribuyen en su dinámica. Consideramos que un sistema institucional solo será eficiente si hay sinergia entre todos sus elementos.

Como comentamos, los individuos son uno de los elementos fundamentales de un sistema institucional, o incluso, podemos considerarlos los cimientos de una organización.

---

Las relaciones e interacciones que establecen entre sí definen en gran medida toda la dinámica organizacional si bien, existen papeles o roles definidos, formal o informalmente, que permiten mantener el orden y definir los espacios de actuación y de competencia, aunque no siempre son claros.

Así, y como refieren Marc & Picard (1992) los individuos en las organizaciones se caracterizan por sus roles, así como por sus estatus. Ya anteriormente hemos analizado el componente subjetivo y relacional del concepto de rol y como muy bien describen estos autores, el rol puede definirse como un modelo interiorizado de actitudes y conductas necesarias para la orientación del individuo en sus relaciones con los otros y con su entorno. De esta manera:

“el rol tiene una dimensión interactiva esencial e instaura una relación dinámica donde «expectativa» y «respuesta» se complementan recíprocamente. Por un lado, el rol del actor está formado por el conjunto de actitudes y comportamientos esperados (...) en una situación determinada; por otro lado, aparece como una respuesta a estas expectativas. Los dos aspectos se «interpenetran» en un proceso dinámico de ajuste mutuo entre los actores en relación” (Marc & Picard, 1992, p. 96).

Desde esta perspectiva interaccional consideramos que los roles provienen de las expectativas mutuas de los actores y de las eventuales limitaciones organizacionales que también definen su posición dentro del sistema. Así, y como subrayan los citados autores antedichos, el rol no es un atributo individual pero sí un hecho relacional en el cual el comportamiento de un individuo solo puede comprenderse cuando es integrado en su relación con los otros actores, que se encuentran en un determinado contexto.

De esta manera y como si fuera un juego, los actores que participan en una interacción contextualizada en un sistema institucional interpretan papeles y estratégicamente buscan caminos que orienten sus conductas hacia el otro y aunque, a

---

veces inconcientemente, hay un margen de negociación donde solo uno de ellos avanza hasta donde el otro le permite ir.

Hacemos aquí un paralelismo entre lo definido por Marc & Picard (1992) cuando hablan de los juegos de poder y los diferentes prototipos de control que pueden surgir en la relación profesional de la salud – usuario. Como ya hemos expuesto, cada interacción es única y está en función del contexto, del objetivo, de las particularidades de cada individuo y también de las expectativas de ambos participantes. La expresión del control y la dinámica de negociación en la relación entre el profesional de salud y el usuario son aspectos importantes y pueden asumir diferentes formas que conllevarán a diferentes relaciones. En este ámbito, varios autores sugieren modelos que reflejan también diferentes formas de “negociar” o de “jugar” el poder y la autonomía de cada uno de los participantes en la interacción. Por supuesto que no existe el modelo perfecto y universal aunque sí el modelo que funciona mejor en una determinada situación, con determinados actores. En este sentido estamos de acuerdo con la contribución de Hui (2005), cuando afirma que los modelos son dinámicos, culturalmente sensibles (a la cultura social, organizacional y profesional) y no son universales.

No obstante y aunque esta temática es usualmente abordada desde la perspectiva de la relación médico – usuario, consideramos que estos modelos de relación están presentes en las interacciones de otros profesionales de salud. Emanuel & Emanuel (1992) presentan cuatro modelos de interacción en el contexto de la salud teniendo en consideración los objetivos de la interacción, las obligaciones de los profesionales, los valores y el concepto de autonomía del paciente. Los modelos identificados son:

1. Paternalista – en este modelo el profesional toma las decisiones en beneficio del usuario independientemente de los valores o deseos de éste. Según Hui



---

(2005), las relaciones que se enmarcan en este modelo incluyen a un profesional de salud autoritario y a un individuo que es el receptor pasivo y sumiso de los beneficios de salud.

2. Informativo – en este modelo se espera que el profesional proporcione la información y el individuo, a la luz de sus valores tome sus propias decisiones. Según Hui (2005), en este modelo el profesional de salud es reducido a un técnico moralmente neutro y que simplemente proporciona información también neutra en términos de valores y deja que el usuario decida independientemente. Este autor considera que ésta no es una relación profesional de salud – usuario “saludable” y que frecuentemente conduce a resultados terapéuticos pobres.

3. Interpretativo – aquí el individuo no está seguro de sus valores y el profesional de salud adopta el rol de consejero y asiste al individuo y lo orienta en relación a la opción a elegir. Es un modelo alternativo al modelo paternalista, donde el profesional mantiene su capacidad de persuasión y el usuario una limitada autonomía.

4. Deliberativo – el individuo es receptivo al desarrollo y el profesional lo educa en función de los valores deseables. En este modelo el profesional asume el rol de mentor, conduciendo al individuo en la identificación de los valores que afectan o que son afectados por su situación de salud. Hui (2005) considera que este es un modelo de relación equilibrado donde se toman decisiones compartidas, optimizando los conocimientos del profesional y respetando la autonomía y los valores del usuario.

Así, las interacciones que se establecen entre individuos en un contexto de salud, están configuradas por varios elementos, empezando por los mismos actores que participan en ellas y que consciente o inconscientemente negocian papeles y estrategias interaccionales. Además, la organización es también un elemento de este proceso, como refieren Marc & Picard (1992, p. 103) “no es un sistema que engloba y determina las relaciones humanas o su preexistencia, es el producto del juego, al mismo tiempo que su marco necesario”.

#### 1.3.4. ÁMBITOS DE INVESTIGACIÓN

Desde que fue reconocido el rol central de la comunicación y de la interacción profesional – usuario en la calidad de las intervenciones de salud, la investigación intenta conocer las características más específicas de estos procesos para mejorarlos. Se estudian los contextos, los profesionales y los usuarios. Un conocimiento más profundo de los individuos que buscan los cuidados de salud, de sus problemas de salud y de sus contextos sociales, conllevará a una comunicación más efectiva y a unas interacciones de elevada calidad.

Los estudios sobre la comunicación profesional de salud – usuario demostraron que el estilo de comunicación del profesional de salud tiene un impacto en resultados de salud como la satisfacción y la adherencia (Roter & Hall, 1992). En la comunicación efectiva influye también la percepción que el profesional de salud tiene de las expectativas del usuario. Esa consciencia de las expectativas del otro es fundamental y permite al profesional comprender al usuario, proporcionándole el nivel adecuado y deseado de información.

Kreps et al. (2003) sugieren que una línea importante para la investigación en esta área es el estudio del profesional y del usuario conjuntamente. Subrayan específicamente la importancia de evaluar la concordancia entre ellos en relación a valores y expectativas asociadas a sus respectivos roles. Concluyen que en la investigación que se desarrolla en este contexto se encuentra una paradoja: no obstante y aunque se estudia con mayor profusión la comunicación del profesional de salud que la del usuario, las características del profesional son estudiadas con menos frecuencia que las del usuario. En este sentido, consideran que es significativo estudiar características del profesional tales como género,

---

personalidad y actitudes sociales así como la forma en la que éstas se reflejan en los cuidados que proporcionan y en sus respectivos resultados.

Otro aspecto relevante en la interacción en salud y que determina en gran medida la calidad de los cuidados y la satisfacción de los participantes es la comprensión mutua. Para que los usuarios perciban que los cuidados de salud son de calidad es necesario que ellos comprendan al profesional de salud y de igual forma, es necesario que ellos mismos se hagan comprender. En este sentido, Harmsen, Bersen, Meeuwesen, Pinto & Bruijnzeels (2004) desarrollaron una escala de comprensión mutua (Mutual Understanding Scale – MUS). Concluyeron que los aspectos étnicos, la adecuación del lenguaje y la edad eran los aspectos que predecían de una forma más importante la comprensión mutua.

A pesar de que, actualmente, asistimos a una gran actividad investigadora que utiliza metodologías cualitativas en el ámbito de la Enfermería, el desarrollo de instrumentos de evaluación cuantitativa de las diversas dimensiones del cuidar ha sido frecuente y su inicio se remonta a los años ochenta. En el año 2002, Jean Watson publicó un libro en el que revisa 21 escalas, teniendo en consideración sus soportes teóricos y sus características metodológicas. Entre sus conclusiones considera que el Care–Q y el Care–Sat (Larson, 1984; Larson & Ferketich, 1993), el Caring Behaviors Assessment Tool – CBA (Cronin & Harrison, 1988) y el Caring Behaviors Inventory – CBI (Wolf, 1986; Wolf, Giardino, Osborne & Ambrose, 1994) son los instrumentos usados con más frecuencia en la investigación en enfermería y que debido a esto, su fiabilidad y validez están bien demostradas (Watson, 2002).

Se constata que el contenido de cada uno de los instrumentos anteriormente referidos varía de acuerdo con su marco teórico. A pesar de eso, Cossette et al. (2005) consideran de importancia el hecho de que, determinados atributos frecuentemente

---

asociados al cuidar tales como "oír al paciente" y "demostrar competencia clínica", estén presentes en la mayoría de las escalas analizadas.

Según Bear & Holcomb (1999), el primer instrumento desarrollado para evaluar la interacción establecida entre usuario y enfermero fue el de Prescott, Jacox, Collar & Goodwin, el cual surgió en el año 1981. Este instrumento, el Nurse Practitioner Rating Form (NPRF), recurre a la observación para determinar la cantidad de tiempo que el enfermero emplea en ocho diferentes actividades predeterminadas. Aunque el NPRF haya sido utilizado sistemáticamente, autores como Courtney & Rice (1997) consideraron que presentaba limitaciones, decidiendo no utilizarlo más hasta que fuera modificado o creado un nuevo instrumento. Las limitaciones señaladas fueron, esencialmente, la conceptualización por parte de los autores del proceso de cuidados de enfermería en Atención Primaria como un proceso de enseñanza, en el que el análisis de la intervención del enfermero se centraba, esencialmente en actividades consideradas funciones de enseñanza, relegando a un nivel periférico otras funciones importantes como la definición de metas y el apoyo afectivo.

En 1999, Bear & Holcomb presentaron The Client Encounter Form (CEF), a la que consideraron como una nueva herramienta para la evaluación de la interacción enfermero – usuario en Atención Primaria. El CEF fue desarrollado con el objetivo de evaluar los elementos de la interacción enfermero – usuario que tiene lugar en una visita de Atención Primaria. Este instrumento tiene como base conceptual el Cox's Interactional Model of Client Health Behavior (IMCHB). Este modelo será explicitado en el siguiente capítulo.

La investigación también documenta diferencias entre enfermeros y usuarios en cuanto a las actitudes que cada uno de estos individuos consideran las más importantes en un contexto de cuidados de salud. Los enfermeros tienden a valorar los aspectos

---

psicosociales de los cuidados, la dimensión relacional, mientras que los usuarios consideran importantes los aspectos clínicos y técnicos de los cuidados (Cossette et al., 2005).

En los últimos años, son escasos los estudios realizados en el ámbito de la interacción enfermero – usuario, centrados en el análisis de las conexiones entre ésta y los resultados en términos de indicadores de salud para los individuos que reciben cuidados. En realidad, se considera que el mayor desafío en esta área es evaluar las interacciones enfermero – usuario, de forma tal que posibilite analizar, las relaciones entre las actitudes y el comportamiento de quienes cuidan y los consecuentes resultados en términos de salud para los individuos que reciben esos cuidados (Cossette et al., 2005).

Otros estudios se han centrado en la comparación de las interacciones que se establecen entre diferentes profesionales y los usuarios. Bear & Holcomb (1999) comparan la práctica de los enfermeros con la de los médicos en Atención Primaria. Defienden que, por un lado, la práctica de Enfermería integra los aspectos físicos y psicosociales de los cuidados de salud a los individuos, incluyendo también el énfasis en la intervención precoz, en el auto cuidado y en la continuidad de los cuidados. Por otro lado, consideran que los médicos perciben mayor responsabilidad en aspectos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Estos datos resaltan el protagonismo del enfermero como promotor de comportamientos saludables.

Cossette et al. (2005) teniendo como objetivo la evaluación de la interacción enfermero - usuario, desarrollaron The Caring Nurse – Patient Interactions Scale (CNPIS). Esta escala se basa en la Teoría del Cuidar de Jean Watson y se compone de 70 ítems subdivididos en 10 factores de cuidado: humanismo, esperanza, sensibilidad, relación de ayuda, expresión de las emociones, resolución de problemas, enseñanza, entorno, necesidades y espiritualidad. Los autores concluyen que este instrumento posee un buen potencial para evaluar la interacción enfermero – usuario.

---

Cleary & Edwards (1999) estudiaron los factores que influyen en la interacción enfermero – usuario en un contexto de psiquiatría (pacientes agudos). Concluyeron que existen diversos factores que influyen en la calidad y en la cantidad de la interacción. De entre los factores encontrados destacamos:

- § Algunas cualidades del enfermero, como la capacidad de comprender, la honestidad, la simpatía y la empatía. Todos ellos fueron considerados atributos esenciales que influyen de forma positiva en la interacción enfermero – usuario.
- § El trabajo en equipo también fue identificado como un factor que facilita la comunicación, contribuyendo a una interacción de mejor calidad.
- § El tiempo dedicado a cada usuario también incide en la calidad de la interacción.
- § La cantidad de actividades administrativas y burocráticas se identificó como un factor con influencia negativa sobre la interacción.

No obstante y a pesar de que este estudio ha sido realizado en un contexto de enfermedad, los aspectos identificados pueden ser encontrados en otros contextos, por lo que creemos que es importante reflexionar sobre ellos.

Constatamos así que, en los últimos años, se ha convertido en un área prioritaria la investigación de la interacción entre profesionales de salud y usuarios. Esta importancia reside en el rol central que la interacción profesional – usuario ocupa en la calidad de los cuidados de salud. Se reconoce que la comunicación es un instrumento esencial, pero tan solo, cuando es usada como una herramienta o un conjunto de herramientas conscientemente planificada, sistemática y dirigida hacia la consecución de intervenciones específicas.

A continuación se ofrece un cuadro (Cuadro nº 3) donde se presentan varias escalas de evaluación de la interacción enfermero – usuario.

CUADRO nº 3 - Escalas de evaluación de la interacción enfermero – usuario.

INSTRUMENTO	AUTOR	DESARROLLADO PARA EVALUAR:	CALIDADES PSICOMÉTRICAS
Caring Assessment Report Evaluation Q - Sort (Care – Q)	Larson (1984)	La percepción relativa a las conductas cuidadoras de los enfermeros en pacientes de cancer	50 ítems / 6 subescalas Consistencia Interna: 0.94
Care Satisfaction Questionnaire (Care / Sat)	Larson & Ferketich (1993)	La satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería	29 ítems Consistencia Interna: 0.94
Caring Behaviors Inventory (CBI)	Wolf (1986, 1994)	La percepción del proceso de cuidados en pacientes y enfermeras	42 ítems / 5 subescalas Consistencia Interna: 0.96
Caring Behaviors Assessment Tool (CBA)	Cronin & Harrison (1988)	Percepciones de los pacientes relativas a las conductas de cuidados de las enfermeras	63 ítems / 7 subescalas Consistencia Interna: 0.93
Caring Behaviors of Nurses Scale (CBNS)	Hinds (1988)	La relación entre las conductas cuidadoras de la enfermera, la esperanza y los resultados de salud en adolescentes en tratamiento por consumo de drogas	22 ítems Consistencia Interna: 0.86
Professional Caring Behaviors (PCB)	Horner (1989, 1991) Harrison (1995)	La percepción de las conductas cuidadoras del enfermero	56 ítems / 28 ítems positivos + 28 ítems negativos Consistencia Interna: 0.92 – 0.94
Nyberg Caring Assesment (Attributes) Scale	Nyberg (1990)	Los atributos de los cuidados de enfermería en la percepción de la enfermera	20 ítems Consistencia Interna: 0.85 – 0.97
Caring Ability Inventory (CAI)	Nkongho (1990)	La habilidad del individuo para cuidar cuando se relaciona con los otros (aplicado a estudiantes de enfermería y a enfermeros)	37 ítems / 3 subescalas Consistencia Interna: 0.80 – 0.90
Caring Behavior Checklist (CBC) and Client Perception of Caring (CPC)	McDaniel (1990)	Son dos instrumentos desarrollados para aplicarse en conjunto a través de observación. En las enfermeras evalúa la presencia o ausencia de acciones específicas que denotan el Cuidado y en el paciente evalúa la respuesta de este a las conductas cuidadoras de la enfermera	CBC – 12 ítems Fidelidad del cotador: 0.76 – 1.00  CPC – 10 ítems Consistencia Interna: 0.81
Caring Assessment Tools (CAT)	Duffy (1992, 2001)	Las actividades de cuidado de las enfermeras en la forma como son percibidas por los pacientes. Es para ser aplicado en pacientes adultos. Tiene una versión para aplicación a enfermeras (CAT – admin) y una versión para alumnos de enfermería (CAT – edu)	100 ítems CAT – Adm Consistencia Interna: 0.98  CAT – edu Consistencia Interna: 0.98
Patient Reactions Assessment (PRA)	Galassi, Schanberg & Ware (1992)	Las percepciones de la calidad de la interacción profesional – paciente, desde la perspectiva del paciente	15 ítems / 3 subescalas Consistencia Interna: 0.87 – 0.91

CUADRO nº 3 - Escalas de evaluación de la interacción enfermero – usuario (cont.)

INSTRUMENTO	AUTOR	DESARROLLADO PARA EVALUAR:	CALIDADES PSICOMÉTRICAS
Escala de Satisfacción del Paciente con los Cuidados de de Enfermería	Cabrero, Richard & Reig (1993)	El grado de satisfacción con el personal de enfermería	41 ítems Adaptación de la original de La Mónica et al. (1986) Consistencia Interna: 0.92
Caring Efficacy Scale (CES)	Coates (1995, 1997)	La autoeficacia del enfermero para manifestar y establecer una relación de Cuidado con los pacientes	30 ítems Consistencia Interna: 0.85
Holistic Caring Inventory	Latham (1988, 1996)	Las percepciones de los pacientes relativas al Cuidado del enfermero	39 ítems / 4 subescalas Consistencia Interna: 0.89 – 0.91
Caring Dimensions Inventory (CDI)	Watson & Lea (1997)	Percepciones relacionadas con el Cuidar en enfermería. Aplicado a estudiantes de enfermería y enfermeras.	25 ítems Consistencia Interna: 0.91
Client Encounter Form (CEF)	Bear & Holcom (1999)	Los elementos de la interacción que ocurren entre el enfermero y el cliente en Atención Primaria	Fidelidad del cotador (Cohen' Kappas): 0.78 – 1.0
Caring Profesional Scale (CPS)	Swanson (2000)	El índice atribuido por los pacientes a los profesionales sanitarios (medicos y enfermeros) según sus practicas de cuidados.	14 ítems Consistencia Interna: 0.74 – 0.97
Caring Nurse – Patient Interactions Scale (CNPI-Scale)	Cossette et al. (2005)	Las interacciones enfermero – cliente a través de diferentes grupos de informadores (paciente, familiares, enfermeros)	70 ítems / 10 subescalas Consistencia Interna: 0.97 – 0.98
Client – Centred Care Questionnaire (CCCQ)	Witte, Schoot & Proot (2006)	Los cuidados de enfermería centrados en el cliente (evaluados desde la perspectiva del cliente)	15 ítems Consistencia Interna: 0.94



### 1.3.5. MODELO INTERACCIONAL DEL COMPORTAMIENTO DE SALUD DEL CLIENTE

Hacemos aquí referencia a un modelo conceptual que podría perfectamente englobarse en las teorías relativas a la Promoción de la Salud. No obstante, hemos optado por situarlo en este capítulo por el rol central que la autora otorga a la interacción enfermera – usuario en el proceso de Promoción de la Salud y de Prevención de la Enfermedad.

Este modelo fue presentado en el año de 1982 por la enfermera Cheryl Lorane Cox y abarca de igual forma características del usuario y factores externos al individuo, procurando proporcionar una explicación holística de las conductas directamente dirigidas a la reducción de los riesgos en el ámbito de la Promoción de la Salud (Pender et al., 2006). Según la autora del modelo (Cox & Roghmann, 1984), su proposición central es que los resultados de salud están determinados por el grado en el que el profesional de salud adecua su actitud y su conducta a las respuestas del usuario, a un problema de salud o a una preocupación en el ámbito de la salud, así como a las particularidades físicas y socioculturales del individuo. En este sentido, Cox (2003) considera que el Modelo Interaccional del Comportamiento de Salud del Cliente (MICSC), permite describir la multiplicidad interdependiente de antecedentes de los comportamientos de salud (protectores y de riesgo) y también posibilita la identificación de los comportamientos del profesional de salud que potencialmente influyen en los resultados de salud.

La estructura del IMCHB reúne aspectos antecedentes al comportamiento de salud, y que pueden ser de orden físico, social, cognitivo, motivacional, afectivo y del entorno. Según la autora (Cox, 2003), el modelo ofrece un rol contextual prioritario al profesional de

---

salud en cuanto a la capacidad para intervenir positiva o negativamente en los resultados de salud. El modelo, que representamos esquemáticamente en la Ilustración nº 10, está constituido por tres elementos centrales:

1. Peculiaridad del cliente (la configuración particular, intrapersonal y contextual del individuo);
2. La interacción profesional – cliente (el proceso y el contenido terapéutico que ocurre entre el profesional y el cliente);
3. Los resultados de salud (el comportamiento o el resultado relacionado con el comportamiento posterior a la interacción).

La autora señala así mismo que el Modelo se basa en tres importantes suposiciones:

- § El reconocimiento del papel del libre arbitrio y de la autodeterminación en los comportamientos de salud. El individuo puede tomar decisiones competentes sobre sus comportamientos de salud y además, cada individuo presenta características únicas que afectan a sus opciones a través de la evaluación cognitiva, categorizada en los elementos de la singularidad del cliente.
- § El reconocimiento de que la habilidad, el estilo de interacción y la estrategia de intervención del profesional puede funcionar como soporte o como disuasor en un determinado comportamiento de salud;
- § El reconocimiento del impacto dinámico que la singularidad del cliente tiene sobre los resultados de salud.

Cox (2003), formula una importante hipótesis central, considerando que la probabilidad de que el cliente logre resultados de salud positivos, se incrementa en la medida en la que, la intervención o interacción del profesional se adapta (tailor) a la particularidad de cada individuo.

---

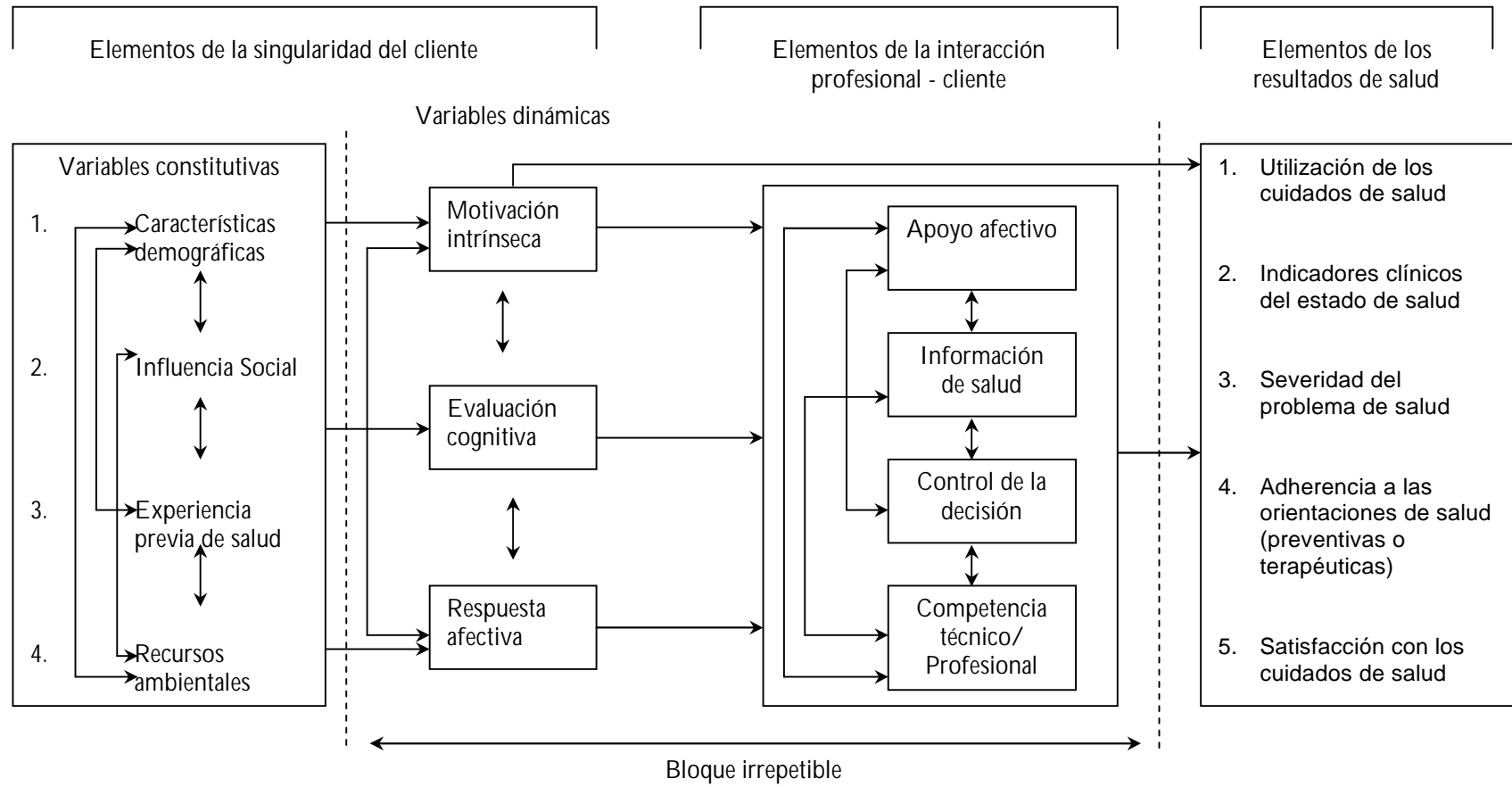
Así, la autora refiere que se produce una relación recíproca entre las variables dinámicas del cliente y los cuatro conceptos que constituyen el elemento de interacción profesional – cliente. De esta forma, la intervención debe dirigirse a la singularidad del cliente en el sentido de maximizar los resultados de salud. Con el paso del tiempo, los elementos de los resultados de salud ejercerán un efecto de feedback que puede influenciar tanto a las variables del contexto (background) como a la singularidad del cliente.

Como explica Cox (2003), en el Modelo, la peculiaridad del cliente comprende dos conjuntos diferentes de factores: las variables de background y las variables dinámicas. Estas variables pueden evaluarse en base a múltiples factores.

En las variables constitutivas se pueden incluir factores como las características demográficas, la influencia social (cultura, religión, influencia de los pares, redes sociales y apoyo social), las experiencias previas de salud (historia de salud), los recursos del entorno (acceso / barreras a los cuidados de salud) y los recursos personales. Estas son variables relativamente estáticas en un determinado momento, que pueden presentar cambios a lo largo del tiempo, que generalmente son paulatinos y sutiles.

El estatus de “desenvolvimiento” se incluye en este tipo de variables, considerándose, que en un determinado momento, debe ser considerado como un aspecto importante para la explicación del comportamiento de salud. Según aclara la autora, esta inclusión no significa que el estatus de desenvolvimiento sea una variable estática, ya que evidentemente, a lo largo del tiempo el estatus de desenvolvimiento varía, sino que la justificación se basa en que el estatus no es inmediatamente y directamente alterado por la intervención, por lo que se considera una característica esencialmente estable.

ILUSTRACIÓN N° 10 – Modelo interaccional del comportamiento de salud del cliente



Fuente: Cox (1982, p. 47)

La autora resalta también que las variables constitutivas presentan una influencia directa en algunos resultados de salud, aunque sirven esencialmente como antecedentes explicativos de las variables dinámicas de la singularidad del cliente. El Modelo considera además que estas variables están interrelacionadas entre sí, esto es que por ejemplo, las características demográficas influyen probablemente en los factores culturales y ambos están muchas veces asociados con el estado de salud, así como, con el abanico de recursos personales y de apoyo social.

Como conclusión podemos decir que si las variables de constitutivas son importantes en la identificación de los individuos en riesgo o en la explicación de la capacidad de evaluación cognitiva del individuo, de su motivación o de su respuesta afectiva, entonces las intervenciones pueden ser directamente adaptadas a ellas.

Dentro de los aspectos relativos a la singularidad del cliente, pero centrándose en las variables dinámicas, la autora llama la atención sobre el hecho de que estas variables son más susceptibles de cambio a través de las intervenciones del profesional que las variables de constitutivas. En este grupo se incluyen la evaluación cognitiva, la respuesta afectiva y la motivación.

La evaluación cognitiva comporta factores como el conocimiento del individuo, sus creencias y actitudes relativas a los comportamientos o cuidados de salud. La respuesta afectiva se basa en las emociones y en última instancia contribuye a la toma de decisiones relativas a las opciones conductuales. El miedo, la ansiedad, la rabia, la felicidad o alegría, la tristeza y la incertidumbre pueden ser, según refiere la autora, importantes factores predictivos.

Cox (2003) define la motivación, en el contexto de su modelo, de acuerdo con el concepto de motivación intrínseca y extrínseca derivada de la Teoría de la Autodeterminación de Deci & Ryan del año 1985. Así, el concepto de motivación para un

---

determinado comportamiento se basa en dos importantes factores operativos: a) el contenido de los objetivos conductuales del individuo (intrínseco versus extrínseco) y b) el proceso de regulación (autónomo versus controlado) a través del cual estos objetivos son alcanzados. Hay que señalar que tanto los contenidos como los procesos pueden afectar a la conducta dirigida al objetivo.

La autora subraya que también las variables dinámicas de la singularidad del cliente son interdependientes, presentando influencias entre sí de modo que: las actitudes, los conocimientos (la información) y las creencias (factores de la evaluación cognitiva) se relacionan con la motivación y con las emociones (respuesta afectiva) e igualmente las emociones pueden influir en la motivación y en las creencias.

No obstante la evaluación cognitiva, la respuesta afectiva y la motivación son aspectos basados en la cognición, Cox (2003) propone que el impacto conductual de cada uno de estos constructos puede ser bastante diferente. En este sentido, la autora hace una diferenciación conceptual definiendo cada una de estas variables con el objeto de favorecer intervenciones más sistemáticas y destaca que cuanto mayor sea la precisión con la que una intervención se adapte a los factores explicativos de la conducta, mayor será la probabilidad de que la intervención sea efectiva.

Otro de los elementos centrales del Modelo Interaccional del Comportamiento de Salud del Cliente es la Interacción Profesional – Cliente. Son cuatro los factores que definen este elemento: a) apoyo afectivo, b) provisión de información sobre la salud, c) control de decisiones y d) competencias técnicas y profesionales.

La autora define el apoyo afectivo como la capacidad del profesional para atender a nivel emocional al individuo y crear lazos con el cliente.

La comunicación de información sobre la salud puede ser examinada, como afirma Cox (2003), desde múltiples perspectivas: la naturaleza de la información (específica versus

---

abstracta), el contenido (el mensaje), la forma en la que la información es transmitida (escrita, audio, video u oral), el estado emocional del individuo en el momento del intercambio de información y la cantidad de información proporcionada. La información sobre la salud varía en tipo y función: puede ser útil para informar a los individuos, utilizada para promover la motivación intrínseca o para modificar la respuesta afectiva.

Otro de los aspectos de la interacción cliente – profesional de salud, representado en el MICSC, es el control de decisiones. Este concepto es definido en este contexto, como el reconocimiento por parte de los profesionales, de la habilidad o competencia de los usuarios para participar en las decisiones relacionadas con sus cuidados de salud. La autora del Modelo refiere que aunque la gran mayoría de los profesionales de salud reconozca la importancia de la participación de los usuarios en los cuidados, muchas veces este aspecto sigue siendo descuidado como estrategia específica de intervención. Así, los profesionales pueden limitar la percepción de control de los usuarios cuando no proporcionan información adecuada y útil y cuando usan tácticas coercitivas. Este tipo de actuación reduce en los individuos los sentimientos de competencia, la autodeterminación y el sentimiento de responsabilidad de sus propios cuidados de salud.

La competencia técnica y profesional, se refiere a la habilidad del profesional para interactuar con el cliente de manera apropiada a sus características idiosincráticas y también a su capacidad para apreciar correctamente las necesidades técnicas e interpersonales en el ámbito de su problema o situación de salud.

Cox (2003) refiere que según el contexto de salud, variará la orientación de las intervenciones. En este sentido, hay veces que los cuidados deben ser orientados hacia los aspectos fisiológicos y técnicos y otras veces dirigidos a capacitar al individuo para tomar decisiones conscientes y fundamentadas sobre su salud, siendo igualmente importante cualquiera de los dos tipos de intervención. Hay que resaltar que aunque un profesional

---

pueda no ser experto en todas las áreas debe ser capaz de reconocer la necesidad de determinado tipo de intervención y buscar los recursos necesarios para satisfacerla.

También en la interacción cliente – profesional, los diferentes factores se influyen recíprocamente, según la autora del Modelo. A pesar de ello, se considera que el componente de apoyo afectivo es el cimiento primario sobre el cual todos los otros factores de la interacción e intervención se construyen. La propia autora subraya, que incluso las más avanzadas terapias o los programas educacionales más elaborados pueden fracasar si no está presente una comunicación efectiva y la habilidad de transmitir un mensaje de afecto, atención y preocupación hacia la respuesta afectiva del individuo.

Como hemos expuesto anteriormente, varios aspectos del modelo se interrelacionan según lo descrito por Cox (2003), de manera que el control de decisiones se relaciona fuertemente con el soporte afectivo y la información sobre la salud proporcionada. Así, en un contexto de cuidados de salud que promueven la autonomía, los profesionales pueden intervenir a múltiples niveles: pueden ayudar a los individuos a tomar conciencia de sus comportamientos de salud y a formular modelos hacia los cuales estos puedan establecer comparaciones y definir objetivos a alcanzar, pueden fomentar un sentimiento de autoeficacia que acentúe la capacidad del individuo para tomar decisiones relativas a su salud y a sus comportamientos, tienen también la capacidad de ayudarlos a encontrar la relación entre sus conductas y los resultados de salud y además, pueden ayudarlos a comprender, lo que pueden y no pueden cambiar en su estatus de salud. Así, al proporcionar apoyo a la autodeterminación del individuo, se refuerzan en el cliente los sentimientos de autoeficacia y se promueve la internalización de la responsabilidad de los comportamientos relacionados con la salud.

La autora del Modelo defiende que la interacción profesional – cliente está determinada por aspectos de la singularidad del cliente. Además, considera que ese



---

momento de encuentro puede proporcionar varias señales que sirven como orientación a la estrategia de intervención. En este sentido, lo que los individuos saben y lo que creen (evaluación cognitiva), así como su estado afectivo, son objetos de intervención en términos de apoyo afectivo y provisión de información sobre la salud. En cuanto a la necesidad de autonomía, puede favorecerse simplemente preguntando al individuo en qué medida desea estar implicado en las decisiones relativas a su salud. La autora subraya que los individuos, frecuentemente proporcionan señales que permiten a los profesionales conocer su percepción de autoeficacia y competencia relacionada con su salud; además la medida en que hacen preguntas y solicitan información nos indica hasta qué punto desean desempeñar un papel activo en sus cuidados de salud y también de su percepción de competencia para tomar decisiones en ese contexto. En contrapartida, hay individuos que indican abierta o sutilmente que prefieren que sea el profesional, el responsable de la toma de decisiones. En estos casos se deberá favorecer las intervenciones que enfatizan el contacto más cercano y frecuente, o dicho de otra manera, será importante un mayor refuerzo externo por parte del profesional.

Respecto al tercer elemento central del modelo, los resultados de salud, la autora (Cox, 2003) considera que estos consisten en la utilización de los cuidados de salud. Incluyen los indicadores del estado de salud, los indicadores de la gravedad del problema relacionado con la salud, la adherencia a las conductas de salud recomendadas y la satisfacción con los cuidados. Se considera que el amplio abanico de resultados de salud identificados permite la especificación de un resultado que se pueda valorar con precisión y que sea bastante sensible a la explicación de los factores de singularidad del individuo y también a las variables manipuladas como parte de la intervención. La autora resalta que los resultados de salud no se limitan a los comportamientos aunque el comportamiento subyace en cada uno de ellos, pudiendo evaluarse directa o indirectamente, en función del resultado definido.

---

Según el Modelo, la utilización de los cuidados de salud se refiere, en líneas generales, a la utilización de los recursos de salud como una conducta de Promoción de la Salud, considerándose que este concepto puede ser operacionalizado a través de la evaluación del acceso de los individuos a las fuentes de información o evaluando el uso formal o informal de los cuidados de salud (ejemplo: frecuencia y tipo de consultas frecuentadas), pudiendo ser proporcionada la información por el individuo y / o por el profesional de salud.

También en este contexto, los indicadores del estado de salud están representados por los resultados de salud clínicos, como por ejemplo el peso, el estado de salud objetivo y subjetivo y las evaluaciones de laboratorio.

En lo relativo a la adherencia a las conductas de salud recomendadas, éstas representan la medida en la que el individuo desarrolla las conductas necesarias para asegurar la optimización de su estatus de salud, pudiendo operacionalizarse a través de la evaluación del comportamiento actual con relación a las recomendaciones realizadas.

La satisfacción con los cuidados, según la autora, refleja directamente el contenido de la interacción o intervención del profesional y también su sensibilidad a las peculiaridades de aquel individuo. A pesar de que este aspecto no es una evaluación conductual, la satisfacción con los cuidados es un fuerte indicador de las conductas posteriores. Además está profundamente interrelacionada con la medida en la cual el individuo seguirá determinado protocolo terapéutico, usará las opciones de cuidados de salud sugeridas y cumplirá las conductas de salud propuestas.

Cox (2003) concluye que el cuadro conceptual proporcionado por el Modelo de Interacción del Comportamiento de Salud del Cliente permite identificar nuevas variables explicativas de los comportamientos promotores de la salud y de las conductas de riesgo, considerando que las intervenciones que integren estas variables pueden promover el

---

cambio conductual, incrementando la salud de los individuos, disminuyendo las conductas de riesgo y consecuentemente, mejorando su bienestar.

A lo largo de los años, varios estudios han sido realizados en base a este modelo conceptual, no obstante hemos comprobado que la gran mayoría de ellos se centran apenas en dos de los elementos principales del modelo: La singularidad del cliente y los resultados de salud. Sería muy interesante, especialmente en el contexto de la presente investigación, encontrar más datos que documentasen la influencia de la interacción profesional – usuario en los comportamientos de salud desarrollados. La misma opinión presentan Carter & Kulbock (1995), cuando afirman que el modelo aún no ha sido suficientemente explorado y evaluado para poder considerarse una teoría, ya que para ello cada variable del modelo debe ser bien evaluada y hasta ahora se ha dado poco protagonismo a los elementos de la interacción, por lo queda camino por hacer.

Sin embargo, hay varias investigaciones que documentan su importancia en el ámbito de la promoción de conductas de salud. Encontramos un ejemplo en el estudio realizado por Robinson & Thomas (2004) con el objetivo de identificar las variables que influyen las conductas relacionadas con la alimentación saludable y con la actividad física de niños en edad escolar. Los datos proporcionaron un fuerte apoyo para la utilización del MICSC en la explicación de los comportamientos relacionados con la dieta en esta muestra. Así mismo, DiNapoli (2003) valoró la utilidad del Modelo para evaluar y prevenir la agresión entre adolescentes, verificando que el MICSC es un importante apoyo conceptual en la evaluación de este tipo de conductas y que proporciona una mejor comprensión de la naturaleza contextual del fenómeno de la agresión entre adolescentes.

## 2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS



## 2.1. OBJETIVOS

En este capítulo presentamos los objetivos que nos proponemos alcanzar. La especificación de objetivos, nos faculta la forma de verificar empíricamente nuestro problema de partida. Desde el momento de su formulación, se transforman en un hilo conductor de la investigación.

Como profesionales con un contacto previo con la realidad en estudio, en la elaboración del conjunto de objetivos, contamos no solo con el raciocinio deductivo, elaborado con base en la revisión bibliográfica, más también, con conocimientos anteriormente adquiridos en nuestra trayectoria profesional, que permitieron construir inductivamente, posibles relaciones entre las variables seleccionadas para la pesquisa. Así los objetivos a que nos proponemos son:

- <sub>1</sub> Desarrollar y evaluar las cualidades psicométricas de una escala que nos permita valorar la calidad percibida de la interacción entre enfermera y mujer embarazada en contexto de la consulta de Promoción de la Salud.
- <sub>2</sub> Analizar la dinámica de relaciones entre las variables individuales de cada uno de los participantes, las variables asistenciales, las variables contextuales de la interacción y la Calidad de la Interacción percibida por la enfermera y la embarazada en el contexto de la consulta de Promoción de la Salud.
- <sub>3</sub> Proponer un modelo de variables predictoras de la Calidadde la Interacción ocurrida entre enfermera y embarazada en contexto de Promoción de la Salud.

## 2.2. HIPÓTESIS

Procedimos al planteamiento de las hipótesis con base en la bibliografía analizada y en los objetivos identificados. Las hipótesis se centran particularmente en los objetivos 2 y 3 y se agrupan según los tipos de variables.

Con respecto la **OBJETIVO 2**, las hipótesis se encuentran agrupadas en dos apartados en función de la variable dependiente. En un primer momento consideramos como variable dependiente la Calidad de la Interacción y en un segundo grupo de hipótesis ( $H_8$  y  $H_{8.1}$ ) consideramos las variables contextuales de la interacción (la variable duración de la consulta y Educación para la Salud) como variables dependientes. A referir también que para cada grupo de variables existen dos hipótesis, siendo que, la primera se relaciona con la valoración de la enfermera y la segunda con la valoración de la embarazada, este aspecto solo no se verifica para la  $H_8$ .

### Hipótesis relacionadas con el OBJETIVO 2

#### Variables socioprofesionales de la enfermera

- $H_1$  Las enfermeras con más edad, con mayor experiencia profesional (más años de ejercicio profesional y más años de ejercicio en el Centro de Salud), con un nivel de formación más elevado y una mayor percepción de rol, apreciarán la interacción establecida con la embarazada en un nivel superior.
- $H_{1.1}$  Las embarazadas valorarán en un nivel superior la Calidad de la Interacción establecida con las enfermeras que tengan más edad, una mayor experiencia

---

profesional (más años de ejercicio profesional y más años de ejercicio en el Centro de Salud), un nivel de formación más elevado y una mayor percepción de rol.

#### VARIABLES DE PERSONALIDAD DE LA ENFERMERA

- H<sub>2</sub>      Cuanto mayor sean la Percepción de Autoeficacia de la enfermera y la internalidad del Locus de Control para la Salud, mayor será la percepción de la Calidad de la Interacción establecida.
- H<sub>2,1</sub>     Cuanto mayor sean la Percepción de Autoeficacia de la enfermera y la internalidad del Locus de Control para la Salud, mayor será la percepción de la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada.

#### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA EMBARAZADA

- H<sub>3</sub>      Las enfermeras valoran más la Calidad de la Interacción cuando interactúan con embarazadas que no se sitúen en las franjas extremas de edad, cuando estas presenten un nivel escolar y profesional más elevado y en el caso del primer embarazo.
- H<sub>3,1</sub>     Las embarazadas que no se sitúan en las franjas extremas de edad, que poseen un nivel escolar y profesional más elevado y que sean primiparas valoran la Calidad de la Interacción establecida con la enfermera más positivamente.



---

#### Variables de personalidad de la embarazada

- H<sub>4</sub> Las enfermeras valorarán más la Calidad de la Interacción cuando interactúan con embarazadas que presentan una Autoeficacia más elevada y mayor internalidad en la variable Locus de Control para la Salud.
- H<sub>4.1</sub> Las embarazadas con un mayor nivel de Autoeficacia y mayor internalidad para el Locus de Control para la Salud valorarán más positivamente la Calidad de la Interacción establecida con la enfermera.

#### Variables contextuales del embarazo

- H<sub>5</sub> Las enfermeras valorarán más la Calidad de la Interacción cuando interactúen con embarazadas cuyo embarazo fue intencional y que evalúan su transcurso positivamente.
- H<sub>5.1</sub> Las embarazadas con embarazo intencional y cuyo transcurso lo valorán como positivo, perciben en un nivel más elevado la Calidad de la Interacción establecida con la enfermera.

#### Variables contextuales de la interacción

- H<sub>6</sub> Las enfermeras valorarán más la Calidad de la Interacción cuando:
- hagan una consulta con mayor duración,
  - el nivel de Educación para la Salud realizado durante la consulta sea más elevado,
  - tengan un mayor conocimiento de la mujer con quien interactúan,
  - hayan tenido mayor número de contactos previos con esa mujer y

- 
- mayor sea el nivel de concordancia para ambas participantes, relativamente a la valoración de la interacción.

H<sub>6.1</sub> Las embarazadas valorarán más la Calidad de la Interacción cuando:

- tengan una consulta con mayor duración,
- el Nivel de Educación para la Salud realizado durante la consulta sea más elevado,
- la enfermera tenga un mayor conocimiento de los aspectos con ella relacionados,
- haya tenido mayor número de contactos previos con esa enfermera y
- cuanto mayor sea el nivel de concordancia para ambas participantes, relativamente a la valoración de la consulta.

#### Variables asistenciales

H<sub>7</sub> Las enfermeras valorarán más la Calidad de la Interacción cuando tengan menor número de consultas para hacer por parte del día, cuando el Centro de Salud tenga una localización central y cuando la embarazada haga su atención de salud en exclusividad en el Centro de Salud.

H<sub>7.1</sub> Las embarazadas valorarán más la Calidad de la Interacción cuando la enfermera con quien tienen su consulta haga un menor número de consultas por parte del día, cuando la localización del Centro de Salud que frecuentan sea central y cuando la mujer haga su atención de salud en exclusividad en el Centro de Salud.

---

Las variables contextuales de la interacción como variables intermedias

H<sub>8</sub> La duración de la consulta se incrementa cuando:

- La enfermera posee más edad, más años de profesión, más años de ejercicio en el Centro de Salud, un nivel de formación más elevado, una mayor percepción de rol, una mayor percepción de autoeficacia y mayor internalidad en el Locus de Control para la Salud.
- La embarazada presenta un mayor nivel escolar y profesional, cuando tiene menos hijos o es su primer embarazo, cuando presenta una mayor percepción de Autoeficacia y una mayor internalidad para el Locus de Control para la Salud, cuando su embarazo es intencional y cuando su transcurso va menos positivamente.
- Cuando el número total de consultas realizadas por la enfermera es menor, cuando el Centro de Salud es en la periferia y cuando la mujer hace su atención de salud en exclusivo en el Centro de Salud.

H<sub>8,1</sub> La Educación para la Salud desarrollada durante la consulta es tanto mayor cuando:

- La enfermera posee más edad, más años de profesión, más años de ejercicio en el Centro de Salud, un nivel de formación más elevado, una mayor percepción de rol, una mayor percepción de Autoeficacia y mayor internalidad en el Locus de Control para la Salud.
- La embarazada presenta un mayor nivel escolar y profesional, cuando tiene menos hijos o es su primer embarazo, cuando presenta una mayor percepción de autoeficacia y una mayor internalidad para el Locus de Control para la Salud, cuando su embarazo es intencional y cuando su transcurso va menos positivamente.

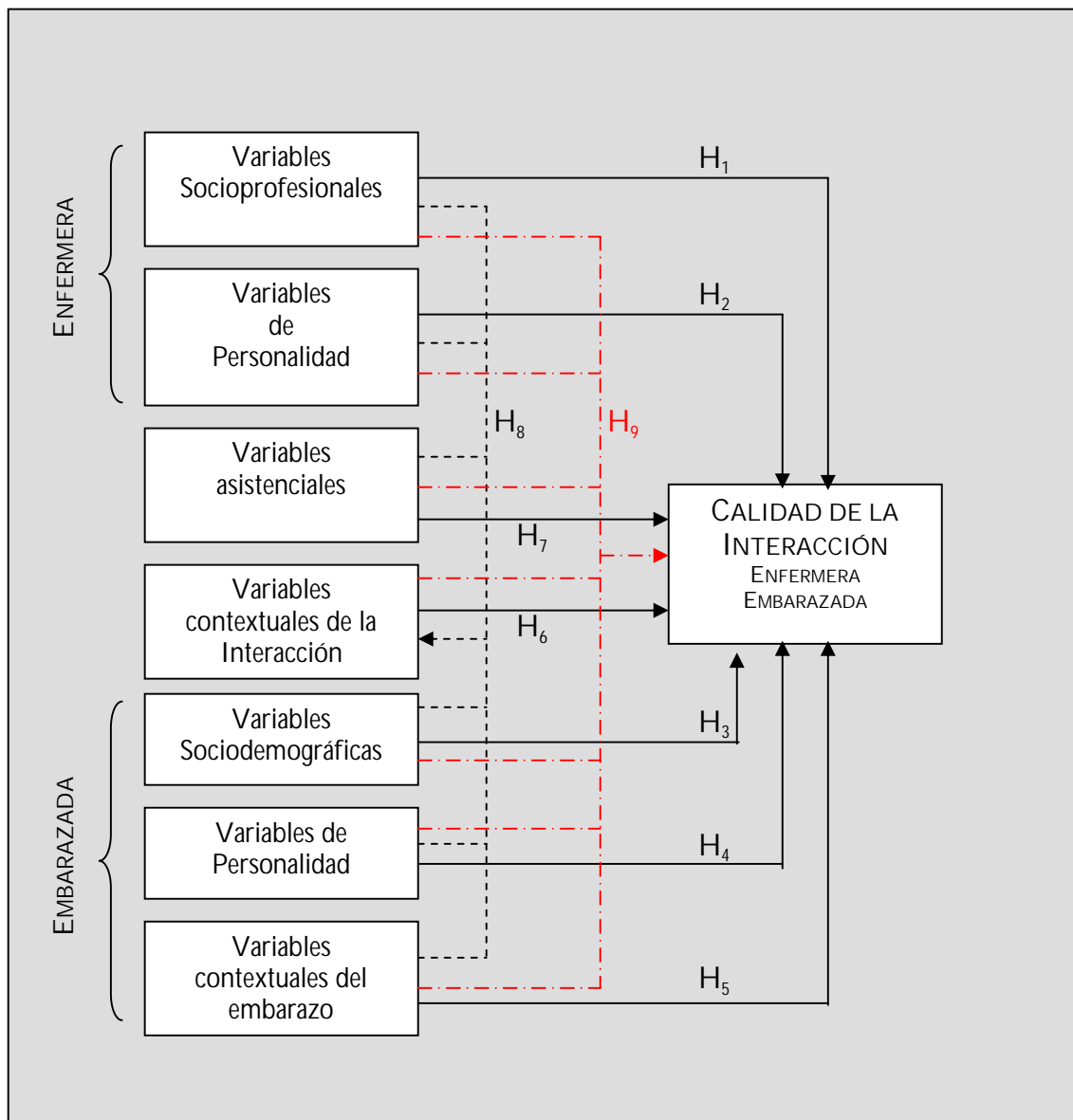
- Cuando el número total de consultas realizadas por la enfermera es menor, cuando el Centro de Salud es en la periferia y cuando la mujer hace su atención de salud en exclusivo en el Centro de Salud.

Hipotesis relacionadas con el OBJETIVO 3

H<sub>0</sub> Las variables con mayor poder predictivo para la Calidad de la Interacción son diferentes para cada participante, siendo que para la embarazada las variables más significativas serán las contextuales de la interacción y para la enfermera las asistenciales.

De forma esquemática, presentamos en la Ilustración nº 11 las hipótesis planteadas:

ILUSTRACIÓN N° 11 - Esquema del conjunto de hipótesis planteadas



Consideramos así, haber construido el modelo de análisis, que nos permitirá articular, en un sentido operacional, las dimensiones del marco teórico y conceptual, permitiendo consecuentemente definir las líneas de todo el trabajo de observación y análisis.

### 3. MATERIAL Y MÉTODO



### 3.1. MATERIAL



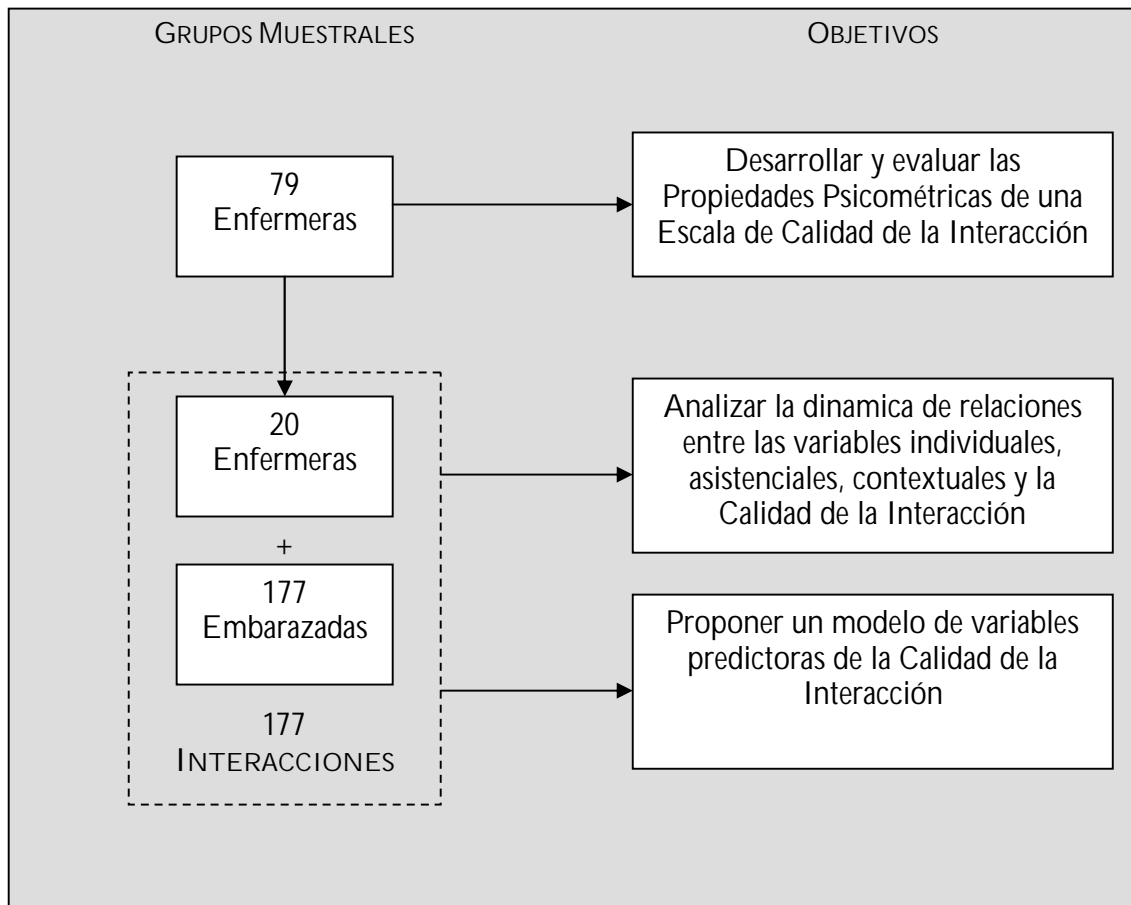


### 3.1. MUESTRA

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados previamente, definimos tres grupos muestrales. Primeramente, para el desarrollo y validación del instrumento de evaluación de la Calidad de la Interacción, un grupo de enfermeras que trabajando en los 16 Centros de Salud, hicieran la consulta de atención de salud a la embarazada. Posteriormente seleccionamos de entre el primer grupo, un segundo grupo de enfermeras que trabajando en los Centros de Salud y haciendo consultas de embarazo, tubieran por lo menos 10 embarazadas en su archivo. Y por fin un grupo de embarazadas que estuvieran haciendo su atención de salud del embarazo en uno de los 16 Centros de Salud del Algarve y perteneciendo al archivo de las enfermeras anteriormente identificadas.

Obtuvimos así, dos grupos de enfermeras no completamente distintos, pues el segundo, como ya referimos, fue seleccionado de entre las enfermeras que constituían el primer grupo de enfermeras inquiridas. Pasamos a continuación a presentar sus principales características sociodemográficas y profesionales. En la Ilustración nº 12, se representa esquemáticamente los tres grupos muestrales definidos de acorde a los objetivos planteados.

## ILUSTRACIÓN nº 12 – Grupos muestrales definidos de acorde a los objetivos planteados



## PRIMER GRUPO DE ENFERMERAS

En el momento de la recogida de datos, se encontraban trabajando en los 16 Centros de Salud de la región 351 enfermeros (31/12/2004) prestando cuidados en áreas de Ambulatorio, Internamiento y Servicio de Atención Permanente (SAP), de ellos 27 eran especialistas, pero apenas 2 tenían especialidad en salud materna y obstetricia. De estos, 106 enfermeros que prestaban cuidados de salud materna. Siendo que, 4 eran hombres, 2 enfermeros especialistas en Obstetricia y 4 enfermeros extranjeros que habían llegado a Portugal hacia menos de un año, por lo que no fueron incluidos en el estudio. De los enfermeros contactados 6 no desearon participar, 6 se encontraban de baja médica y 5 trabajaban en zonas con un población envejecida, teniendo un contacto esporádico con

embarazadas. Cara a estas limitaciones de los 106 enfermeros disponibles, integraron esta fase de la investigación 79 enfermeras. Las características socioprofesionales se presentan en la Tabla 1.

TABLA nº 1 - Distribución de las características socioprofesionales en el primer grupo de enfermeras

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA		FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA	S	MODA	MEDIANA
Grupos							
EDAD	24 – 30 años	8	10,1%	39,18	8,13	33	38
	31 – 40 años	38	48,1%				
	41 – 51 años	26	32,9%				
	51 – 60 años	7	8,9%				
	Total	79	100%				
AÑOS DE PROFESIÓN	2 – 9 años	17	21,5%	15,7	8,16	11	13
	10 – 15 años	30	38%				
	16 – 21 años	15	19%				
	22 – 27 años	5	6,3%				
	28 – 33 años	12	15,2%				
	Total	79	100%				
AÑOS DE EJERCICIO EN EL CENTRO DE SALUD	1 – 7 años	42	53,2%	8,4	7,5	1	7
	8 – 13 años	28	35,4%				
	14 – 19 años	2	2,5%				
	20 – 25 años	1	1,3%				
	26 – 31 años	6	7,6%				
	Total	79	100%				
NIVEL DE FORMACIÓN	Diplomatura	44	55,7%	-	-	-	-
	Licenciatura	28	35,4%				
	Especialidad	7	8,9%				
	Total	79	100%				

● Valores más significativos para cada característica

Según la variable edad, las enfermeras se distribuyen entre los 24 y los 60 años. El mayor porcentaje se sitúa en el rango de edades entre los 31 y los 40 años (48.1%), seguido del grupo entre los 41 a los 50 años (32.9%). Verificamos también que el menor número de enfermeras se sitúa en las franjas de edad de los 24 a los 30 años. Tenemos de esta forma, una media de edades de 39.18 con una desviación típica de 8.13, una mediana de 38 años y una moda de 33 años.

---

En la distribución de las enfermeras según los años de ejercicio en su profesión, podemos verificar que oscilan entre un mínimo de 2 años y un máximo de 33 años, siendo que el mayor porcentaje se sitúa en la franja de los 10 a los 15 años (38%), seguido por el grupo de los 2 a los 9 años (21.5%). En suma, tenemos una media de 15.7 años de profesión, con una desviación típica de 8.16, una mediana de 13 años y una moda de 11.

Observamos una elevada variabilidad en los años de ejercicio en el Centro de Salud, con un mínimo de 1 año y un máximo de 31 años. El mayor porcentaje se sitúa en el rango del 1 a los 7 años (53.2%), siguiéndose el de los 8 a los 13 años con 35.4%. Obtuvimos un valor medio de 8.4 con una desviación típica de 7.5, una mediana de 7 y una moda de 1.

El nivel de formación predominante en la muestra de enfermeras inquiridas es el de Diplomatura con un 55.7%, seguido de la Licenciatura con un 35.4% y con la especialidad (no la de Obstetricia) tenemos un 8.9 % de las enfermeras que prestan cuidados de salud materna en el Algarve.

Así, haciendo una síntesis de las características de la muestra de enfermeras, constatamos que la muestra de enfermeras se caracteriza en su mayoría (48.1%) por incluirse en un rango de edades de los 31 a los 40 años. Relativamente a los años de profesión el porcentaje más importante (38%) surge en el grupo de los 10 a los 15 años, un 53.2% de las enfermeras trabaja hace menos de 7 años en el Centro de Salud y un 55.7% poseen como nivel de formación la Diplomatura.

## SEGUNDO GRUPO DE ENFERMERAS

Para integrar el segundo grupo de enfermeras fueron contactadas 20 enfermeras de entre las primeras 79, siendo seleccionadas aquellas que presentaban, en ese momento, más de 10 embarazadas en su archivo de usuarios.

Las características socioprofesionales de este grupo muestral se presenta a continuación (Tabla nº 2).

TABLA nº 2 - Distribución de las características socioprofesionales en el segundo grupo de enfermeras

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA		FRECUENCIA	PORCENTAJE	MEDIA	S	MODA	MEDIANA
	Grupos						
CENTRO DE SALUD	Albufeira	5	25%	-	-	-	-
	Faro	3	15%				
	Loulé	5	25%				
	Olhão	1	5%				
	São Brás	2	10%				
	Silves	1	5%				
	Vila Real	3	15%				
	Total	20	100%				
EDAD	31 – 40 años	11	55%	39,45	6,57	33	39
	41 – 50 años	9	45%				
	Total	20	100%				
AÑOS DE PROFESIÓN	9 – 15 años	11	55%	16,25	6,33	9	15
	16 – 22 años	5	25%				
	23 – 30 años	4	20%				
	Total	20	100%				
AÑOS DE EJERCICIO EN EL CENTRO DE SALUD	< 5 años	10	50%	8,8	7,47	5	7
	6 – 10 años	4	20%				
	11 – 19 años	4	20%				
	> 20 años	2	10%				
	Total	20	100%				
NIVEL DE FORMACIÓN	Diplomatura	10	50%	-	-	-	-
	Licenciatura	8	40%				
	Especialidad	2	10%				
	Total	20	100%				

● Valores más significativos para cada característica

---

Según la variable localización del Centro de Salud, verificamos que fueron entrevistadas en esta fase, enfermeras de 7 Centros de Salud de los 16 existentes en el Algarve, verificándose que el mayor número de enfermeras pertenecían a Albufeira y Loulé. Además, según la localización del Centro de Salud, verificamos en la muestra que un 65% (13) de las enfermeras trabajaban en una Sede y el 35% (7) trabajan en una Extensión (periferia).

Según la variable edad, las enfermeras se distribuyen entre los 31 y los 50 años. Como se puede observar en la tabla, el mayor porcentaje se sitúa en el rango de edades entre los 31 y los 40 años (55%), seguido del grupo entre los 41 a los 50 años (45%). Tenemos de esta forma, una media de edades de 39.45, con una desviación típica de 6.57, una mediana de 39 años y una moda de 33 años.

En la distribución de las enfermeras según los años de ejercicio en su profesión, comprobamos que oscilan entre un mínimo de 9 años y un máximo de 30 años, siendo el mayor porcentaje el situado en la franja de los 9 a los 15 años (55%), seguido por el grupo de los 16 a los 22 años (25%). En suma, tenemos una media de 16.25 años de profesión con una desviación típica de 6.33, una mediana de 15 años y una moda de 9.

Observamos una elevada variabilidad en los años de ejercicio en el Centro de Salud, con un mínimo de 1 año y un máximo de 30 años. El mayor porcentaje de enfermeras se sitúa en el rango del 1 a los 5 años (50%), siguiéndose de los 6 a los 10 años y de los 11 a 19 años con 20%. Obtuvimos un valor medio de 8.8, para una desviación típica de 7.47, una mediana de 7 y una moda de 5 años.

Analizando la Tabla nº 2 concluimos que, el nivel de formación predominante en la muestra de enfermeras valoradas es el de Diplomatura con un 50%, seguido de la Licenciatura con un 40% y con la especialidad (no la de Obstetricia) tenemos un 10% de las enfermeras de la muestra.

## MUESTRA DE EMBARAZADAS

Para el grupo de embarazadas fueron invitadas a participar en el proyecto 190 mujeres, de estas 3 no desearon participar, 9 presentaron dificultades en la comunicación, relacionadas con un bajo nivel educacional, por lo que no fue posible contar con su colaboración y en otro caso, no fue posible encontrar un local adecuado para realizar la entrevista. Así, este grupo estaba constituido por 177 mujeres embarazadas, que atendían a las consultas de atención de salud en los Centros de Salud.

En la Tabla nº 3 se presentan los datos relativos a la distribución de la muestra de embarazadas según las variables sociodemográficas, específicamente, el Centro de Salud donde hacen su atención de salud, la edad, la profesión de la embarazada y de su compañero, el nivel escolar, el estado civil, el número de personas que compone el núcleo familiar y los ingresos mensuales del mismo.



TABLA nº 3 - Distribución de las variables sociodemográficas para la muestra de embarazadas

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	GRUPOS		
CENTRO DE SALUD	Albufeira	50	28,2%
	Faro	24	13,6%
	Loulé	40	22,6%
	Olhão	8	4,5%
	São Brás	20	11,3%
	Silves	10	5,6%
	Vila Real	25	14,1%
	Total	177	100%
EDAD	Media (S) = 27,9 ( 5,5) Mo = 27 Md = 28		
	18 – 25 años	60	33,8%
	26 – 33 años	89	50,2%
	34 – 42 años	28	16%
	Total	177	100 %
PROFESIÓN DE LA EMBARAZADA	Nivel Bajo	95	53,7%
	Nivel Medio	60	33,9%
	Nivel Alto	22	12,3%
	Total	177	100%
PROFESIÓN DEL COMPAÑERO	Nivel Bajo	53	30,1%
	Nivel Medio	94	53,4%
	Nivel Alto	29	16,5%
	Total	176	100%
ESCOLARIDAD	Básica	10	5,6%
	Secundaria Incompleta	106	59,9%
	Secundaria Completa	38	21,5%
	Superior Incompleto	4	2,3%
	Superior Completo	19	10,7%
Total	177	100 %	
ESTADO CIVIL	Casada	63	35,6%
	Unión de hecho	107	60,4%
	Soltera / Viuda	7	4%
	Total	177	100 %
NÚCLEO FAMILIAR	2 personas	77	43,5%
	3 personas	42	23,7%
	4 personas	34	19,2%
	5 – 8 personas	24	13,6%
	Total	177	100%
INGRESOS MENSUALES	Insuficiente	58	32,8%
	Suficiente	107	60,5%
	Bueno	12	6,7%
	Total	177	100%

○ Valores más significativos para cada característica

Observando la Tabla nº 3 podemos verificar que para la variable localización del Centro de Salud el mayor porcentaje de embarazadas inquiridas pertenecían al Centro de

Salud de Albufeira (28.2%) y el menor porcentaje al Centro de Salud de Olhão. Se añade también que un 69.5% de las embarazadas entrevistadas acudían a hacer su atención de salud a una sede de un Centro de Salud, mientras que un 30.5% lo hacían en la perifería.

Según la variable edad, las embarazadas se distribuyen entre los 18 y los 42 años. Como se puede observar, el mayor porcentaje se sitúa en el rango de edades entre los 26 y los 33 años (50.2%), seguido del grupo entre los 18 a los 25 años (33.8%). Verificamos también que el menor número de embarazadas se sitúa en la franja de edades de los 34 a los 42 años. Tenemos de esta forma, una media de edades de 27.9 con una desviación típica de 5.5, una mediana de 28 años y una moda de 27 años.

En la distribución de las embarazadas y de sus compañeros según el nivel profesional, podemos verificar que las mujeres trabajan en profesiones menos diferenciadas que sus compañeros. Se subraya también, que encontramos un porcentaje elevado de mujeres desempleadas: el 33.9%.

Observamos una elevada variabilidad en el nivel educacional de las embarazadas. Constatamos que el mayor porcentaje de embarazadas (59.9%) posee la formación secundaria incompleta, siguiéndose el grupo de embarazadas con el secundario completo (21.5%). Señalase que el 6% de las embarazadas poseen una formación de nivel básico y que el 10.2% de las mujeres posee formación de nivel superior.

Analizando la Tabla nº 3 concluimos que, el mayor porcentaje de embarazadas (60.4%) vive en Unión de Hecho con su pareja, el 37.8% son casadas y el 3.9% son solteras o viudas. En relación a la composición del núcleo familiar, constatamos que un 43.5% de las mujeres conviven con 2 personas, el 23.7% tiene un núcleo familiar compuesto por tres personas y el 32.8% tiene un núcleo familiar constituido por 4 o más personas. Se resalta que de las embarazadas entrevistadas, el 60.5% refiere que el ingreso mensual de su núcleo

---

familiar es suficiente para satisfacer sus necesidades, el 32.8% lo considera insuficiente y solo el 6.7% califica como bueno su ingreso familiar mensual.

### 3.1.2. INSTRUMENTOS

Las técnicas de recogida de datos deben servir directamente los objetivos del estudio, así, los instrumentos de medida son el medio que nos permite reunir la información necesaria para responder a las hipótesis, por lo que, pretendimos en este estudio utilizar técnicas rigurosas y sistemáticas de recolección de datos.

Recurrimos al uso de instrumentos autoaplicados. En la población de enfermeras, consideramos que la técnica utilizada es un sondeo longitudinal de tipo panel, puesto que, el cuestionario es administrado en varias aplicaciones y las mismas personas son contactadas de cada vez, lo que nos permite evaluar la dinámica de los cambios individuales (Blais & Durand, 2003). La selección de la muestra de embarazadas la calificamos como no-probabilística objetiva (Berger & Patchner, 1988; Maroco, 2003).

En este trabajo utilizamos tres conjuntos de instrumentos (ANEXO I), su redacción ha tenido, por base la experiencia profesional y datos teóricos y científicos recogidos en la bibliografía analizada. Todas las entrevistas empiezan con un preámbulo en el cual se presentan los autores, los objetivos del proyecto, se solicita la colaboración del entrevistado, se garantiza el anonimato y se agradece su participación, se facultan también instrucciones sobre la forma de cumplimentarlo. La batería de pruebas que utilizamos incluye:

- § Entrevista sobre datos socioprofesionales, sociodemográficos, asistenciales, contextuales de la interacción y contextuales del embarazo.

---

§ Escala de la Calidad de la Interacción, desarrollada y validada por nosotras, en el decurso de esta investigación, específica para el contexto de la interacción enfermera / embarazada en Atención Primaria.

§ Escala de Autoeficacia General (versión portuguesa de Ribeiro, 1995)

§ Escala de Locus de Control para la Salud (Wallston, Wallston & DeVellis, 1978 en su versión portuguesa de Telmo Baptista)

A continuación hacemos una descripción más detallada de los instrumentos referidos.

## ENTREVISTA

Elaboramos así, una entrevista para cada uno de los grupos muestrales, reuniendo en ella cuestiones que consideramos pertinentes para obtener la información necesaria para responder a las hipótesis planteadas. La entrevista integral puede encontrarse en el Anexo I

En el caso de la entrevista aplicada al primer grupo de enfermeras se recogió información relativa a:

5. Datos socioprofesionales: edad, años de profesión, años de ejercicio profesional en contexto de Atención Primaria, nivel de formación y percepción de rol, para este último aspecto pretendíamos específicamente conocer la percepción que la enfermera tiene de la importancia que es atribuida a su consulta por los diferentes actores de ese contexto.
6. Datos relativos a las consultas que realiza: satisfacción, cambios a introducir y aspectos comparativos con las diferentes áreas donde realiza consultas.

Relativamente a la entrevista aplicada al segundo grupo de enfermeras se recogieron informaciones referentes a:

1. Datos relativos al conocimiento que la enfermera tenía de la mujer con quien había estado en consulta: informaciones relativas a antecedentes obstétricos, regularidad de la atención de salud, acompañamiento de la mujer a la consulta, el estatus de intencionalidad del embarazo, exclusividad de la atención de salud y contactos previos con esa mujer.

- 
2. Duración de la consulta: la percepción de la enfermera relativamente al tiempo que duró la consulta con la mujer.
  3. Educación para la Salud: conjunto de temas relativos a la educación para la salud, abordados en el transcurso de la consulta.
  4. Satisfacción global con la consulta.

En el caso de la entrevista realizada a la muestra de embarazadas, los aspectos abordados fueron los siguientes:

1. Datos sociodemográficos: edad, profesión, escolaridad, profesión del compañero, estado civil, núcleo familiar, ingresos familiares mensuales.
2. Datos obstétricos: número de hijos, número de gestaciones, edad gestacional y intencionalidad del embarazo actual.
3. Características de la atención de salud en el embarazo actual: inicio y periodicidad, exclusividad de la atención de salud (público o privado), si suele o no venir acompañada a las consultas y transcurso del embarazo.
4. Datos relativos a la interacción con la enfermera: específicamente los contactos previos.
5. Duración de la consulta: la percepción de la embarazada relativamente al tiempo que duró la consulta con la enfermera.
6. Educación para la Salud: conjunto de temas relativos a la educación para la salud, abordados en el transcurso de la consulta.
7. Satisfacción global con la consulta.

## ESCALA DE CALIDAD DE LA INTERACCIÓN

Com anteriormente referimos, este es un instrumento desarrollado y validado por nosotras en el decurso de esta investigación, siendo que incluso, constituye uno de sus objetivos. Así, tras identificar el concepto a investigar y después de hacer una búsqueda detallada en la bibliografía relativa a esta temática, decidimos desarrollar un instrumento que nos permitiera evaluar la variable pretendida. En la pesquisa que hicimos encontramos varias herramientas muy interesantes pero ninguna satisfacía la especificidad de la temática sobre la cual pretendíamos profundizar conocimientos. No obstante, nos inspiramos en varias teorías, modelos e instrumentos de otros autores, ya anteriormente referenciados en este trabajo.

Conscientes de que las estrategias de evaluación son determinantes de la calidad, contenido y variedad de información a obtener, procuramos desarrollar un instrumento que fuera consistente y valido, eligiendo las estrategias de abordaje de la población más apropiadas para lograr los objetivos pretendidos.

Consideramos que el concepto calidad es un concepto cercano al concepto satisfacción, dado que, entendiendo la interacción como un proceso que se desarrolla entre por lo menos dos individuos, en este caso, enfermero y embarazada, la calidad de esta interacción estará directamente relacionada con la satisfacción que ambos perciben relativamente al episodio de consulta. De esta forma definimos CALIDAD DE LA INTERACCIÓN como un conjunto complejo de características de la interacción que sirve de base a su capacidad para dar respuesta a las necesidades latentes o manifiestas de los participantes y a sus expectativas.



---

El instrumento inicial fue construido de forma racional, según la bibliografía consultada sobre el tema y los conocimientos prácticos adquiridos en el tiempo en que trabajamos con mujeres embarazadas. Fueron, de esta forma definidos 35 ítems, agrupados en tres dimensiones: Información en Salud, Soporte Afectivo y Competencia Profesional. A continuación se describe cada una de las dimensiones:

1. DIMENSIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD: considerada como siendo el apoyo informativo ofrecido a la embarazada en el decurso de la interacción. La información en salud varía en términos de tipo, cantidad, adecuación y complejidad. Se evalúa la medida en la cual la información facultada es útil, adecuada a las necesidades y expectativas y es entendida por la embarazada. Se incluyen en este ámbito conocimientos sobre alimentación, trabajo, ejercicio físico, reposo, terapéutica y otros comportamientos de salud. Se espera, que estas informaciones sean una contribución importante para un embarazo más equilibrado en términos de salud.
2. DIMENSIÓN DE SOPORTE AFECTIVO: considerada como la disponibilidad para escuchar, la capacidad de proporcionar apoyo emocional, tranquilizar y construir una relación de confianza, la habilidad para responder asertivamente a las preocupaciones, emociones y dudas explícitas o implícitas de la embarazada. Demuestra el interés, la atención positiva y el respeto mutuo de ambos participantes, para con el otro en el contexto de la interacción.
3. DIMENSIÓN DE COMPETENCIA PROFESIONAL: considerada como las capacidades y habilidades profesionales que permiten al profesional responder de forma eficaz y eficiente a las necesidades de la embarazada, posibilitando que la interacción conduzca a resultados (de salud) positivos. Específicamente se incluyen aquí todos los aspectos que permiten una respuesta ajustada a las

---

necesidades conscientes o veladas de la embarazada, así este aspecto abarca: la habilidad en observar, evaluar, identificar necesidades o aspectos críticos que necesiten intervención, planificar la intervención adecuada y aplicarla con rigor.

Este es un instrumento común a todos los momentos de recogida de datos, o sea, fue aplicado al primer y al segundo grupo de enfermeras y también a la muestra de embarazadas. En las tres versiones se mantiene el número y orden de los ítems, pero se introdujeron algunos cambios en terminos temporales y de sujeto.

En el primer momento pretendíamos que la enfermera valorara de una forma global como transcurrían sus consultas de salud materna. En el segundo grupo de enfermeras nuestro objetivo era que respondieran al instrumento con base en su percepción de la interacción que había acabado de ocurrir y lo mismo esperábamos cuando aplicamos la escala a la muestra de embarazadas.

En el estudio hecho con el primer grupo de enfermeras ( $N = 79$ ), cuyos datos utilizamos para validar la escala y poder posteriormente utilizarla en las otras dos muestras, obtuvimos un valor de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) para el total de escala de 0.84, sin embargo, los valores de consistencia interna de las subescalas presentaban valores bajos, por lo que optamos, por retirar los ítems que presentaban correlaciones bajas, quedandonos con una versión final de 18 ítems, para un  $\alpha$  de Cronbach del total de la escala de 0.89. El análisis detallado del procedimiento de validación surge en el apartado de RESULTADOS.

No obstante, hubieramos optado en un primer momento por retirar ítems de la escala por presentaren correlaciones bajas, en la aplicación posterior de la escala (al segundo grupo de enfermeras y a la muestra de embarazadas) decidimos incluir nuevamente todos los ítems inicialmente formulados, hasta porque, la consistencia interna para la escala global con 35 ítems presentó un buen valor de  $\alpha$  de Cronbach, además, el

---

contexto de evaluación era específico y consideramos que sería importante acceder al mayor abanico de información posible.

Así, tras la aplicación del instrumento al segundo grupo de enfermeras y a las embarazadas, verificamos que existían algunos ítems con bajas correlaciones por lo que hicimos una selección, eliminando los que presentaban correlaciones simultáneamente bajas (inferiores a 0.3) en la evaluación de la enfermera y de la embarazada. Quedamos así, con una versión final de la escala con 31 ítems, después de suprimir los ítems: 8, 14, 16 y 33.

Para la población de enfermeras (N = 177 interacciones) los valores hallados para la consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach), se presentan a continuación:

- § Escala Total – 0.89
- § Subescala Información en Salud – 0.78
- § Subescala Soporte Afectivo – 0.86
- § Subescala Competencia Profesional – 0.56

En la muestra de embarazadas (N = 177) los valores encontrados para la consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach), son los siguientes:

- § Escala Total – 0.94
- § Subescala Información en Salud – 0.87
- § Subescala Soporte Afectivo – 0.91
- § Subescala Competencia Profesional – 0.68

Así, la Escala de la Calidad de la Interacción, presenta en su versión final un conjunto de 31 ítems con un formato de respuesta tipo likert en una escala de 5 puntos: (1) En Total Desacuerdo; (2) En desacuerdo en su mayor parte; (3) En duda; (4) De acuerdo en su mayor parte; (5) Totalmente de Acuerdo. El total de la escala varía entre un mínimo

---

de 31 puntos y un valor máximo de 155 puntos, las puntuaciones se relacionan directamente con la Calidad de la Interacción Percibida: a más puntuación, mejor calidad. La Escala exhibe tres subescalas ya anteriormente referidas (Información en Salud, Soporte Afectivo y Competencia Profesional) que presentan respectivamente, 10, 17 y 4 items. Así, además de obtener una puntuación total, también podremos identificar puntuaciones parcelares, hecho que nos proporciona información más detallada relativa a los aspectos particulares de cada interacción. Se subraya la necesidad de recodificar los items: 10, 11, 22 y 30, antes del tratamiento estadístico, por se encontraren inversamente redactados. Se presenta la versión inicial de 35 items en el apartado de RESULTADOS.

## ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

Utilizamos la traducción portuguesa de la Self-efficacy Scale de Sherer, Madux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs y Rodgers de 1982. En su versión original, esta escala presenta 23 ítems, conservados después del tratamiento estadístico de un conjunto inicial de 36 ítems, seleccionados con base en la validez de contenido. Se presenta con formato de respuesta tipo Likert para 14 puntos y es autoaplicado.

Después del tratamiento estadístico los autores (Sherer et al., 1982), eligieron una solución factorial de 2 factores, denominándolos:

§ Autoeficacia general (17 ítems)

§ Autoeficacia social (6 ítems)

Además, el primero factor fue también subdividido en dos dimensiones:

§ Iniciación

§ Persistencia y eficacia hacia la adversidad

La validez de construto fue verificada, entre otras, con la escala de Locus de Control de Rotter de 1966, después de estos procedimientos los autores concluyeron que no se verificaba relación entre los resultados de las dos escalas. La consistencia interna fue verificada con recurso al coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach, presentando valores de 0.86 y 0.71 para cada uno de los factores de la escala.

La Self-efficacy Scale fue adaptada al idioma portugués por José Luís Pais Ribeiro y publicada en 1995. El procedimiento de adaptación implicó varias fases:

§ Traducción de los ítems del cuestionario.

- 
- § Reflexión hablada con elementos de la población.
  - § Evaluación de los ítems por especialistas.
  - § Aplicación del cuestionario.
  - § Tratamiento psicométrico de los ítems.

La equivalencia semántica de los ítems fue considerada en el decurso del procedimiento de adaptación, en el momento de la reflexión hablada con elementos de la población y también en el momento que los ítems fueron evaluados por los especialistas. Los coeficientes  $\alpha$  de Cronbach presentan valores idénticos en ambas escalas, lo que permite al autor (Ribeiro, 1995) concluir que existe equivalencia de medida. Relativamente a la equivalencia funcional del test y acorde con los resultados de la varianza total, el autor concluyó que la adaptación portuguesa presenta mejores propiedades estadísticas que la escala original.

Tras el análisis factorial de componentes principales el autor identificó tres factores, como se representa en el Cuadro nº 4.

El formato de respuesta al cuestionario es tipo Likert, en una escala de 7 puntos, pudiendo los resultados asumir un valor total, o un perfil de las diferentes subescalas. El valor del resultado es directamente proporcional a la percepción de eficacia.

Para el análisis de la validez de criterio el autor utilizó como criterios:

- § La calificación escolar media de acceso de los sujetos de la muestra a la universidad.
- § La calificación escolar media de los resultados actuales.
- § La calificación de la percepción de salud (adaptación de General Health Perception Battery del Rand's Health Perceptions Study).

---

§ La calificación de la evaluación de comportamientos y actitudes (adaptación de Life-Style Assesement Questionnaire de Hettler).

El autor verificó correlaciones significativas entre la Escala de Autoeficacia General y las subescalas y algunos de los criterios utilizados.

Para el análisis de la validez discriminante el autor utilizó las calificaciones de la escala de Locus de Control para la Salud de Ribeiro del año 1994, no observando correlaciones significativas entre los resultados de las dos escalas. La validez convergente fue verificada con la utilización de una escala de Autoconcepto también de su autoría, donde concluyó que la Escala de Autoeficacia General explica 50% de la varianza en la Escala de evaluación del Autoconcepto. La consistencia interna,  $\alpha$  de Cronbach, obtenida para la escala total es de 0.84, para el factor Iniciación y Persistencia se encontró un  $\alpha$  de 0.8, para el factor Eficacia Hacia la Adversidad el valor de  $\alpha$  fue también 0.8 y para el último factor el valor de la consistencia interna fue 0.6. Después de la determinación de los diferentes aspectos de la validez del test, el autor concluye que la adaptación de la escala posee propiedades métricas adecuadas que permiten su utilización.

A referir también que la escala presenta 10 ítems formulados inversamente y que necesitan corrección previa al tratamiento de los datos, son ellos: b, d, e, f, h, i, j, k, l, m.

El estudio psicométrico de esta escala en la población de enfermeras (N = 79), presentó una consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) para la escala total de 0.81, un valor medio de 86.9 y una varianza de 86.5. Para las subescalas, encontramos los siguientes valores de  $\alpha$  de Cronbach:

§ Iniciación y Persistencia – 0.73

§ Eficacia hacia la Adversidad – 0.71

§ Eficacia Social – 0.53

---

Constatamos que con relación a los valores obtenidos por el autor de la adaptación, que nuestros resultados difieren principalmente en lo relativo a las subescalas, hallazgo, que en nuestra opinión se puede justificar, por el pequeño número de sujetos con el cual trabajamos.

Para la muestra de embarazadas ( $N = 177$ ), hemos encontrado una consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de 0.87 para un valor medio de 84.5 y una varianza de 149.7. Para las subescalas los valores de  $\alpha$  de Cronbach encontrados fueron:

- § Iniciación y Persistencia – 0.83
- § Eficacia hacia la Adversidad – 0.85
- § Eficacia Social – 0.58



## CUADRO nº 4 – Escala de Autoeficacia General

DIMENSIONES / ÍTEMS
Iniciación y Persistencia (6 ítems)
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Cuando hago planos tengo la certeza que soy capaz de realizarlos.</li> <li>b) Cuando establezco objetivos que son importantes para mí, raramente los logro alcanzar.</li> <li>c) Soy una persona autoconfiante.</li> <li>d) No me siento capaz de enfrentar muchos de los problemas que se me deparan en la vida.</li> <li>e) Siento inseguridad en mi capacidad para hacer cosas.</li> <li>f) Uno de mis problemas es no conseguir hacer las cosas como debía.</li> </ul>
Eficacia hacia la Adversidad (5 ítems)
<ul style="list-style-type: none"> <li>g) Cuando no logro hacer cosas en el primer intento, insisto y continúo intentando hasta lograrlas.</li> <li>h) Si una cosa me parece muy complicada, no intento siquiera realizarla.</li> <li>i) Normalmente desisto de las cosas antes de terminarlas.</li> <li>j) Cuando estoy intentando aprender algo nuevo, si no obtengo suceso de inmediato, desisto fácilmente.</li> <li>k) Desisto de las cosas con facilidad.</li> </ul>
Eficacia Social (4 ítems)
<ul style="list-style-type: none"> <li>l) Tengo dificultad en hacer nuevos amigos.</li> <li>m) Si encuentro alguien interesante con el cual tengo dificultad en hacer amistad, rápidamente desisto de intentar hacer amistad con esa persona.</li> <li>n) Cuando estoy intentando hacer amistad con una persona y esa persona no se muestra interesada, no desisto pronto de intentar.</li> <li>o) Las amistades que tengo fueron logradas a través de mi capacidad personal para hacer nuevos amigos.</li> </ul>

## ESCALA DE LOCUS DE CONTROL PARA LA SALUD

Utilizamos la Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLC) de Wallston, Wallston & DeVellis (1978) en su versión portuguesa de Telmo Baptista (en proceso de adaptación y validación en la población portuguesa). Inicialmente este instrumento fue desarrollado como una medida unidimensional, evaluando los individuos relativamente al Locus de Control para la Salud en un continuo comprendido entre el Locus de Control Interno y el Locus de Control Externo. Cara a esta calificación surgieron críticas (Levenson, 1974), por lo que fue posteriormente reformulada, surgiendo entonces, como una medida multidimensional, donde se consideran tres dimensiones: una interna y dos externas, como surge representado en el Cuadro nº 5.

Esta escala ha sido traducida y adaptada a varias poblaciones y ampliamente utilizada. Dela Coleta (2005) desde 1992 ha venido trabajando en la adaptación y validación de la escala de Locus de Control para la Salud, a la población brasileña, presentando buenos resultados de consistencia interna y considerando que esta es una medida adecuada para evaluar el referido constructo. Rodríguez – Rosero, Ferriani & Dela Coleta en 2002 testaron las cualidades psicométricas de la Escala Multidimensional de Locus de Control para la Salud en la versión española, concluyendo que los resultados demuestran que las escalas poseen confiabilidad y validez suficiente para ser usadas en lengua española.

## CUADRO nº 5 - Escala del Locus de Control para la Salud

DIMENSIONES / ÍTEMS
Locus de Control Interno
a) Se me enfermar es mi propio comportamiento que determina la rapidez de mis mejoras. f) Tengo control sobre mi salud. h) Cuando me enfermo soy yo la culpable. l) La principal cosa que afecta mi salud es lo que yo hago. m) Si me cuido puedo evitar la enfermedad. q) Si actuar correctamente, podré mantenerme saludable.
Locus de Control Suerte
b) No importa lo que haga, se tuviera que enfermarme, me enfermame. d) Muchas cosas que afectan mi salud me pasan por acaso. i) La suerte tiene un papel importante en lo determinar de la rapidez, con que me recupero de una enfermedad. k) Estar bien de salud es en gran parte una cuestión de buena suerte. o) Haga lo que haga, es siempre posible que me enferme. p) Si tuviera que ser tendré salud.
Locus de Control Otros Poderosos
c) Consultar mi medico regularmente, es la mejor forma de evitar enfermarme. e) Siempre que no me sienta bien debo consultar un médico. g) El hecho de enfermarme o estar bien de salud tiene mucho que ver con mi familia. j) Los profesionales de salud controlan mi salud. n) Cuando recupero de una enfermedad, es habitualmente porque otras personas me cuidaron muy bien. r) En lo que respecta mi salud, solo puedo hacer lo que el médico o enfermera me dice para hacer.

Cada una de las tres escalas comprende un conjunto de 6 ítems con los cuales se pretende medir la fuerza de las diferentes percepciones de control, usando una escala tipo Likert de 6 puntos. No existe un valor global para la escala, más si, valores parcelares de las subescalas, cuyos valores oscilan entre un valor mínimo de 6 y un máximo de 36, no obstante, los 18 ítems de la escala se presentan a los sujetos como una escala única.

El estudio de las calidades psicometricas de esta escala en la muestra de enfermeras (N = 79) reveló los siguientes valores de  $\alpha$  de Cronbach:

---

§ Locus de Control Interno – 0.61

§ Locus de Control Suerte – 0.73

§ Locus de Control Otros Poderosos – 0.72

Para la muestra de embarazadas (N = 177) los valores de consistencia interna encontrados se presentan a continuación:

§ Locus de Control Interno – 0.62

§ Locus de Control Suerte – 0.67

§ Locus de Control Otros Poderosos – 0.63

Los valores de consistencia interna, encontrados por los autores de la escala, en su versión original oscilaban para la subescala Interna entre 0.61 y 0.72, para la subescala Otros Poderosos entre 0.56 y 0.64 y para la subescala de Suerte entre 0.47 y 0.70 (Wallston et al., 1978). Para la versión de la escala en portugués (Brasil) hecha por Dela Coleta (2005) los valores de consistencia interna encontrados fueron: subescala Interna, entre 0.62 y 0.67, para la subescala Otros Poderosos los resultados oscilaban entre 0.62 y 0.71 y para la subescala Suerte los valores encontrados estaban entre 0.51 y 0.78. El trabajo de Rodríguez – Rosero et al. (2002) relativo a la traducción de esta escala para el español presentó valores para la Internalidad de 0.53, para la externalidad Otros Poderosos de 0.71 y para la subescala Suerte 0.72. En las muestras de la presente investigación verificamos que los valores encontrados son todos superiores a 0.61, por lo que comparativamente con los estudios anteriores podemos afirmar que presentan valores de consistencia interna de magnitud suficiente. Verificamos también que en comparación con las investigaciones anteriormente referidas, los valores de las subescalas aparentan un mayor equilibrio entre ellas y además los valores para la externalidad surgen en nuestro caso moderadamente más elevados, hecho contrario a lo que se verifica en los casos anteriormente referidos.

## 3.2. MÉTODO



### 3.2.1. SELECCIÓN DE LAS MUESTRAS

Para la primera muestra de enfermeras, cuyos datos fueron utilizados para el desarrollo y validación de la escala, fueron definidos como criterios de inclusión:

- § Hacer periódicamente consultas de salud materna
- § Ser portuguesa o a vivir en Portugal hace más de tres años
- § Que no tuviera la especialidad de Salud Materna y Obstetricia

En la segunda fase de la investigación, durante la cual contactamos nuevamente las enfermeras que habían accedido a colaborar en el proyecto, definimos como criterio de selección, el tener en ese momento en su archivo más de 10 embarazadas.

En el caso de la muestra de mujeres embarazadas, la selección se hizo conjuntamente con cada una de las enfermeras y se definió que deberían:

- § Ser portuguesas o a vivir en Portugal por más de tres años.
- § Saber leer y escribir.
- § Hacer su atención de salud en uno de los Centros de Salud identificados.

### 3.2.2. APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS

Para la realización del presente estudio nos pusimos en contacto con la Coordinadora de la Región de Salud y con la respectiva Enfermera Directora de los Centros de Salud del Algarve, a quien se les presentó el proyecto y se les solicitó la autorización para ponerlo en práctica (ANEXO II). Posteriormente nos entrevistamos con cada uno de los enfermeros jefes con quien elaboramos un listado de todas las enfermeras que en los 16 Centros de Salud prestaban cuidados a las embarazadas. Por último contactamos personalmente con cada una de las enfermeras de la lista para proponerles participar en el proyecto.

A todos los participantes que les explicamos los objetivos de la investigación se les solicitó su colaboración voluntaria, y se les entregó un breve resumen del proyecto de investigación. En los casos en los que las enfermeras o embarazadas decidieron participar, después de firmar la Hoja de Información y el Consentimiento Informado (ANEXO III) se les explicaron las características del instrumento de recogida de datos y por último se llevó a cabo la evaluación.

En la primera fase de proyecto que duró cerca de 12 meses, el primer contacto con cada una de las enfermeras fue acordado previamente y tras la explicación necesaria, el instrumento se les entregaba para ser cumplimentado y se acordaba la fecha en la que se efectuaría su recogida. Este fue el único instrumento que fue rellenado en la ausencia de la investigadora.

Para la realización de la segunda fase de la investigación contactamos nuevamente las enfermeras que habían participado en el estudio preliminar y averiguamos para cada una de ellas el número de embarazadas que tenían en su archivo de salud materna,



---

pretendíamos un número mínimo de 10 embarazadas por cada enfermera, preferencialmente portuguesas. Así, empezamos la investigación con las enfermeras que refirieron mayor número de embarazadas en su consulta. Los momentos de evaluación eran planificados conjuntamente con cada enfermera, pues era ella que mejor conocía la dinámica de consultas y solo así podíamos planificar las visitas a los Centros de Salud.

De esta forma cada enfermera sabía con antelación las datas de visita para recogida de datos. El primer abordaje a la embarazada, preferimos que lo hiciera la enfermera pues era para la mujer una relación previa y consideramos que eso aumentaría su confianza para participar en el proyecto. De este modo, en cada Centro de Salud logramos encontrar un espacio (gabinete de consulta) donde nos entrevistamos con las embarazadas inmediatamente após la consulta con la enfermera. En el caso de la enfermera, no siempre era posible la entrevista ocurrir prontamente após la consulta, por razones de organización de su trabajo y esperavamos hasta que (durante ese mismo día) tuviera disponibilidad para reunirse con nosotras. Todos los instrumentos fueron rellenados en la presencia de la investigadora, por forma a garantizar que estes eran completados inmediatamente después (o lo más rapido posible), que ocurriera la interacción. En média la entrevista con cada enfermera demoró 20 minutos y con la embarazada 35 minutos. Esta segunda fase del proyecto se extendió por aproximadamente 12 meses.

En casi la totalidad de los casos las pruebas eran contestadas de forma autoaplicada, en la presencia de la investigadora pero sin que esta interviniera, a excepción (en algunas embarazadas), de algunos casos en que hubo que clarificar determinadas cuestiones, hecho que intentamos lo más posible que fuera imparcial e isento de siesgo.

La colaboración de todas las personas fue notable y especialmente el contributo dado por las enfermeras fue valioso, por el tiempo que despendieron de su labor para los varios contactos que fuerón necesarios, por eso en el final quisimos demostrar en alguna

medida, nuestra gratitud y también resaltar su trabajo de colaboración, por lo que a cada una de las enfermeras que constituyeron la muestra se les entregó un documento certificando su participación (ANEXOIV).

Además de las evaluaciones hechas a través de la batería de pruebas, fue evaluada para cada interacción, su duración. La variable tiempo fue evaluada a través de observación directa, iniciándose el cronometraje en el momento en el cual la embarazada entraba en la consulta con la enfermera y se cerraba la puerta, terminando cuando esta salía del gabinete, fueron hechas pausas y descontado el tiempo siempre que alguien interfirió en la consulta.

### 3.2.3. DISEÑO

La investigación es una actividad de búsqueda de conocimiento sobre cuestiones efectivas, hacia una realidad objetiva, pretende encontrar caminos que permitan construir modelos de esa realidad, que traduzcan de la mejor forma su estado y su dinámica y eso es, de una forma sucinta, lo que pretendemos hacer en el contexto de la interacción enfermera – embarazada en Atención Primaria.

Consideramos este proyecto contenido en lo que es el área de la Investigación Fundamental porque nos preocupa esencialmente comprender los fundamentos del fenómeno: interacción enfermera / embarazada (Gautier, 2003). Además, este estudio se construye sobre un abordaje deductivo. El raciocinio deductivo parte de una expresión o ley general estableciendo una relación entre conceptos universales. El raciocinio deductivo permite partir de principios generales (o axiomas) y de ellos extraer conocimientos nuevos (GinGras, 2000). Puede también clasificarse como un estudio explicativo y correlacional que en la recogida y tratamiento de los datos usa metodología cuantitativa.

Con respecto a las variables que examinamos en la investigación, identificamos como variable central – la variable dependiente: la Calidad de la Interacción en la percepción de ambos participantes; las variables independientes o predictoras optamos por dividir las en cuatro grupos:

1. Variables de la enfermera:

Variables socioprofesionales: donde se incluye la edad, los años de profesión, los años de ejercicio en el Centro de Salud, el nivel de formación y la percepción de rol.

---

Variables de personalidad: donde se incluye el Locus de Control para la Salud y la Percepción de Autoeficacia General.

2. Variables de la embarazada

Variables sociodemograficas: edad, profesión, escolaridad, número de hijos

Variables de personalidad: donde se incluye el Locus de Control para la Salud y la Percepción de Autoeficacia General.

Variables contextuales del embarazo: intencionalidad y transcurso del embarazo

3. Variables asistenciales u organizacionales: número de consultas total y de salud materna realizadas por parte del día (mañana o tarde), localización del Centro de Salud (centro o periferia) y exclusividad de la asistencia (publico o privado).

4. Variables contextuales de la consulta: duración de la consulta, discrepancia en las percepciones para la Escala de Calidad de la Interacción, conocimiento, contactos previos e Educación para la Salud.

### 3.2.4. MÉTODO ESTADÍSTICO

En base a los objetivos propuestos, a la naturaleza y distribución de las variables estudiadas, fueron utilizadas diferentes pruebas estadísticas identificadas a continuación. Para todos los análisis establecimos un nivel de significancia mínimo de 0.05, Todos los datos fueron tratados y analizados recurriendo al programa informático "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) 13.0.

En el Cuadro nº6 se presenta un breve esquema de los procedimientos utilizados.

CUADRO nº 6 – Secuencia de procedimientos estadísticos utilizados en la investigación

OBJETIVO	TÉCNICA ESTADÍSTICA
Evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de la Calidad de la Interacción	$\alpha$ de Cronbach para la Consistencia Interna Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) Kolmogorov-Smirnov Test de Levene
Describir características de la muestra	Méda Aritmética ( $\bar{x}$ ), Desviación Típica (Sd), Mediana (Md), Moda (mo), Rango, Porcentage
Analizar las relaciones entre variables	Correlación de Pearson ANOVA T de Student
Proponer un modelo de variables predictoras	Regresión Lineal Múltiple

#### 4. RESULTADOS



#### 4.1. ANALISIS DE LAS PROPIEDADES PSICOMETRICAS DE LA ESCALA CALIDAD DE LA INTERACCIÓN





Como hemos expuesto anteriormente la interacción es considerada como siendo la dimensión conductual de la relación interpersonal (Canavarro, 1999). En este sentido hemos pretendido construir un instrumento que permitiera evaluar o medir la interacción que se establece entre la enfermera y la embarazada en Atención Primaria y específicamente como esta interacción es percibida por sus participantes. De esta forma, en este capítulo aspiramos a dar respuesta al *OBJETIVO 1* del proyecto de investigación, con el cual se pretende desarrollar y evaluar las propiedades psicométricas de una escala que nos permita valorar la Calidad de la Interacción establecida entre la enfermera y la embarazada en un contexto de consulta de Promoción de la Salud

En el sentido de evaluar las propiedades psicométricas de este instrumento recurrimos a varios criterios métricos. Entre estos criterios distinguimos las propiedades que son inherentes al test y las que son inherentes a cada ítem. Podemos considerar dos tipos de propiedades psicométricas: la fiabilidad y la validez. Con la validez de un instrumento queremos indicar que aquella medida deberá medir un aspecto específico y no otro diferente o parecido. La fiabilidad se relaciona con el hecho de que si la medición es repetida en las mismas condiciones, con los mismos participantes, el resultado encontrado será idéntico (Ribeiro, 1999), a este criterio Polit & Hungler (1995) le llaman confiabilidad y lo definen como siendo el grado de coherencia con el que el instrumento mide el atributo.

#### 4.1.1. FIABILIDAD

Un instrumento es fiable si es consistente (Hill & Hill, 2000). Para estimar la consistencia interna de la escala recurrimos al Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), este test estadístico nos ofrece datos sobre la consistencia interna, con base en la media de las inter - correlaciones

entre todos los ítems del test. Un  $\alpha$  entre 0.7 y 0.8 se considera un valor Razonable y un valor entre 0.8 y 0.9 un Buen valor de  $\alpha$  (Hill & Hill, 2000).

En las Tablas nº 4 y nº 5 se exponen los valores de consistencia interna total de la escala y de las subescalas, en la versión inicial de 35 ítems y en la versión final de 18 ítems.

TABLA nº 4 – Consistencia interna de la Escala y de las subescalas en la versión inicial de 35 ítems

	$\alpha$ de Cronbach
Total para la escala (35 ítems)	0,84
1ª Dimensión (11 ítems) – INFORMACIÓN EN SALUD	0,49
2ª Dimensión ( 20 ítems) – SOPORTE AFECTIVO	0,79
3ª Dimensión (4 ítems) – COMPETENCIA PROFESIONAL	0,33

TABLA nº 5 – Consistencia interna de la Escala y de las subescalas en la versión abreviada de 18 ítems

	$\alpha$ de Cronbach
Total para la escala (18 ítems)	0,89
1ª Dimensión (6 ítems) – INFORMACIÓN EN SALUD	0,76
2ª Dimensión (9 ítems) – SOPORTE AFECTIVO	0,82
3ª Dimensión (3 ítems) – COMPETENCIA PROFESIONAL	0,71

Observando las Tablas nº 4 y nº 5 se concluye que la medida construida, en su versión final, presenta una consistencia interna BUENA para su valor total ( $\alpha = 0.89$ ) y para la dimensión Soporte Afectivo ( $\alpha = 0.82$ ), una consistencia interna RAZONABLE para sus subescalas: Información en Salud y Competencia Profesional, respectivamente,  $\alpha$  de Cronbach de 0.75 y 0.71. En este sentido podemos afirmar que el instrumento construido para evaluar la Calidad de Interacción Enfermera / Embarazada en Atención Primaria es consistente.

#### 4.1.2. VALIDEZ

La validez se refiere a lo que el test mide y en que medida lo hace bien. La validez de un instrumento debe ser evaluada teniendo por referencia el uso particular para el que este fue desarrollado. Es incorrecto hablar de la validez de un instrumento en términos generales. La validez no es una propiedad del test, sino que está en función de lo que el test mide (Ribeiro, 1999).

Las diferentes caras de la validez que iremos abordar a continuación son: Validez de Contenido, Validez de Constructo y Validez de los Ítems.

##### 4.1.2.1. VALIDEZ DE CONTENIDO

La Validez de Contenido, se establece a través de la evidencia de que los atributos incluidos en el test son una muestra representativa de los que se pretenden medir. Según Murphy & Davidshofer (1998) la evaluación de la validez de contenido consiste en los pasos siguientes:

- a) Describir el contenido del dominio o constructo.
- b) Determinar las áreas del contenido del dominio que son evaluadas por cada ítem.
- c) Comparar la estructura del test con la estructura del contenido del dominio.

Dado que la validez de contenido es esencialmente un juicio y no un ejercicio de objetividad, una de las formas de identificar el juicio más adecuado es recurriendo al análisis de varios jueces especialistas en el contenido del dominio a ser evaluado (Ribeiro, 1999).

---

Una variable generalmente es formada por varios componentes y a veces cada uno de estos componentes se sub – dividen en varios aspectos. En este sentido con base en una exploración bibliográfica de autores de referencia en esta temática, fue hecho un listado de los diferentes componentes de la variable en estudio (la interacción enfermera / embarazada) a los que les llamamos dimensiones. Para cada una de las dimensiones se hizo un listado de los aspectos considerados significativos. Para cada aspecto fueron definidos ítems relevantes para medir ese aspecto. Los ítems fueron leídos diversas veces por diferentes jueces (especialistas en esta temática) y hecho el paralelismo con la bibliografía consultada, simultáneamente. A través de este proceso llegamos a un instrumento final de 35 ítems que se agrupaban en 3 diferentes dimensiones.

Como ya anteriormente referimos, los ítems surgen estructurados en afirmaciones, en las que se reflejan comportamientos o percepciones, acompañadas de una escala de Likert de 5 puntos de respuesta que oscila entre un punto mínimo de “Jamás” (1), pasando por “Pocas Veces” (2), “A Veces” (3), “Muchas Veces” (4) y terminando en un punto máximo de “Siempre” (5). En el Cuadro nº 7 se expone la estructura original del instrumento.

En la escala una puntuación alta representa una buena interacción, con aspectos emocionales positivos, con buenos resultados en la consulta y con una buena comunicación de información. Los valores esperados para esta medida oscilan entre un máximo de 175, un mínimo de 35 y un valor medio de 75.

CUADRO nº 7 - Estructura de la escala Calidad de la Interacción – 35 ítems

Información en Salud
1. Durante la consulta hablo de los varios aspectos de la salud de la embarazada
4. Las mujeres se quedan satisfechas con la información que doy durante la consulta
10. La información que doy en la consulta es demasiado compleja
11. En las consultas la información sobre lo que se pasa con el embarazo confunde las mujeres
12. Las mujeres comprenden la información que les doy
16. Doy información escrita
18. En las consultas utilizo palabras simples de fácil comprensión para dar informaciones sobre el embarazo
19. Me preocupo en comprobar que las mujeres comprenden la información que les doy
21. La información que doy a las mujeres es útil para su situación
24. En las consultas explico a las mujeres todo lo que desean saber
30. A las mujeres no les interesa la información que les doy
Apoyo Afectivo
2. En la consulta me intereso en saber las opiniones de la mujer
3. Durante la consulta las mujeres tienen la oportunidad de colocar cuestiones sobre el embarazo y el parto
5. Durante la consulta las mujeres pueden hablar fácilmente conmigo sobre cualquier asunto relativo al embarazo
7. Soy honesta con las mujeres
8. No siempre digo todo lo que las mujeres desean saber
9. Presto cuidados individualizados
13. En las consultas cuando no comprenden cualquier información que doy, las mujeres tienen la confianza para preguntar
14. En la consulta trato a la mujer por su nombre
20. En las consultas siento que se crea un ambiente de confianza
23. En las consultas trato a las mujeres con consideración y respeto
25. En las consultas trato a las embarazadas con cariño
26. En las consultas soy capaz de detectar la preocupación de las mujeres con otros asuntos y me intereso en saber que pasa
27. En las consultas estoy atenta cuando la mujer habla
28. En las consultas sonrío con facilidad
29. Me preocupo en respetar la privacidad y el pudor de la embarazada
31. Cuando hablo con las embarazadas ellas están atentas
32. En las consultas las mujeres me tratan con consideración y respeto
33. Las embarazadas me tratan por mi nombre
34. En las consultas las embarazadas son honestas conmigo
35. En las consultas las mujeres son cariñosas conmigo
Competencia profesional
6. Considero que actúo de una forma eficaz competente
15. Las mujeres se quedan satisfechas con las consultas
17. Después de las consultas las mujeres se sienten con mas confianza y con menos ansiedad
22. En las consultas no dedico a las mujeres el tiempo que necesitan

#### 4.1.2.2. VALIDEZ DE CONSTRUTO

Según Anastasi (1990) para determinar la validez de construto puede recurrirse, de entre otros métodos, al análisis factorial. En la opinión de Hill & Hill (2000) antes de hacer un análisis factorial hay que evaluar las correlaciones, presentando el valor de la medida de adecuabilidad, para saber si es legítimo hacerla. Una técnica estadística que permite esa evaluación es el “Kaiser – Meyer – Olkin Measure of Sampling Adequacy” (KMO). Este procedimiento estadístico permite delimitar la calidad de las correlaciones entre las variables permitiendo proseguir con el análisis factorial. Se considera que un KMO entre 0.7 y 0.8 presenta un valor MEDIO y que un valor entre 0.8 y 0.9 es un valor BUENO (Pestana & Gageiro, 2003).

En las Tablas nº 6 y nº 7, se presentan los valores de KMO para la escala total y las subescalas en la versión inicial de 35 ítems y en la versión final de 18 ítems:

TABLA nº 6 - Distribución de los valores del KMO para la escala total y para las subescalas en la versión inicial de 35 ítems

	KMO	Nº de factores	Varianza explicada
TOTAL (35 ítems)	0,69	11	69,66%
1ª dimensión – INFORMACIÓN EN SALUD	0,68	3	51,47%
2ª dimensión – APOYO AFECTIVO	0,74	7	67,98%
3ª dimensión – COMPETENCIA PROFESIONAL	0,65	1	48,67%

TABLA nº 7 - Distribución de los valores del KMO para la escala total y para las subescalas en la versión abreviada de 18 ítems

	KMO	Nº de factores	Varianza explicada
TOTAL (18 ítems)	0,84	4	59,79%
1ª dimensión – INFORMACIÓN EN SALUD	0,78	1	46,34%
2ª dimensión – APOYO AFECTIVO	0,83	2	53,75%
3ª dimensión – COMPETENCIA PROFESIONAL	0,64	1	64,19%

Por los valores presentados en la Tabla nº 6 se concluye que es adecuado hacer el análisis factorial, pues tenemos valores para el KMO que oscilan entre 0.65 y 0.74.

Cuando se procedió al análisis factorial encontramos cuatro factores que explican las correlaciones entre los componentes de la Interacción, con una varianza explicada de 59.79%. Por ello podemos concluir que la variable Interacción es multidimensional, no obstante, además de los valores parcelares de cada sub-escala, consideramos un valor total para la Escala de Interacción.

En la tabla que se sigue (Tabla nº 8) se presenta el análisis factorial de la escala Calidad de la Interacción. Cada ítem se presenta según el factor donde cabe y con el valor de la correlación ítem – total, siendo que fueron eliminados los ítems que presentaban correlaciones inferiores a 0.4. Los ítems eliminados surgen en **negrito**.



TABLA nº 8 - Análisis factorial de la escala Calidad de la Interacción

Dimensiones / Ítems	Correlación Ítem - Total			
	1	2	3	4
<b>INFORMACIÓN EN SALUD</b>				
1.Durante la consulta hablo de varios aspectos de la salud de la embarazada	0.51			
4.Las mujeres se quedan satisfechas con la información que doy durante la consulta	0.56			
10.La información que doy en la consulta es demasiado compleja	0.17			
11.En las consultas la información sobre lo que se pasa con el embarazo confunde las mujeres	0.14			
12.Las mujeres comprenden la información que les doy	0.64			
16.Doy información escrita	0.13			
18.En las consultas utilizo palabras simples de fácil comprensión para dar informaciones sobre el embarazo	0.34			
19.Me preocupo en comprobar que las mujeres comprenden la información que les doy	0.48			
21.La información que doy a las mujeres es útil para su situación	0.51			
24.En las consultas explico a las mujeres todo lo que desean saber	0.60			
30.A las mujeres no les interesa la información que les doy	0.08			
<b>SOPORTE AFECTIVO</b>				
2.En la consulta me intereso en saber las opiniones de la mujer		0.23		
3.Durante la consulta las mujeres tienen la oportunidad de colocar cuestiones sobre el embarazo y el parto		0.27		
5.Durante la consulta las mujeres pueden hablar fácilmente conmigo sobre cualquier asunto relativo al embarazo		0.49		
7.Soy honesta con las mujeres		0.39		
8.No siempre digo todo lo que las mujeres desean saber		0.15		
9.Presto cuidados individualizados		0.31		
13.En las consultas cuando no comprenden la información que doy, las mujeres tienen la confianza para preguntar		0.54		
14.En la consulta trato a la mujer por su nombre		0.36		
20.En las consultas siento que se crea un ambiente de confianza		0.38		
23.En las consultas trato a las mujeres con consideración y respeto		0.37		
25.En las consultas trato a las embarazadas con cariño		0.56		
26.En las consultas soy capaz de detectar la preocupación de las mujeres con otros asuntos y me intereso en saber que pasa		0.52		
27.En las consultas estoy atenta cuando la mujer habla		0.57		
28.En las consultas sonrío con facilidad		0.32		
29.Me preocupo en respetar la privacidad y el pudor de la embarazada		0.43		
31.Cuando hablo con las embarazadas ellas están atentas			0.49	
32.En las consultas las mujeres me tratan con consideración y respeto			0.49	
33.Las embarazadas me tratan por mi nombre			0.32	
34.En las consultas las embarazadas son honestas conmigo			0.49	
35.En las consultas las mujeres son cariñosas conmigo			0.28	
<b>COMPETENCIA PROFESIONAL</b>				
6.Considero que actué de una forma eficaz competente				0.50
15.Las mujeres se quedan satisfechas con las consultas				0.49
17.Después de las consultas las mujeres se sienten con más confianza y con menos ansiedad				0.58
22.En las consultas no dedico a las mujeres el tiempo que necesitan				0.07

Ítems eliminados a negrito

Después del tratamiento estadístico de los datos, quedamos con una medida de la interacción que presenta 3 dimensiones y un total de 18 ítems, como se puede ver en el Cuadro nº 8. Se señala que la dimensión Soporte Afectivo presenta dos factores, al factor que engloba los ítems 31, 32 y 34 lo denominamos de Reciprocidad.

CUADRO nº 8 - Estructura de la Escala Calidad de la Interacción en la versión abreviada de

18 ítems

INFORMACIÓN EN SALUD	<p>En la consulta hablo sobre los varios aspectos de salud, de la mujer embarazada</p> <p>Las mujeres se quedan satisfechas con la información que doy durante la consulta</p> <p>Me preocupo en comprobar que las mujeres comprenden la información que les fue dada</p> <p>La información que doy a las mujeres, es útil para su situación</p> <p>En las consultas explico a las mujeres todo lo que desean saber</p> <p>En las consultas las embarazadas comprenden la información que les doy</p>
SOPORTE AFECTIVO	<p>En la consulta las mujeres pueden hablar conmigo, con facilidad sobre cualquier asunto relativo a su embarazo</p> <p>En las consultas cuando no comprenden la información que doy, las mujeres tienen la confianza para preguntar de nuevo</p> <p>En las consultas trato a la mujer con cariño</p> <p>En las consultas soy capaz de detectar la preocupación de las mujeres con otros asuntos y me intereso en saber que pasa</p> <p>En las consultas estoy atenta cuando la mujer habla</p> <p>Me preocupo en respetar la privacidad y el pudor de las embarazadas</p> <p>En las consultas las mujeres me tratan con consideración y respeto</p> <p>Cuando hablo con las embarazadas ellas están atentas</p> <p>En las consultas las mujeres son honestas conmigo</p>
COMPETENCIA PROFESIONAL	<p>Considero que actúo de una forma eficaz y competente</p> <p>Las mujeres se quedan satisfechas con las consultas</p> <p>Después de las consultas las mujeres se sienten con más confianza y menos ansiosas</p>

#### 4.1.2.3. VALIDEZ DE LOS ÍTEMS

De forma general, los criterios usados para la validación de los tests son utilizados para hacer la validez de los ítems. Murphy & Davidshofer (1998) consideran que cada ítem puede ser considerado un test. En este sentido para determinar la validez de los ítems podemos utilizar, entre otros, los criterios siguientes:

a. Distribución de las respuestas

En los tests de respuesta habitual, un buen ítem debe garantizar que hay respuestas en todas las alternativas de respuesta que cada ítem ofrece y que la distribución de las respuestas se hace de forma que la hipótesis nula (la hipótesis de que la distribución no sea normal) sea rechazada (Ribeiro, 1999). De esta forma debe verificarse que en la escala tipo Likert, todas las 5 alternativas de respuesta deben haber sido señaladas por algún de los respondientes y la mayoría de las respuestas debe estar en las alternativas intermedias. Para verificar la segunda parte de esta exigencia podemos recurrir al test estadístico Kolmogorov – Smirnov.

Así, evaluamos la normalidad de la distribución de las respuestas y verificamos que la distribución no es normal. Los participantes en la investigación respondieron tendencialmente en los niveles más positivos de la escala de Likert. Los resultados descriptivos se presentan en la Tabla nº 9.

TABLA n° 9 – Distribución de las respuestas para la escala Calidad de la Interacción en la versión abreviada de 18 ítems

Nivel de Respuesta %	Jamás	Pocas veces	A veces	Muchas Veces	Siempre	Total
Ítem						
En la consulta hablo sobre los varios aspectos de salud, de la mujer embarazada	0	0	10,1	41,8	48,1	100
Las mujeres quedan satisfechas con la información que doy durante la consulta.	0	0	22,8	64,6	12,6	100
Me preocupa en comprobar que las mujeres comprenden la información que les doy.	0	1,3	6,3	43	49,4	100
La información que doy a las mujeres, es útil para su situación.	0	0	0	50,6	49,4	100
En las consultas explico a las mujeres todo lo que desean saber.	0	2,6	10,1	48,1	39,2	100
En las consultas las embarazadas comprenden la información que les doy.	0	0	10,1	68,4	21,5	100
En la consulta las mujeres pueden hablar conmigo con facilidad sobre cualquier asunto relativo a su embarazo.	0	0	2,6	21,5	75,9	100
En las consultas cuando no comprenden cualquier información que doy, las mujeres tienen la confianza para preguntar	0	0	2,6	46,8	50,6	100
En las consultas trato a la mujer con cariño	0	0	3,8	30,4	65,8	100
En las consultas soy capaz de detectar la preocupación de las mujeres con otros asuntos y me intereso en saber que es lo que pasa	0	0	20,3	63,3	16,4	100
En las consultas estoy atenta cuando la mujer habla.	0	0	0	36,7	63,3	100
Me preocupo en respetar la privacidad y el pudor de las embarazadas.	0	0	1,3	22,8	75,9	100
Cuando hablo con las embarazadas ellas están atentas	0	0	3,8	62	34,2	100
En las consultas las mujeres me tratan con consideración y respeto.	0	0	3,8	43	53,2	100
En las consultas las mujeres son honestas conmigo	0	0	27,8	59,5	12,7	100
Considero que actúo de una forma eficaz / competente.	0	0	11,4	65,8	22,8	100
Las mujeres se quedan satisfechas con las consultas.	0	0	18,9	71	10,1	100
Después de las consultas las mujeres se sienten con mas confianza y menos ansiosas.	0	0	22,8	65,8	11,4	100
Total %	0	3,9 0,2	178,5 9,9	905,1 50,3	712,5 39,6	

Verificamos por el análisis de la Tabla n° 9 que, no se obtuvieron respuestas en el nivel más bajo (Jamás). Se verificaron 3 respuestas en el segundo nivel (Pocas Veces) para 2 ítems. El tercer nivel (Hay Veces) fue señalado 141 veces para 16 ítems. El cuarto nivel fue el más señalado y todos los ítems fueron alguna vez señalados en este nivel. Para el quinto

---

nivel (Siempre) se constata que fue el segundo más escogido, siendo que, también aquí todos los ítems fueron alguna vez señalados.

Como sugieren diversos autores (Hill & Hill, 2000; Ribeiro, 1999), para verificar como se comporta la distribución de las respuestas, aplicamos el test estadístico Kolmogorov – Smirnov y verificamos que el test es significativo, lo que nos lleva a aceptar la hipótesis nula, o sea, comprobamos que la distribución no es normal.

b. Consistencia interna del ítem

Cuanto más elevado es el valor de la correlación del ítem con la nota total del test, mejor el ítem discrimina entre los que tienen buen resultado en el test y los que tienen peor resultado. Una correlación elevada indica también que el ítem mide lo mismo construto que la puntuación total del test (Ribeiro, 1999). Para evaluar este criterio utilizamos el test estadístico de Correlación de Pearson. Por la observación de la Tabla nº 10 podemos concluir que los 18 ítems de la versión final de la escala de Calidad de la Interacción presentan valores de consistencia interna significativos, los valores encontrados oscilan entre 0.46 y 0.75.

c. Validez convergente – discriminante del ítem

Para evaluar este criterio, comparamos las correlaciones ítem - sub-escalas a que pertenece, con las correlaciones ítem – puntuación total de la escala. Como se expone en la Tabla nº 10, en la gran mayoría de los casos (97.5%), aunque el ítem presente una correlación significativa con la puntuación total de la escala, la correlación con la sub-escala a que pertenece, es superior.

TABLA nº 10 - Correlaciones significativas de la ECI (18 ítems) inter - ítem, ítem - subescalas y ítem – puntuación total

\* p ≤ 0,05      \*\* p ≤ 0,01

	CI1	CI4	CI19	CI21	CI24	CI35	CI5	CI13	CI25	CI26	CI27	CI29	CI31	CI32	CI34	CI6	CI15	CI17	INF	AFE C	CO M	TOT A
CI1		.425 **	.225 *	.275 *		.333 **		.369 **		.226 *	.239 *					.286 *	.275 *	.347 **	.611 **	.267 *	.380 **	.462 **
CI4			.235 *	.429 **	.381 **	.427 **		.348 **	.346 **	.417 **	.271 *	.227 *	.380 **		.377 **	.486 **	.539 **	.530 **	.700 **	.484 **	.648 **	.665 **
CI19				.236 *	.371 **	.495 **		.333 **	.346 **	.384 **	.463 **		.364 **	.240 *	.365 **	.310 **			.645 **	.497 **	.295 **	.573 **
CI21					.471 **	.347 **	.274 *	.335 **	.490 **	.229 *	.437 **	.282 **	.385 **	.255 **		.378 **	.355 **	.373 **	.650 **	.486 **	.461 **	.606 **
CI24						.434 **	.420 **	.405 **	.409 **	.363 **	.501 **	.414 **	.297 **	.261 *	.388 **	.447 **	.282 *	.336 **	.723 **	.593 **	.446 **	.686 **
CI35							.343 **	.447 **	.347 **	.545 **	.491 **	.293 **	.569 **	.344 **	.497 **	.320 **	.423 **	.482 **	.736 **	.675 **	.510 **	.746 **
CI5								.331 **	.413 **	.304 **	.439 **	.367 **	.256 *	.285 *			.247 *	.339 **	.399 **	.596 **	.326 **	.532 **
CI13									.390 **	.399 **	.429 **		.364 **		.253 *	.430 **	.320 **	.416 **	.551 **	.611 **	.488 **	.635 **
CI25										.295 **	.470 **	.459 **	.301 **	.469 **	.273 *				.498 **	.699 **	.225 *	.601 **
CI26											.386 **	.315 **	.387 **	.311 **	.459 **	.268 *	.462 **	.499 **	.531 **	.682 **	.510 **	.667 **
CI27												.328 **	.383 **	.291 **	.408 **	.243 *			.591 **	.703 **	.263 *	.649 **
CI29														.293 **				.267 *	.357 **	.557 **	.240 *	.476 **
CI31														.420 **	.407 **	.258 *	.360 **	.318 **	.511 **	.637 **	.389 **	.611 **
CI32															.428 **		.352 **	.326 **	.330 **	.644 **	.354 **	.534 **
CI34																.370 **	.459 **	.273 *	.477 **	.644 **	.457 **	.615 **
CI6																	.365 **	.424 **	.548 **	.403 **	.753 **	.586 **
CI15																		.589 **	.491 **	.475 **	.804 **	.610 **
CI17																			.553 **	.495 **	.842 **	.653 **
INF																				.735 **	.665 **	.916 **
AFEC																						.923 **
COM																						.771 **
TOTA																						

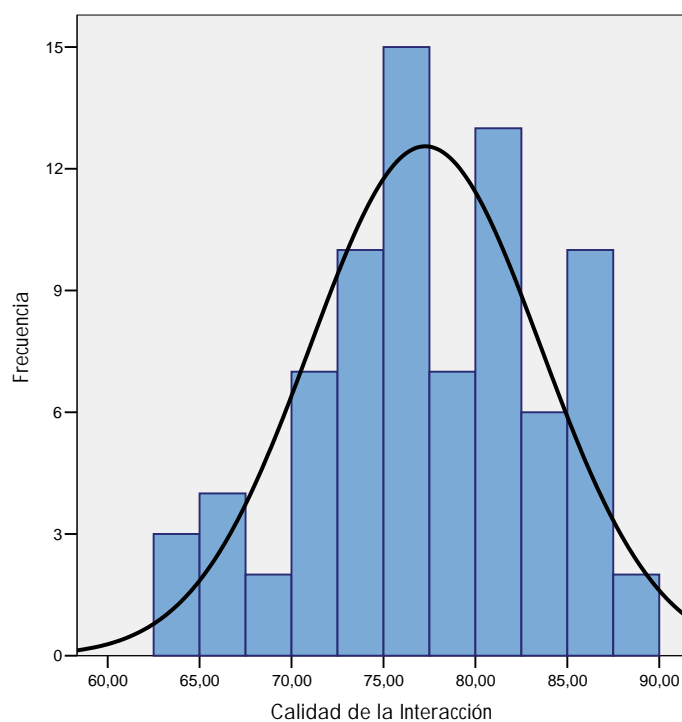
Ítems de la dimensión Información en Salud  
 Ítems de la dimensión Soporte Afectivo  
 Ítems de la dimensión Competencia Profesional

INF. Score total de la dimensión Información en Salud  
 AFEC. Score total de la dimensión Soporte Afectivo  
 COM. Score total de la dimensión Competencia Profesional  
 TOTA. Score total de la Escala Calidad de la Interacción

Consideramos importante señalar que aunque todas las dimensiones contribuyen con una correlación significativa para el valor global de la escala, la dimensión Soporte Afectivo es la que presenta una correlación más elevada, seguida de la dimensión Información en Salud (Tabla nº 10).

Importa también referir que, aunque las respuestas no presenten una distribución normal, cuando analizamos la distribución de los valores de la escala total, estos presentan una curva cercana a la distribución normal, como se puede constatar por la observación de la Ilustración nº 13. Esta conclusión es reforzada cuando aplicamos el test estadístico de Kolmogorov – Smirnov y verificamos que no es significativo, lo que nos lleva a rechazar la hipótesis nula, o sea, concluimos que la distribución es normal.

ILUSTRACIÓN nº 13 – Curva de la distribución de los valores de la Escala de Calidad de la Interacción en la versión abreviada de 18 ítems



---

Para la versión de 18 ítems de la escala, teóricamente, el intervalo de valores esperado, quedaría comprendido entre un valor mínimo de 18 y un valor máximo de 90, siendo calculado un valor medio de 54. Los valores obtenidos para la muestra en estudio fueron: una media de 77.28 ( $\bar{x}$ ), con una desviación típica de 6.28, una mediana de 77, una Moda de 76, un valor mínimo de 63 y un valor máximo de 90. Por la observación de la Ilustración nº 12, verificamos que la distribución es simétrica para los valores encontrados, presentando una discreta desviación a la derecha. De esta forma podemos concluir que, aunque persiste una tendencia de respuestas positivas, la distribución está equilibrada.



### 4.1.3. RELACIONES ENTRE VARIABLES

Después de analizar los datos, encontramos relaciones significativas entre las diferentes variables con relación a la escala Calidad de la Interacción, lo que nos faculta también informaciones sobre la capacidad del instrumento de discriminar entre sujetos con diferentes características, hecho que se verificó.

Optamos por los tests paramétricos una vez que la muestra presenta una distribución con tendencia normal y una homogeneidad en la varianza. Para llegar a esta conclusión recurrimos al test Kolmogorov – Smirnov para testar la normalidad de la distribución y al test de Levene para testar la homogeneidad de la varianza.

El nivel de significación ( $p$ ) es de 0,05.

Satisfacción de la enfermera con la consulta que realiza y Calidad de la Interacción

Recurrimos a la aplicación del test estadístico  $t$  de student para comparación de medias. Los valores obtenidos se encuentran en la Tabla nº 11.

TABLA nº 11 – Relación entre la Calidad de la Interacción y la Satisfacción con la consulta

	CALIDAD DE LA INTERACCIÓN				
	N	$\bar{x}$	sd	t	p
SATISFECHAS	51	78,6	5,8	2,6	0,01
NO SATISFECHAS	28	74,8	6,4		

Por los resultados observados en la Tabla n° 11, verificamos que la diferencia de medias es de 3.8, siendo el valor de t de 2.6 para un p de 0.01. Concluimos así, que la diferencia encontrada relativamente a la Calidad de la Interacción, en las enfermeras que refieren estar y no estar satisfechas con las consultas de salud materna que realizan, es estadísticamente significativa.

#### Localización del Centro de Salud y Calidad de la Interacción

Recurrimos a la aplicación del test estadístico t de student para comparación de medias. Los valores obtenidos se encuentran en la Tabla n° 12.

TABLA n° 12 – Relación entre la Calidad de la Interacción y la localización del Centro de Salud

	CALIDAD DE LA INTERACCIÓN				
	N	$\bar{x}$	Sd	t	p
SEDE	50	78,8	5,8	2,9	0,005
EXTENSIÓN	29	74,7	6,2		

Por los resultados observados en la Tabla n° 12, verificamos que la diferencia de medias es de 4.1, siendo el valor de t de 2.9 para un p de 0.005. Concluimos así, que la diferencia encontrada relativamente a la Calidad de la Interacción, en las enfermeras que trabajan en la sede de un Centro de Salud o en una Extensión (periferia), es estadísticamente significativa.

---

Edad de la enfermera y Calidad de la Interacción – subescala Soporte Afectivo

Para probar esta posible relación procedimos al estudio de la correlación a través del cálculo del Coeficiente de Correlación de Pearson (r) y respectivo test de significación. Los valores obtenidos se encuentran en la Tabla nº 13.

TABLA nº 13 – Relación entre la Edad y la Calidad de la Interacción (Soporte Afectivo)

	CALIDAD DE LA INTERACCIÓN – SOPORTE AFECTIVO		
	N	r	p
EDAD	79	0,296	0,008

Observando la Tabla nº 13, verificamos que la aplicación del test nos permitió obtener una correlación de Pearson (r) de 0.296 para un p de 0.008, revelando una correlación positiva no muy fuerte, pero significativa. Teniendo como base la apreciación de los datos podemos afirmar que existe una correlación positiva entre la edad de la enfermera y la Calidad de la Interacción en su dimensión Soporte Afectivo.

Años de Profesión y Calidad de la Interacción – Subescala Soporte Afectivo

Recurrimos a la aplicación del test estadístico coeficiente de correlación de Pearson (r). Los valores obtenidos se encuentran en la Tabla nº 14.

TABLA nº 14 – Relación entre los Años de Profesión y la Calidad de la Interacción (Soporte Afectivo)

	CALIDAD DE LA INTERACCIÓN – SOPORTE AFECTIVO		
	N	R	p
AÑOS DE PROFESIÓN	79	0,252	0,025

---

Observando la Tabla nº 14, verificamos que la aplicación del test nos permitió obtener una correlación de Pearson ( $r$ ) de 0.252 para un  $p$  de 0.025, revelando una correlación positiva no muy fuerte, pero significativa. Los resultados del test nos permitieron concluir que existe una correlación positiva entre los años de profesión de la enfermera y la Calidad de la Interacción en su dimensión Soporte Afectivo.



## 4.2. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS



Se exhiben en este apartado los análisis de las variables que reúnen la información obtenida a partir de los ítems de la entrevista y de las escalas aplicadas y que no han sido expuestos en el capítulo de MATERIAL Y MÉTODO. Presentamos así, a continuación la información obtenida, tras la aplicación de los instrumentos de recogida de datos a 20 enfermeras y 177 embarazadas, completando un total de 177 interacciones. Es importante resaltar que consideramos como unidad de información la interacción. Esta muestra fue recorrida en un espacio de tiempo aproximado de dos años. El estudio descriptivo que se presenta a continuación, se organiza según las diferentes variables, empezando por las relativas a la muestra de enfermeras, siguiendo, las variables relativas a la muestra de embarazadas y para terminar se describen y caracterizan los aspectos asistenciales y contextuales de cada consulta.



#### 4.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE ENFERMERAS

Optamos por organizar las características de la muestra de enfermeras según las diferentes categorías de variables; en primer lugar las variables socioprofesionales, en segundo lugar las variables de personalidad y en tercer y último lugar, los datos relativos a la variable Calidad de la Interacción.

##### VARIABLES SOCIOPROFESIONALES

En la Tabla nº 15 se puede apreciar la distribución de la percepción de las enfermeras relativamente a aspectos de la consulta que realizan, específicamente: la importancia atribuida a la consulta, los aspectos organizativos de la consulta y la satisfacción con la misma.

TABLA nº 15 – Distribución de la percepción de la enfermera sobre aspectos de la consulta

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Grupos		
IMPORTANCIA ATRIBUIDA A LA CONSULTA	Sin Importancia	0	0%
	Poco Importante	0	0%
	Importante	2	10%
	Muy Importante	18	90%
	Total	20	100%
SATISFACCIÓN CON LAS CONSULTAS	No satisfechas	6	30%
	Satisfechas	14	70%
	Total	20	100 %
ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA	No sería necesario modificarla	0	0%
	Cambiaría algunos aspectos	18	90%
	Cambiaría muchos aspectos	2	10%
	Debería ser totalmente reformulada	0	0%
	Total	20	100 %

○ Valores más significativos para cada característica

Analizando la Tabla n° 15 concluimos que, las enfermeras predominantemente clasifican como muy importante (90%) la consulta de enfermería que realizan, en este ámbito de cuidados. Además el 70% de las enfermeras se consideran SATISFECHAS con las consultas de enfermería que realizan en atención de salud a la embarazada. Cuando cuestionamos las enfermeras relativamente a la organización de la Consulta de Enfermería en Salud Materna, verificamos que, estas profesionales consideran que hay aspectos que necesitan modificaciones. El 90% de las enfermeras cambiarían algunos aspectos y un 10 % de las enfermeras cambiarían muchos aspectos.

La Tabla n° 16 presenta la distribución de la Percepción de Rol de las enfermeras, particularmente describiendo aspectos relativos a la percepción de la enfermera sobre la importancia de la consulta de enfermería en Salud Materna para la organización, para la embarazada, para el médico y para ella misma.

TABLA n° 16 – Distribución de la Percepción de Rol

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Grupos		
ORGANIZACIÓN	Prescindible	0	0%
	Indiferente	1	5%
	Muy Necesaria	9	45%
	Imprescindible	10	50%
	Total	20	100%
EMBARAZADA	Prescindible	0	0%
	Indiferente	3	15%
	Muy Necesaria	13	65%
	Imprescindible	4	20%
	Total	20	100%
ENFERMERA	Prescindible	0	0%
	Indiferente	0	0%
	Muy Necesaria	18	90%
	Imprescindible	2	10%
	Total	20	100%
MÉDICO	Prescindible	1	5%
	Indiferente	1	5%
	Muy Necesaria	11	55%
	Imprescindible	7	35%
	Total	20	100%

● Valores más significativos para cada característica

Por la observación de la Tabla n° 16 constatamos que la consulta de enfermería, tal y como se encuentra organizada actualmente, desde la perspectiva de la enfermera, es apreciada globalmente, como muy necesaria por ellas mismas, para la embarazada y para el médico, siendo que las enfermeras consideraran (50%) que para la organización es imprescindible.

En la Tabla n° 17 se presenta la distribución de la importancia atribuida por las enfermeras a las diferentes consultas que realizan en Atención Primaria.

TABLA n° 17 – Importancia atribuida por las enfermeras a las diferentes consultas que realizan en Atención Primaria

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA		FRECUENCIAS	PORCENTAJES
	Grupos		
SALUD INFANTIL	Sin Importancia	0	0%
	Poco Importante	0	0%
	Importante	3	15%
	Muy Importante	17	85%
	Total	20	100%
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Sin Importancia	0	0%
	Poco Importante	1	5%
	Importante	4	20%
	Muy Importante	15	75%
	Total	20	100%
SALUD MATERNA	Sin Importancia	0	0%
	Poco Importante	0	0%
	Importante	3	15%
	Muy Importante	17	85%
	Total	20	100%
SALUD DEL ADULTO	Sin Importancia	1	5%
	Poco Importante	5	25%
	Importante	12	60%
	Muy Importante	2	10%
	Total	20	100%

○ Valores más significativos para cada característica

Por la observación de la Tabla nº 17 constatamos que las consultas evaluadas en un nivel superior son las de Planificación Familiar, Salud Infantil y Salud Materna, por lo que la consulta que surge como menos valorizada es la de Salud del Adulto.

#### VARIABLES DE PERSONALIDAD

El Locus de Control para la Salud, como anteriormente referido es una medida específica de locus de control y surge en tres dimensiones, una interna y dos externas: Locus de Control Interno, Locus de Control Suerte y Locus de Control Otros. No presenta valores totales para la escala, mas si, para las tres subescalas. Los valores esperados para cada dimensión oscilan entre 6 y 36. La Tabla nº 18 presenta la distribución de los valores de esta variable para la muestra de enfermeras.

TABLA nº 18 - Distribución de la variable Locus de Control para la Salud en la muestra de enfermeras

	LOCUS INTERNO	LOCUS SUERTE	LOCUS OTROS
MEDIA	26,7	14,7	20,5
MEDIANA	27	15.5	21
MODA	26	16	21
DESVIACIÓN TÍPICA	3,5	4,8	4,9
MÍNIMO	18	7	11
MÁXIMO	32	26	29

Categorizámos la muestra según los valores tendenciales del locus de control, hallando la diferencia media entre las subescalas, definimos que el criterio para calificar un individuo en una categoría sería el presentar en ella, la puntuación más elevada, con valor de diferencia relativamente a las otras igual o superior a 6. Así, definimos tres categorías de individuos: con un locus de control tendencialmente interno (con puntuación más elevada en la subescala interna), con un locus de control no interno (cuando el valor más elevado

no era en la subescala interna) y con un locus de control ambivalente (cuando los valores eran simultáneamente elevados en la subescala interna y en otra de las subescalas). Los valores encontrados se describen en la Tabla nº 19.

TABLA nº 19 - Distribución de los valores de Locus de Control para la Salud según categorías en la muestra de enfermeras

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
LOCUS DE CONTROL TENDENCIALMENTE INTERNO	13	65%
LOCUS DE CONTROL NO INTERNO	0	0%
LOCUS DE CONTROL AMBIVALENTE	7	35%
TOTAL	20	100%

Verificamos así que, predominantemente el grupo de enfermeras, se sitúa en un Locus de Control para la Salud tendencialmente interno con un 65%, un menor porcentaje presenta un Locus de Control ambivalente (35%).

La variable Percepción de Autoeficacia General, como anteriormente referido, es evaluada a través de un instrumento de 15 ítems, los valores esperados para el total de la escala están comprendidos entre el 15 y el 105. Esta medida presenta también valores parcelares para las subescalas: iniciación y persistencia, eficacia hacia la adversidad y eficacia social. En la Tabla nº 20 se presenta la distribución de los valores totales y parcelares de esta variable para la muestra de enfermeras.

TABLA n° 20 - Distribución de la variable Autoeficacia para la muestra de enfermeras

	AUTOEFICACIA TOTAL	INICIACIÓN Y PERSISTENCIA	EFICACIA HACIA LA ADVERSIDAD	EFICACIA SOCIAL
MEDIA	86,9	34,3	31,1	21,6
MEDIANA	87	35	30,5	21,5
MODA	85	35	30	19
DESVIACIÓN TÍPICA	8,7	4,4	2,6	3,3
MÍNIMO	70	23	27	16
MÁXIMO	101	40	34	27

Cuando categorizamos los valores obtenidos según los valores calculados para los percentiles (45, 65), obtuvimos tres grupos, los cuales optamos por clasificar para el valor total de la escala como de Auto-Eficacia Baja, Auto-Eficacia Media y Auto-Eficacia Alta, como a seguir se presenta en la Tabla n° 21. Importa referir que estas categorías son relativas y tienen significado en esta muestra.

TABLA n° 21 - Distribución de los valores de Autoeficacia en categorías para la muestra de enfermeras

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
AUTOEFICACIA BAJA 70 – 85	10	50%
AUTOEFICACIA MEDIA 86 – 92	5	25%
AUTOEFICACIA ALTA 93 – 101	5	25%
TOTAL	20	100%

Constatamos por la observación de la Tabla n° 21 que el mayor porcentaje de enfermeras presenta una autoeficacia baja (50%), la categoría media y la categoría alta presentan los mismos valores con el 25% de la muestra, para cada una de ellas.

---

### CALIDAD DE LA INTERACCIÓN

Relativamente a esta variable, en la Tabla nº 22 se presenta la distribución de las respuestas para cada ítem de la escala Calidad de la Interacción (ECI) en el primer momento de evaluación, para la muestra de enfermeras ( $n = 20$ ). Los valores presentados son los relativos a la versión final de la escala con 31 ítems. Recordamos que los niveles de respuesta tienen la siguiente correspondencia: 1. Jamás; 2. Pocas Veces; 3. A veces; 4. Muchas Veces; 5. Siempre.

Por la observación de la Tabla nº 22 verificamos que las respuestas se distribuyen, mayoritariamente en los niveles Muchas Veces y Siempre con un 46.2% y un 34.1%, respectivamente, siguiéndose con un 10% en el nivel A Veces y con un 7.4% y un 2.3% en las opciones Pocas Veces y Jamás, correspondientemente.

TABLA n° 22 – Distribución de las respuestas para la ECI en la valoración general de las enfermeras

Ítem	Nivel de Respuesta %					Total
	1	2	3	4	5	
En la consulta hablo sobre los varios aspectos de salud de la mujer embarazada	0	0	10	60	30	100
En la consulta me intereso en conocer las opiniones de la mujer	0	0	15	45	40	100
Durante la consulta las mujeres tienen la oportunidad de colocar cuestiones sobre el embarazo y el parto	0	0	0	50	50	100
Las mujeres quedan satisfechas con la información que doy durante la consulta	0	0	20	70	10	100
Durante la consulta las mujeres pueden hablar fácilmente conmigo sobre cualquier tema relativo a su embarazo	0	0	5	25	70	100
Considero que actúo de una forma eficaz y competente	0	0	10	70	20	100
Soy honesta con las mujeres	0	0	0	30	70	100
Presto cuidados individualizados a las mujeres	0	0	5	30	65	100
La información que doy en la consulta es demasiado compleja	20	60	20	0	0	100
En las consultas la información sobre lo que se pasa con el embarazo confunde a las mujeres	30	60	10	0	0	100
Las mujeres comprenden la información que les doy	0	0	0	75	25	100
En las consultas cuando no comprenden la información, las mujeres tienen la confianza para preguntar de nuevo	0	0	0	65	35	100
Las mujeres se quedan satisfechas con las consultas	0	0	15	80	5	100
Después de las consultas las mujeres se sienten con más confianza y con menos ansiedad	0	0	15	80	5	100
En las consultas utilizo palabras simples y de fácil comprensión para dar informaciones sobre el embarazo	5	0	0	45	50	100
Me preocupo en comprobar que las mujeres comprenden la información que les doy.	0	0	0	50	50	100
En las consultas siento que se crea un ambiente de confianza	0	0	5	70	25	100
La información que doy a las mujeres es útil para su situación	0	0	0	45	55	100
En las consultas no dedico a las mujeres el tiempo que ellas necesitan	0	30	30	35	5	100
En la consulta trato a las mujeres con consideración y respeto	0	0	0	5	95	100
En la consulta explico a la mujer todo lo que desea saber	0	0	20	50	30	100
En las consultas trato a la mujer con afabilidad	0	0	0	30	70	100
En las consultas soy capaz de detectar la preocupación de las mujeres con otros asuntos y me intereso en saber que pasa	0	0	25	60	15	100
En las consultas estoy atenta cuando la mujer habla	0	0	0	40	60	100
En las consultas sonrío con facilidad	0	0	0	70	30	100
Me preocupo en respetar la privacidad y el pudor de las embarazadas	0	0	0	20	80	100
A las mujeres no les interesa la información que les doy	20	70	10	0	0	100
Cuando hablo con las embarazadas ellas están atentas	0	0	0	70	30	100
En las consultas las mujeres me tratan con consideración y respeto.	0	0	0	55	45	100
En las consultas las mujeres son honestas conmigo	0	0	20	65	15	100
En las consultas las mujeres son afables conmigo	0	0	15	75	10	100
Total %	80 2,3%	260 7,4%	350 10%	1615 46,2%	1195 34,1%	



---

Como podemos constatar por la observación de la Tabla nº 23 , que representa la distribución de las respuestas de las enfermeras en la evaluación específica para cada interacción (n = 177), la tendencia de respuesta se mantiene en los niveles más elevados, con un 47.5% en la opción De Acuerdo (4), un 29.7% en la opción Totalmente de Acuerdo (5), siguiéndose con un 9.7% el En Desacuerdo (2), el En Duda (3) con un 8.7% y el Totalmente en Desacuerdo (1) con un 4.4%.

TABLA nº 23 - Distribución de las respuestas para la ECI - valoración específica de la enfermera

Ítem	Nivel de Respuesta %					Total
	1	2	3	4	5	
En la consulta de hoy hable sobre los varios aspectos de salud de la mujer embarazada	0,6	7,3	5,1	55,9	31,1	100
En la consulta de hoy me interesé en conocer las opiniones de la mujer	0	0,6	6,2	57,6	35,6	100
Durante la consulta de hoy la mujer tuvo la oportunidad de colocar cuestiones sobre el embarazo y el parto	0,6	1,1	5,6	57,6	35	100
Hoy la mujer se quedó satisfecha con la información que di durante la consulta.	0	1,1	20,3	68,9	9,6	100
Durante la consulta de hoy la mujer pudo hablar fácilmente conmigo sobre cualquier tema relativo a su embarazo	0	0	2,8	50,3	46,9	100
Considero que hoy actué de una forma eficaz y competente	0,6	5,6	14,1	60,5	19,2	100
Hoy fui honesta con la mujer	0,6	0	0,6	36,7	62,1	100
Hoy presté cuidados individualizados a la mujer	0	2,3	2,3	46,9	48,6	100
La información que di hoy en la consulta fue demasiado compleja	28,8	64,4	5,1	1,1	0,6	100
En la consulta de hoy la información sobre lo que se pasa con el embarazo confundió a la mujer	29,4	61	6,8	1,1	1,7	100
La mujer comprendió la información que le di hoy en la consulta	0,6	0	4	74,6	20,9	100
En la consulta de hoy cuando no comprendió la información, la mujer tuvo confianza para preguntar de nuevo	0	0,6	10,7	65,5	23,2	100
Hoy la embarazada se quedó satisfecha con la consulta	0,6	0,6	20,9	68,4	9,6	100
Después de la consulta de hoy la mujer se siente con más confianza y con menos ansiedad	1,7	4	32,2	58,2	4	100
En la consulta de hoy utilicé palabras simples y de fácil comprensión para dar informaciones sobre el embarazo	1,1	0	0,6	55,9	42,4	100
Hoy me preocupé en comprobar que la mujer comprendió la información que le di.	0	5,1	6,8	61,6	26,6	100
En la consulta de hoy sentí que se creó un ambiente de confianza	0	1,7	6,2	69,5	22,6	100
La información que di hoy a la mujer, fue útil para su situación.	0	0	4	70,6	25,4	100
En la consulta de hoy no dediqué a la mujer el tiempo que ella necesitaba	5,6	27,7	17,5	34,5	14,7	100
En la consulta de hoy traté la mujer con consideración y respecto	0	0	0	27,1	72,9	100
En la consulta de hoy expliqué a la mujer todo lo que ella deseaba saber.	1,1	14,1	17,5	53,7	13,6	100
En la consulta de hoy traté la mujer con afabilidad	0	0	1,7	47,5	50,8	100
En la consulta de hoy fui capaz de detectar la preocupación de la mujer con otros asuntos y me interesé en saber que pasaba	0	7,9	29,9	49,2	13	100
En la consulta de hoy estuve atenta cuando la mujer habló	0	0	0,6	53,7	45,8	100
En la consulta de hoy sonreí con facilidad	0	1,7	5,6	55,4	37,3	100
Hoy me preocupé en respetar la privacidad y el pudor de la embarazada	0	0,6	0	45,8	53,7	100
Hoy a la mujer no le interesó la información que le di	36,2	57,1	4	2,3	0,6	100
Hoy cuando hablé con la embarazada ella estuvo con atención	0,6	0	1,1	59,3	39	100
En la consulta de hoy la mujer me trató con consideración y respecto	0,6	0,6	1,1	41,2	56,5	100
En la consulta de hoy la mujer fue honesta conmigo	0,6	1,7	5,6	65,5	26,6	100
En la consulta de hoy la mujer fue afable conmigo	0,6	1,7	15,8	53,7	28,2	100
Total %	152,4 4,4%	340,2 9,7%	304,4 8,7%	1662,7 47,5%	1041 29,7%	

En la Tabla n° 24 se describen los valores encontrados para la Escala de Calidad de la Interacción, en la valoración global de la enfermera (n = 20) y en la valoración específica (n = 177), de resaltar que los valores presentados corresponden a la versión final de la escala, con 31 ítems.

TABLA n° 24 – Valores medios, totales y parcelares, para la ECI en la muestra de enfermeras

	MEDIA $\bar{x}$	MEDIANA Md	MODA Mo	DESVIACIÓN TÍPICA Sd	MÍNIMO	MÁXIMO
<b>CALIDAD DE LA INTERACCIÓN EVALUACIÓN GENERAL</b>						
TOTAL	132,05	131	125	8,4	114	146
INFORMACIÓN EN SALUD	42,15	41,50	40	3,2	37	48
SOPORTE AFECTIVO	75,15	75	76	4,7	64	83
COMPETENCIA PROFESIONAL	14,75	15	15	1,4	12	17
<b>CALIDAD DE LA INTERACCIÓN EVALUACIÓN ESPECIFICA</b>						
TOTAL	128,69	128	124	10,26	97	153
INFORMACIÓN EN SALUD	41,1	41	40	4,01	29	50
SOPORTE AFECTIVO	73,51	74	68	5,8	52	85
COMPETENCIA PROFESIONAL	14,12	14	15	2,2	8	20

Para los datos representados en la Tabla n° 24, destacamos que, los valores medios más elevados se observan siempre en la valoración general, sea para el valor global de la escala sea para cada una de sus dimensiones. Verificamos también que, en la valoración específica, los valores mínimos son más bajos y los valores máximos encontrados son más altos, comparativamente con la valoración general.

En la Tabla n° 25 se exhibe la distribución de los valores para la variable Satisfacción Global con la consulta en la apreciación de la enfermera.

TABLA n° 25 – Satisfacción Global con la consulta en la valoración de la enfermera

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY INSATISFECHA	1	0,6%
POCO SATISFECHA	28	15,8%
INDIFERENTE	2	1,1%
SATISFECHA	108	61%
MUY SATISFECHA	38	21,5%
TOTAL	177	100%

Como se muestra en los resultados presentados en la tabla anterior, en un 61% de las interacciones las enfermeras refirieron sentirse satisfechas, en un 21.5% se describieron como muy satisfechas, en 2 interacciones (1.1%) las enfermeras evaluaron el nivel de satisfacción como indiferente, en un 15.8% se sintieron poco satisfechas con la interacción que había acabado de ocurrir y en una interacción la enfermera consideró que se sentía insatisfecha con la misma.

#### 4.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE EMBARAZADAS

Pasamos ahora a presentar los datos obtenidos después de aplicar los instrumentos de recogida de datos a 177 embarazadas que hacen la atención de salud en los Centros de Salud del Algarve (7 sedes y 4 extensiones).

##### VARIABLES OBSTÉTRICAS Y CONTEXTUALES DEL EMBARAZO

En la tabla que se sigue se describe la distribución de la muestra de embarazadas según las variables obstétricas, como el número de gestaciones (incluyendo la actual) y el número de hijos y las variables que caracterizan la gestación actual, como son, las semanas de gestación en el momento de la evaluación, el estatus de intencionalidad del embarazo, el momento de la primera consulta, número de consultas frecuentadas, acompañamiento a la consulta, percepción del curso del embarazo y local o locales, donde realiza su atención de salud.

TABLA n° 26 – Distribución de las variables de caracterización del embarazo

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Grupos		
GESTACIONES	Primera	78	44,1%
	2 – 3	78	44,1%
	> ó igual 4	21	11,8%
	Total	177	100%
NÚMERO DE HIJOS	Sin hijos	91	51,4%
	1 – 2	76	42,9%
	3 – 4	10	5,7%
	Total	177	100%
SEMANAS DE GESTACIÓN	< 12	39	22%
	13 – 24	61	34,5%
	25 – 36	61	34,5%
	37 – 40	16	9%
	Total	177	100%
INTENCIONALIDAD DEL EMBARAZO	Intencional	89	50,3%
	Imprevista	88	49,7%
	Total	177	100%
MOMENTO DE REALIZACIÓN DE LA PRIMERA CONSULTA (SEMANAS)	< 6	54	30,5%
	7 – 8	49	27,7%
	9 – 12	52	29,4%
	13 – 16	15	8,5%
	17 – 20	5	2,8%
	> 21	2	1,1%
	Total	177	100%
N° DE CONSULTAS FRECUENTADAS	1 – 3	102	57,6%
	4 – 7	62	35,1%
	8 – 10	13	7,3%
	Total	177	100%
ACOMPañAMIENTO A LA CONSULTA	Siempre sola	86	48,6%
	Por veces acompañada	58	32,8%
	Siempre acompañada	33	18,6%
	Total	177	100%
CURSO DEL EMBARAZO	Con Normalidad	114	64,4%
	Mejor de lo que esperaba	41	23,2%
	Peor de lo que esperaba	22	12,4%
	Total	177	100%
LOCALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD	Exclusivamente en el Centro de Salud	116	65,5%
	Centro de Salud y medico privado	61	34,5%
	Total	177	100%

● Valores más significativos para cada variable

Observando la Tabla n° 26 verificamos que, para el 44.1% de las mujeres el embarazo actual es el primero, constatando también que un porcentaje igual de mujeres ya tuvo uno o dos embarazos anteriores y que el 21% de las mujeres tuvieron más de tres

---

embarazos anteriores. Para la variable número de hijos, identificamos que el mayor porcentaje de mujeres no tiene otros hijos (51.4%), siendo que el 42.9% tiene uno o dos hijos y el 5.7% tres o cuatro hijos. Para las semanas de gestación, encontramos que el 22% de las mujeres entrevistadas tiene menos de 12 semanas de gestación, siendo que el mayor número de mujeres tiene entre 13 y 24 semanas o entre 25 y 36 semanas, ambos grupos con un 34.5%, siendo que el 9% de las embarazadas se encuentran en la fase final de su embarazo, con más de 37 semanas. Relativamente a la intencionalidad del embarazo, verificamos que el 50.3% de las mujeres considera su embarazo intencional contrastando con un 49.7% que lo considera imprevisto. En cuanto al inicio de la vigilancia de salud del embarazo, constatamos en la muestra que el 30.5% de las mujeres hicieron la primera consulta antes de las 6 semanas de embarazo, un 57.1% fueron por primera vez al médico después de las 6 semanas y antes de las 12, un 11.3% hicieron su primera consulta entre las 13 y las 20 y que el 1.1% tuvieron su primer contacto con el sistema de salud después de las 21 semanas. Con relación al número de consultas frecuentadas, verificamos que en la muestra el 57.6% de las mujeres habían frecuentado entre 1 y 3 consultas en el momento de la entrevista, un 35.1% entre 4 y 7 consultas y el 7.3% ya habían hecho de 8 a 10 consultas.

Cuando inquirimos sobre si la embarazada solía frecuentar las consultas sola o acompañada, verificamos que el 48.6% menciona acudir siempre sola a las consultas, un 32.8% por veces ocurre a las consultas acompañada y el 18.6% refiere ir siempre acompañada a las consultas.

Con relación a la percepción de la embarazada sobre el curso de su embarazo, identificamos que el 64.4% refiere que su embarazo transcurre con normalidad, el 23.2% considera que su embarazo marcha mejor de lo que esperaba y el 12.4% opina que su embarazo va peor de lo que se esperaba. Verificamos además que, la mayoría (65.5%) de las

embarazadas realiza su vigilancia de salud en exclusividad en el Centro de Salud, contrastando con el 34.5% que optaron por un modelo mixto de vigilancia, frecuentando simultáneamente el Centro de Salud y un médico privado.

#### VARIABLES DE PERSONALIDAD

En la Tabla nº 27 se presenta la distribución de los valores para la variable Locus de Control para la Salud en la muestra de embarazadas.

TABLA nº 27 – Distribución de la variable Locus de Control para la Salud en la muestra de embarazadas

	LOCUS INTERNO	LOCUS SUERTE	LOCUS OTROS
MEDIA	26,3	19,1	25
MEDIANA	26	19	25
MODA	29	15	25
DESVIACIÓN TÍPICA	4,1	5,3	4,5
MÍNIMO	15	6	6
MÁXIMO	36	31	34

De la misma forma que hicimos para la muestra de enfermeras, categorizamos la muestra de embarazadas según los valores tendenciales del Locus de Control, hallando la diferencia media entre las subescalas, definimos que el criterio para calificar la embarazada en una categoría sería el presentar en ella, la puntuación más elevada, con valor de diferencia relativamente a las otras igual o superior a 5. Así, definimos tres categorías de individuos: con un locus de control tendencialmente interno (con puntuación más elevada en la subescala interna), con un locus de control no interno (cuando el valor más elevado no era en la subescala interna) y con un locus de control ambivalente (cuando los valores



eran simultáneamente elevados en la subescala interna y en otra de las subescalas). Los valores encontrados se describen en la Tabla nº 28.

TABLA nº 28 – Distribución de los valores del Locus de Control para la Salud según categorías para la muestra de embarazadas

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
LOCUS DE CONTROL TENDENCIALMENTE INTERNO	50	28,2%
LOCUS DE CONTROL NO INTERNO	32	18,1%
LOCUS DE CONTROL AMBIVALENTE	95	53,7%
TOTAL	177	100%

Verificamos así que, predominantemente el grupo de embarazadas, se sitúa en un Locus de Control para la Salud ambivalente con 53.7%, un menor porcentaje presenta un Locus de Control tendencialmente interno (28.2%) seguido con 18.1% del grupo que presenta un locus de control para la salud externo.

En la Tabla nº 29 se presenta la distribución de los valores totales y parcelares para la variable Autoeficacia General en la muestra de embarazadas.

TABLA n° 29 – Distribución de la variable Autoeficacia para la muestra de embarazadas

	AUTO- EFICACIA TOTAL	INICIACIÓN Y PERSISTENCIA	EFICACIA HACIA LA ADVERSIDAD	EFICACIA SOCIAL
MEDIA	84,5	32,2	29,9	22,3
MEDIANA	86	33	31	22
MODA	95	36	35	22
DESVIACIÓN TÍPICA	12,2	6,4	4,9	3,6
MÍNIMO	52	15	12	8
MÁXIMO	105	42	35	28

Quando categorizamos los valores obtenidos según los valores calculados para los percentiles (45, 65), obtenemos tres grupos, los cuales optamos por clasificar para el valor total de la escala, de Auto-Eficacia Baja, Auto-Eficacia Media y Auto-Eficacia Alta, como a seguir se presenta en la Tabla n° 30.

TABLA n° 30 – Distribución de los valores de Autoeficacia según categorías para la muestra de embarazadas

CATEGORÍAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
AUTOEFICACIA BAJA 52 – 84	83	46,9%
AUTOEFICACIA MEDIA 85 – 91	35	19,8%
AUTOEFICACIA ALTA 92 – 105	59	33,3%
TOTAL	177	100%

Constatamos por la observación de la Tabla n° 30 que el mayor porcentaje de embarazadas presenta una autoeficacia baja (46.9%), siguiéndose un porcentaje de 33.3% con una autoeficacia alta y 19.8% en la categoría de autoeficacia media.

---

### CALIDAD DE LA INTERACCIÓN

En la Tabla nº 31 se presenta la distribución de las respuestas de las embarazadas en la Escala Calidad de la Interacción, en la versión de 31 items. Como podemos constatar la tendencia de respuesta se sitúa en los niveles más elevados, con un 43.9% en la opción Totalmente de Acuerdo (5), el 29.3% en la opción De Acuerdo (4), siguiéndose con un 13.3% el En Total Desacuerdo (1), el nivel En Duda (3) con un 7.3%% y el En Desacuerdo (2) con un 6.2%.

TABLA n° 31 - Distribución de las respuestas para la ECI en la valoración de la embarazada

Ítem	Nivel de Respuesta %					Total
	1	2	3	4	5	
Hoy la enfermera habló sobre los varios aspectos de mi salud	1,7	3,4	6,2	65	23,7	100
Hoy la enfermera se interesó en conocer mis opiniones	0,6	6,8	11,3	57,6	23,7	100
Hoy he tenido la oportunidad de colocar cuestiones sobre el embarazo y el parto	3,4	15,3	21,5	39,5	20,3	100
Hoy me quedé satisfecha con la información que la enfermera me dió durante la consulta.	1,1	0,6	3,4	40,1	54,8	100
Hoy pude hablar fácilmente con la enfermera sobre cualquier tema relativo a mi embarazo	0,6	2,8	6,8	41,2	48,6	100
Considero que hoy la enfermera actuó de una forma eficaz y competente	0,6	0,6	2,3	37,9	58,8	100
Hoy la enfermera fue honesta conmigo	0	0,6	1,7	41,8	55,9	100
Hoy la enfermera me prestó cuidados individualizados	2,3	2,3	3,4	39	53,1	100
La información que la enfermera me dió hoy en la consulta fue demasiado compleja	62,7	31,6	4,5	1,1	0	100
Hoy la información sobre lo que se pasa con mi embarazo me confundió	65,5	28,2	2,3	2,8	1,1	100
Hoy comprendí la información que la enfermera me dió	0	1,1	2,3	40,7	55,9	100
Hoy cuando no comprendí la información, sentí confianza para preguntar de nuevo	0	2,3	17,5	31,1	49,2	100
Hoy me quedé satisfecha con la consulta	0	1,7	1,7	31,1	65,5	100
Después de la consulta de hoy me siento con más confianza y con menos ansiedad	4,5	4	32,2	27,7	31,6	100
Hoy la enfermera utilizó palabras simples y de fácil comprensión para dar informaciones sobre mi embarazo	0	0,6	0,6	35,6	63,3	100
Hoy la enfermera se preocupó en comprobar que yo comprendí la información que me fue dada.	1,1	3,4	10,7	33,9	50,8	100
En la consulta de hoy sentí que se creó un ambiente de confianza	0	1,7	2,8	38,4	57,1	100
La información que la enfermera me dió hoy, fue útil para mi situación.	0	1,1	7,3	39	52,5	100
Hoy la enfermera no me dedicó el tiempo que yo necesitaba	61,6	28,2	6,2	1,7	2,3	100
En la consulta de hoy la enfermera me trató con consideración y respeto	0,6	0	0,6	28,8	70,1	100
En la consulta de hoy la enfermera me explicó todo lo que yo deseaba saber	1,1	4	6,8	39	49,2	100
En la consulta de hoy la enfermera me trató con afabilidad	0	1,7	0,6	31,6	66,1	100
En la consulta de hoy la enfermera fue capaz de detectar mi preocupación con otros asuntos y se interesó en saber que pasaba	4	5,1	41,2	19,8	29,9	100
En la consulta de hoy la enfermera estuvo atenta cuando yo hablé	0	0	3,4	39	57,6	100
En la consulta de hoy la enfermera sonrió con facilidad	0,6	2,3	4,5	32,2	60,5	100
Hoy la enfermera se preocupó en respetar mi privacidad y pudor	1,7	0	26,6	28,2	43,5	100
Hoy no me interesó la información que la enfermera me dió	68,4	26,6	3,4	1,7	0	100
Hoy estuve atenta cuando la enfermera habló conmigo	0	0	0	33,9	66,1	100
En la consulta de hoy traté a la enfermera con consideración y respeto	0	0,6	0,6	28,8	70,1	100
En la consulta de hoy fui honesta con la enfermera	0	0	0	29,4	70,6	100
En la consulta de hoy fui afable con la enfermera	0,6	0,6	2,3	37,3	59,3	100
Total %	464.7 13,3%	217.3 6,2%	254.4 7,3%	1025.3 29,3%	1538.2 43,9%	

En la tabla siguiente, se presentan los valores totales y parcelares para la variable Calidad de la Interacción en la muestra de las embarazadas, contrastando con los valores hallados en la muestra de enfermeras (evaluación específica). En los datos presentados destacamos que, los valores medios más elevados se observan siempre en la valoración de la embarazada sea para el valor global de la escala sea para cada una de sus subescalas. No obstante, verificamos también que, en la valoración de la embarazada, los valores mínimos son más bajos y los valores máximos encontrados son más altos, comparativamente con la valoración de la enfermera, con excepción de lo que se verifica en la Competencia Profesional.

TABLA nº 32 – Valores medios, totales y parcelares, para la ECI en las muestras de embarazadas y enfermeras

	MEDIA	MEDIANA	MODA	DESVIACIÓN TÍPICA	MÍNIMO	MÁXIMO
<b>CALIDAD DE LA INTERACCIÓN EVALUACIÓN EMBARAZADA</b>						
TOTAL	149,2	153	159	15,5	84	174
INFORMACIÓN EN SALUD	46,9	48	49	5,4	24	55
SOPORTE AFECTIVO	85	87	92	9	54	100
COMPETENCIA PROFESIONAL	17,4	18	20	2,3	5	20
<b>CALIDAD DE LA INTERACCIÓN EVALUACIÓN ENFERMERA</b>						
TOTAL	128,69	128	124	10,26	97	153
INFORMACIÓN EN SALUD	41,1	41	40	4,01	29	50
SOPORTE AFECTIVO	73,51	74	68	5,8	52	85
COMPETENCIA PROFESIONAL	14,12	14	15	2,2	8	20

En la Tabla n° 33 se presenta la distribución de los valores para la variable Satisfacción Global con la consulta en la apreciación de la embarazada.

TABLA n° 33 - Satisfacción Global con la consulta en la apreciación de la embarazada

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POCO SATISFECHA	5	2,8%
INDIFERENTE	2	1,1%
SATISFECHA	61	34,5%
MUY SATISFECHA	109	61,6%
TOTAL	177	100%

Por la observación de la tabla anterior, verificamos que el 61.6% de las mujeres refieren estar muy satisfechas con las interacciones establecidas en la consulta y un 34.5% se considera satisfecha, en contrapartida 5 mujeres (2.8%) se han considerado poco satisfechas con las interacciones ocurridas y el 1.1% evaluaron su nivel de satisfacción como indiferente.

#### 4.2.3. CARACTERÍSTICAS ASISTENCIALES Y CONTEXTUALES DE LA CONSULTA

Como hemos previamente referido, privilegiamos una perspectiva interaccional de la consulta, considerando que existe un conjunto de características particulares que solamente ocurren en una interacción específica, así, pasamos a describir las variables contextuales de la consulta, que definimos ser: la duración de la consulta, la Educación para la Salud llevada a cabo en su decurso mensurada a través del conjunto de temas abordados y evaluado desde la perspectiva de la embarazada, el conocimiento que la enfermera posee de la mujer con quien interactuó, los contactos previos y la concordancia entre los participantes relativamente a la evaluación de la calidad de la interacción.

Además de las variables contextuales de la consulta consideramos también que variables inherentes al contexto asistencial pueden influir en la interacción establecida entre la enfermera y la mujer embarazada, en este ámbito consideramos el número total de consultas y específicamente el número total de consultas de salud materna que a la enfermera corresponde realizar por parte del día (mañana o tarde), incluimos también la localización del Centro de Salud (centro o periferia) y la exclusividad de la asistencia, traducida en la opción que la mujer hace de llevar a cabo su atención de salud mientras está embarazada, exclusivamente en el Centro de Salud o eligiendo una atención de salud "mixta" compartida entre el sistema público y el privado.

Así en la Tabla nº 34 se presenta la distribución del tiempo de consulta en las 124 consultas de salud materna cronometradas.

TABLA n° 34 – Distribución del tiempo de consulta

TIEMPO DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONSULTA BREVE < 10 MINUTOS	27	21,8%
CONSULTA SEMILONGA 11 – 20 MINUTOS	64	51,6%
CONSULTA LONGA >21 MINUTOS	33	26,6%
Total	124	100%
Media = 16,78		Moda = 15
Desviación Típica = 6,98		Mediana = 15

Observamos relativamente a esta variable una gran amplitud de valores. Encontramos en la muestra un mínimo de 7 minutos y un máximo de 40 minutos. Verificamos que el mayor porcentaje de consultas (51.6%) tuvo una duración entre 10 y 20 minutos, el 26.6% de las consultas ocuparon más de 20 minutos y el 21.8% de las consultas transcurrieron en un periodo inferior a 10 minutos. Obtuvimos un valor Medio de 16.78 minutos con una Desviación Típica de 6.98 y un valor de 15 minutos para la Mediana y para la Moda.

Relativamente a la distribución de las consultas efectuadas por cada enfermera por parte del día, los resultados se presentan en la Tabla n° 35.



TABLA n° 35 – Distribución de las consultas realizadas por enfermera

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Grupos		
CONSULTAS DE SALUD MATERNA	1 – 3	92	57,9%
	4 – 6	56	35,2%
	7 – 9	11	6,9%
	Total	159	100%
Media = 3,45 Desviación Típica = 1,8		Moda = 3 Mediana = 3	
TOTAL DE CONSULTAS	1 – 5	26	17,4%
	6 – 10	85	57,1%
	11 – 15	35	23,5%
	16 – 20	3	2%
	Total	149	100%
Media = 8,48 Desviación Típica = 3,69		Moda = 7 Mediana = 8	

- Valores más significativos para cada variable

Para las consultas de Salud Materna, encontramos en la muestra un mínimo de 1 consulta y un máximo de 9 consultas, con una Media de 3.45, una Desviación Típica de 1.8, una Moda y una Mediana con el mismo valor: 3. Verificamos que el 57.9% de las enfermeras realiza entre una y 3 consultas por parte del día. Relativamente a la distribución del número total de consultas (incluyendo Salud Materna, Salud Infantil, Planificación Familiar y Salud del Adulto), verificamos que el 57.1% de las enfermeras hizo entre 6 y 10 consultas por parte del día, seguido del 23.5% que hizo entre 11 y 15 consultas, un 17.4% realizó entre 1 a 5 consultas y el 2% de las enfermeras de la muestra llevaron a cabo entre 16 y 20 consultas. Obtuvimos para esta variable un valor medio de 8.48, con una desviación típica de 3.69, una mediana de 8, una moda de 7 consultas, un mínimo de 1 y un valor máximo de 20 consultas por parte del día.

Com respecto a los criterios considerados integrantes para la variable Contactos Previos, se describen en la Tabla n° 36 los valores encontrados en la muestra, se subraya

que no obstante las mismas cuestiones hayan sido colocadas a ambas muestras, para esta variable, hemos tenido en cuenta las respuestas de las embarazadas.

TABLA n° 36 – Distribución de la variable “Contactos Previos”

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	Grupos		
¿FUE EL PRIMER CONTACTO CON ESTA ENFERMERA?	Si	31	17,5%
	No	146	82,5%
	Total	177	100%
NÚMERO DE CONTACTOS ANTERIORES	2 – 4	57	39,1%
	5 – 7	35	23,9%
	> 8	54	37%
	Total	146	100%
LA ATENCIÓN SIEMPRE SE HACE CON LA MISMA ENFERMERA	Siempre / Casi Siempre	123	69,5%
	A veces / Raramente	13	7,3%
	Jamás	3	1,7%
	Primera consulta	38	21,5%
	Total	177	100%

- Valores más significativos para cada variable

Con la observación de la Tabla n° 36 verificamos que en el 82.5% de las interacciones, ese no fue el primer contacto que ocurrió entre los participantes, o sea, anteriormente ya habían coincidido en consulta, fuese en el ámbito de la atención en el embarazo o no, dándose casos que las enfermeras ya acompañaban aquellas mujeres en las consultas de Planificación Familiar o Salud Infantil. Verificamos también que, en un 39.1% de los casos habían ocurrido ya, anteriormente, entre 2 a 4 encuentros entre esa enfermera y la mujer, en un 23.9% habían ocurrido de 5 a 7 interacciones anteriores y en un 37% de los casos esas dos personas ya habían interactuado en contexto de consulta más de 8 veces. En la muestra en estudio, el 69.5% de las embarazadas refieren que la consulta de atención de salud es hecha, siempre o casi siempre por la misma enfermera, el 7.3% refieren que ser

atendida por la misma enfermera suele apenas pasar a veces o raramente y el 1.7% afirma que nunca es atendida por la misma enfermera.

A continuación presentamos la distribución de la variable Educación para la Salud. Esta variable fue evaluada en ambas muestras (enfermeras y embarazadas), consiste de un conjunto de temas, cuyo planteamiento es de fundamental importancia en el contexto de la consulta y relativamente a los cuales les fue pedido a las participantes en la interacción que identificaran los que habían sido alvo de abordaje en la interacción anteriormente ocurrida.

TABLA n° 37 – Distribución de la variable Educación para la Salud – temas abordados

TEMAS	ENFERMERA		EMBARAZADA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alteraciones fisiológicas del embarazo	103	58,2%	109	61,6%
Vigilancia de salud prenatal	77	43,5%	81	45,8%
Reposo	93	52,5%	66	37,3%
Actividad sexual	34	19,2%	23	13%
Incomodidades del embarazo	108	61%	101	57,1%
Desarrollo fetal	67	37,9%	77	43,5%
Lactancia materna	32	18,1%	28	15,8%
Preparación para el parto	47	26,6%	34	19,2%
Sintomatología del trabajo de parto	31	17,5%	29	16,4%
Puerperio	27	15,3%	21	11,9%

Con respecto a la variable Educación para la Salud, operacionalizada en la evaluación de los temas abordados en el decurso de la consulta, verificamos con base en la tabla anterior, que hay un nivel aproximado de concordancia entre las frecuencias referidas por las enfermeras (que recuerdan haber hablado sobre ello) y lo referido por las embarazadas (que recuerdan que les fue hablado sobre ello). Identificamos, ubicándonos en lo descrito por la embarazada, que el tema más veces abordado (61.6%) es lo relativo a las

---

alteraciones fisiológicas del embarazo, seguido con un 57.1% por las incomodidades del embarazo, la vigilancia del embarazo donde es subrayada la importancia de la atención de salud en esta fase de la vida de la mujer surge con 45.8%, el tema del desarrollo fetal fue planteado en 43.5% de las interacciones ocurridas, aspectos relativos al reposo o ejercicio físico de la mujer embarazada fueron referidos en un 37.3%, la temática de preparación para el parto fue referido como uno de los aspectos abordados en el decurso de la consulta de enfermería por un 19.2% de las mujeres, la sintomatología relacionada con el trabajo de parto fue referida por el 16.4% de las mujeres entrevistadas, el 15.8% de las embarazadas refirió que la enfermera había durante la consulta abordado la temática de la lactancia materna, los aspectos relativos a la actividad sexual en el transcurso del embarazo fueron referidos como habiendo sido abordados en un 13% de las consultas y el tema menos abordado (11.9%) fue el relacionado con los aspectos del puerperio.

Después de entrevistar a la enfermera y embarazada, intentamos evaluar en que medida la enfermera poseía información correcta relativamente a aspectos que consideramos pertinentes en el conocimiento de la embarazada a quien es dirigida la atención de salud, conocimiento ese que en nuestra opinión es fundamental para la prestación de cuidados de salud de calidad. Así, definimos 12 criterios en los cuales evaluamos la concordancia entre la información facultada por la mujer y la medida en que la enfermera conocía esa información, los aspectos considerados se presentan en la Tabla n°38.

TABLA nº 38 – Distribución de la variable “Conocimiento”

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	CONCORDANCIA		
NUMERO DE HIJOS	Sí	161	91%
	No	16	9%
	Total	177	100%
NUMERO DE EMBARAZOS	Sí	139	78,5%
	No	38	21,5%
	Total	146	100%
SEMANAS DE EMBARAZO	Sí	157	88,7%
	No	20	11,3%
	Total	177	100%
ACOMPANAMIENTO DE LA CONSULTA	Sí	77	43,5%
	No	100	56,5%
	Total	177	100%
QUIEN ACOMPAÑA LA MUJER A LA CONSULTA	Sí	92	51,9%
	No	85	48,1%
	Total	177	100%
STATUS DE INTENCIONALIDAD DEL EMBARAZO	Sí	104	58,8%
	No	73	41,2%
	Total	177	100%
¿COMO TRANSCURRE EL EMBARAZO?	Sí	142	80,2%
	No	35	19,8%
	Total	177	100%
LOCAL DE LA VIGILANCIA DE SALUD DEL EMBARAZO	Sí	128	72,3%
	No	49	27,7%
	Total	177	100%
¿FUE EL PRIMER CONTACTO CON ESTA MUJER?	Sí	166	93,8%
	No	11	6,2%
	Total	177	100%
¿CUÁNTAS VECES YA CONTACTÓ CON ESTA MUJER?	Sí	86	48,6%
	No	91	51,4%
	Total	177	Total
¿RECONOCIÓ ESTA MUJER?	Sí	139	78,5%
	No	7	4%
	Primer Contacto	31	17,5%
	Total	177	100%
¿ES LA MISMA ENFERMERA A HACER LA CONSULTA?	Sí	97	54,8%
	No	42	23,7%
	Primera Consulta	38	21,5%
	Total	177	100%

○ Valores más significativos para cada variable

---

Para la distribución de la variable "conocimiento", constatamos que de los 12 criterios definidos, 10 presentan el mayor porcentaje de las respuestas en el nivel de concordancia. Verificamos que en un 91% de las interacciones la enfermera conocía exactamente el número de hijos de la mujer con quien interactuó; relativamente al número de embarazos anteriores de la mujer en consulta, en un 78.5% de los casos las enfermeras respondieron correctamente a esta cuestión; con relación al acompañamiento de la embarazada a la consulta, por un familiar o persona significativa, en un 56.5% la respuesta de la enfermera no fue concordante con la de la mujer, no obstante cuando inquiridas relativamente a la persona (esposo, madre, amiga) que acompaña la mujer a la consulta un 51.9% respondió concordantemente con la embarazada. Respecto al estatus de intencionalidad del embarazo, un 58.8% de las enfermeras lo conocía y el 41.2% de las profesionales desconocía o estaba equivocada. Tocante al transcurso del embarazo el 80.2% de las enfermeras respondió concordantemente con la respuesta de la embarazada; cuando inquiridas con respecto a la exclusividad de la vigilancia de salud, el 72.3% de las enfermeras respondieron coherentemente con la respuesta de la mujer. El 93.8% de las enfermeras respondieron acordemente con las embarazadas, cuando cuestionadas si ese había sido el primer contacto con esa mujer, con respecto al número de contactos anteriores el 48.6% de las enfermeras respondió de forma concordante. Un 78.5% de las enfermeras dieron una respuesta análoga a la embarazada, cuando cuestionadas se habían reconocido a la mujer en el momento en que entró a la consulta y se habían recordado con facilidad su situación. Por último, un 54.8% de las enfermeras dio una respuesta concordante con la embarazada cuando cuestionada si siempre es la misma enfermera a recibir aquella mujer en consulta.

Otro de los aspectos que consideramos para evaluar la concordancia entre los participantes fue la concordancia entre sus evaluaciones de la Calidad de la Interacción, el proceso de operacionalización consistió en hallar la discrepancia entre la evaluación de la

enfermera y la evaluación de la embarazada, para cada uno de los 31 ítems de la escala y después calcular el valor total de discrepancia para la escala total y para las diferentes dimensiones. Consideramos en esta presentación los valores absolutos. Así, en la Tabla nº 39 se representan los valores encontrados para esta variable.

TABLA nº 39 – Discrepancias para las evaluaciones de la enfermera y de la embarazada en la Escala de Calidad de la Interacción

	TOTAL 31 Ítems	INFORMACIÓN EN SALUD 10 ítems	SOPORTE AFECTIVO 17 ítems	COMPETENCIA PROFESIONAL 4 ítems
Casos de concordancia absoluta %	10,2%	41,8%	24,9%	22,6%
MEDIA	4	1,6	1,9	1,7
MEDIANA	3	1	1	1
MODA	2	0	1	1
DESVIACIÓN TÍPICA	3,9	1,9	2,1	1,5
MÍNIMO	0	0	0	0
MÁXIMO	24	8	13	6

Con respecto a los valores de discrepancia encontrados entre las evaluaciones de la Calidad de la Interacción por ambas participantes, encontramos un valor medio (absoluto) de 4 puntos de discordancia para el valor total de la escala, siendo que se identifican situaciones de concordancia total (10.2%) y un valor máximo de discordancia de 24 puntos; para la subescala Información en Salud hallamos un valor medio de discrepancia de 1.6 y un 41.8% de interacciones en las cuales ambos participantes puntúan el mismo valor total para la subescala, el valor máximo de discrepancia son 8 puntos. Con respecto al Soporte Afectivo verificamos que el valor medio de discrepancia es 1.9, e indentificamos un 24.9%

---

de casos de concordancia total entre ambas participantes para el valor total de esta subescala, siendo que el valor máximo de discrepancia son 13 puntos; tocante a la Competencia Profesional encontramos un valor medio de discrepancia de 1.7, un 22.6% de casos de concordancia absoluta y un valor máximo de discordancia de 6 puntos. Contrastando los datos representados en la tabla anterior, comprobamos que el mayor porcentaje de casos de concordancia (41.8%) surge en la subescala Información en salud, siguiendo la de Soporte Afectivo con el 24.9% y por fin la de Competencia Profesional con un 22.6%.





#### 4.3. ANÁLISIS DE LAS RELACIONES ENTRE VARIABLES



Pretendemos en este capítulo dar respuesta al *OBJETIVO 2* de este proyecto de investigación, tratando de analizar la dinámica relacional entre las variables individuales de cada uno de los participantes, las variables asistenciales y las variables contextuales de la interacción y la Calidad de la Interacción percibida por la enfermera y la embarazada en el contexto de la consulta de Promoción de la Salud. Pasamos así, a testar las hipótesis planteadas.

*H<sub>1</sub> Las enfermeras con más edad, con una mayor experiencia profesional (más años de ejercicio profesional y más años de ejercicio en el Centro de Salud), con un nivel de formación más elevado y una mayor percepción de rol, apreciarán la interacción establecida con la embarazada en un nivel superior.*

Para la validación de esta hipótesis recorrimos al uso de test estadístico de Correlación de Pearson para evaluar las relaciones entre la edad, los años de ejercicio profesional, los años de ejercicio en el Centro de Salud, la percepción de Rol y la Calidad de la Interacción. Los valores encontrados se presentan en la Tabla nº 40.

TABLA n° 40 – Correlaciones significativas entre las variables socioprofesionales de la enfermera y la Escala de Calidad de la Interacción

Enfermera		CI TOTAL	CI INFORMACIÓN EN SALUD	CI SOPORTE AFECTIVO
EDAD	r	0,261	0,354	0,176
	p	0,000	0,000	0,019
	N	177	177	177
AÑOS DE PROFESIÓN	r	0,247	0,331	0,161
	p	0,001	0,000	0,032
	N	177	177	177
AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD	r	0,275	0,296	0,252
	p	0,000	0,000	0,001
	N	177	177	177
PERCEPCIÓN DE ROL	r	0,214	0,246	0,174
	p	0,004	0,001	0,021
	N	177	177	177

Así, aplicando el test de Correlación de Pearson, verificamos que existen correlaciones significativas entre la edad, los años de profesión, los años de ejercicio en el Centro de Salud, la percepción de rol y la Escala Calidad de la Interacción (evaluación de la enfermera). Se observan correlaciones, positivas, discretas (inferiores a 0.3) entre la edad de la enfermera, los años de profesión, el valor total de la escala y la dimensión Soporte Afectivo. Las correlaciones encontradas entre las variables, años en el Centro de Salud, la percepción de rol y el valor total de la escala, así como, los valores de las subescalas Información en Salud y Soporte Afectivo, son también positivas y discretas. Se verifica correlación significativa (superior a 0.3) entre la edad y la dimensión Información en Salud y entre los años de profesión y la misma dimensión.

Aún en el ámbito de las variables socioprofesionales, para evaluar las diferencias de medias para la variable Calidad de la Interacción con relación al nivel de formación de la

enfermera utilizamos el test estadístico ANOVA. Los resultados se presentan en la Tabla nº 41.

TABLA nº 41 – Diferencia de medias para los valores de la Calidad de la Interacción con relación al nivel de formación de la enfermera

	Nivel De Formación	N	Media	F	p
Calidad de la Interacción (Total) Evaluación de la Enfermera	Diplomatura	70	128,06	4,443	0,013
	Licenciatura	89	130,38		
	Especialidad	18	122,83		
	Total	177	128,69		
Calidad de la Interacción Dimensión Soporte Afectivo Evaluación de la Enfermera	Diplomatura	70	73,44	4,965	0,008
	Licenciatura	89	74,33		
	Especialidad	18	69,72		
	Total	177	73,51		

Evaluando las diferencias de medias con el test estadístico ANOVA para la variable Calidad de la Interacción según el Nivel de Formación de la enfermera, verificamos existir diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) para el valor total de la escala y para la dimensión Soporte Afectivo, en la valoración de la enfermera, observándose el valor medio más elevado para las interacciones donde intervinieron enfermeras con el grado de licenciatura.

De esta forma y con relación al Hipótesis 1, comprobamos en nuestra muestra, que existen relaciones significativas entre las variables socioprofesionales de la enfermera y su evaluación de la Calidad de la Interacción establecida con la embarazada, específicamente entre la edad, los años de profesión, los años en el Centro de Salud y la percepción de rol, donde se encuentran correlaciones positivas con la variable dependiente en su valor total y también en las subescalas Información en Salud y Soporte Afectivo. Además, también encontramos diferencias de medias significativas para el valor total de la escala y para la subescala Soporte Afectivo con relación al variable nivel de formación de la enfermera, no

---

obstante los valores más elevados se hallan en el nivel de Licenciatura y no en el nivel más alto, de especialidad.

*H<sub>1,1</sub> Las embarazadas valorarán en un nivel superior la Calidad de la Interacción establecida con las enfermeras que tengan más edad, una mayor experiencia profesional (más años de ejercicio profesional y más años de ejercicio en el Centro de Salud), un nivel de formación más elevado y una mayor percepción de rol.*

Para evaluar la posible relación entre las variables edad de la enfermera, años de profesión, años de ejercicio en el Centro de Salud, percepción de rol y Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada utilizamos el test estadístico de Correlación de Pearson y no encontramos correlaciones significativas entre las variables.

Relativamente a la variable, nivel de formación de la enfermera, utilizamos el test estadístico ANOVA y no se identificaron diferencias significativas para los valores medios de la variable Calidad de la Interacción. Así, en atención a la Hipotesis 1.1, verificamos que las variables socioprofesionales de la enfermera no presentan en la muestra en estudio, relaciones significativas con la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada.

*H<sub>2</sub> Cuanto mayor es la percepción de Autoeficacia de la enfermera y la internalidad del Locus de Control para la Salud, mayor la percepción de la Calidad de la Interacción establecida.*

Para evaluar las relaciones entre las variables Autoeficacia General, el Locus de Control para la Salud de la enfermera y su valoración de la Calidad de la Interacción utilizamos el test de Correlación de Person (r). Con su aplicación verificamos no existieren

relaciones significativas entre la Autoeficacia y la Calidad de la Interacción. Para la variable Locus de Control, los resultados hallados se presentan en la Tabla nº 42.

TABLA nº 42 – Correlaciones significativas entre la variable Locus de Control para la Salud y la Calidad de la Interacción

Enfermera		CALIDAD DE INTERACCIÓN TOTAL	CI INFORMACIÓN EN SALUD	CI SOPORTE AFECTIVO	CI COMPETENCIA PROFESIONAL
LOCUS DE CONTROL INTERNO	r p N	-	-	- 0,178 0,018 177	0,174 0,021 177
LOCUS DE CONTROL SUERTE	r p N	0,218 0,004 177	0,266 0,000 177	-	0,235 0,002 177
LOCUS DE CONTROL OTROS	r p N	0,209 0,005 177	0,237 0,001 177	-	0,229 0,002 177

Verificamos de esta forma que entre la variable Calidad de la Interacción y la variable Locus de Control para la Salud se encuentran relaciones significativas, no obstante son discretas ( $< 0,3$ ). Así, encontramos correlaciones significativas positivas, entre el Locus de Control Interno y la subescala de Competencia Profesional. Se verifican también correlaciones positivas entre el Locus de Control Suerte, el total de la Escala Calidad de la Interacción y las subescalas Información en Salud y Competencia Profesional. Entre la variable Locus de Control Otros Poderosos, el total de la escala y las subescalas Información en Salud y Competencia Profesional, se encuentran igualmente correlaciones positivas. Se halla una correlación negativa, discreta, entre el Locus de Control Interno y la subescala Soporte Afectivo.

Así y con relación a la Hipótesis 2, verificamos que la Autoeficacia de la enfermera no presenta ninguna relación con su valoración de la Calidad de la Interacción. Con



---

relación a la variable Locus de Control para la Salud, encontramos correlaciones significativas discretas, mayoritariamente en la dimensión externa de este constructo (Locus de Control Suerte y Locus de Control Otros Poderosos).

*H<sub>2,1</sub> Cuanto mayor la percepción de Autoeficacia de la enfermera y la internalidad del Locus de Control para la Salud, mayor la percepción de la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada.*

Recurriendo a la Correlación de Pearson para evaluar la posible relación entre la Autoeficacia y el Locus de Control para la Salud de la enfermera y la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada, constatamos que no se verifican correlaciones significativas. Así, con relación a la Hipotesis 2.1, podemos afirmar que las variables de personalidad de la enfermera, no presentan, en esta muestra, relaciones significativas con la Calidad de la Interacción percibida por la embarazada.

*H<sub>3</sub> Las enfermeras valorarán más la Calidad de la Interacción cuando interactúan con embarazadas que no se sitúen en los extremos etáricos, cuando estas presenten un nivel escolar y profesional más elevado y en el caso del primer embarazo.*

Evaluamos primeramente la posible diferencia de medias para la variable Calidad de la Interacción con relación a la variable edad de la embarazada agrupada en 3 grupos etáricos. Tras la aplicación del test ANOVA, verificamos no existieren diferencias significativas entre grupos con relación a la variable dependiente. El mismo procedimiento lo realizamos para las variables profesión y nivel escolar, concluyendo también aquí, no existieren diferencias significativas.

Evaluamos la posible relación entre el número de hijos y la variable Calidad de la Interacción en la evaluación de la enfermera, utilizamos el test estadístico Correlación de Pearson y los resultados se presentan en la Tabla nº 43.

TABLA nº 43 – Correlaciones significativas entre la variable número de hijos de la embarazada y la Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera

		CALIDAD DE INTERACCIÓN TOTAL	CI INFORMACIÓN EN SALUD	CI SOPORTE AFECTIVO
NÚMERO DE HIJOS DE LA EMBARAZADA	r	-0,183	- 0,188	-0,166
	p	0,015	0,012	0,027
	N	177	177	177

Podemos así, verificar que están presentes correlaciones negativas, bajas, para las dos variables en estudio.

Con respecto a la Hipótesis 3, constatamos que las variables sociodemográficas de la embarazada presentan una relación muy discreta con la variable Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera, siendo que, solo se encuentran bajas correlaciones negativas con el número de hijos de la mujer y la variable dependiente.

*H<sub>3.1</sub> Las embarazadas que no se sitúan en las franjas etáreas, que poseen un nivel escolar y profesional más elevado y que viven su primer embarazo valoran la Calidad de la Interacción establecida con la enfermera más positivamente.*

Utilizando la ANOVA para apreciar las potenciales diferencias de medias para la Calidad de la Interacción con relación a las diferentes categorías etáreas y a la profesión, verificamos no existieren diferencias significativas. Para la valoración de las posibles relaciones entre la variable dependiente y el número de hijos de la mujer y su nivel escolar,

---

utilizamos el test de Correlación de Pearson y observamos que no existen correlaciones significativas entre dichas variables. De esta forma, relativamente a la Hipotesis 3.1, constatamos que las variables sociodemográficas de la embarazada no presentan relaciones significativas con la Calidad de la Interacción, evaluada desde la perspectiva de la embarazada.

*H<sub>4</sub> Las enfermeras valorarán más la Calidad de la Interacción cuando interactúan con embarazadas que presenten una Autoeficacia más elevada y mayor internalidad en la variable Locus de Control para la Salud.*

Utilizando el test estadístico de Correlación de Pearson, evaluamos la posible relación entre las variables Autoeficacia de la embarazada y Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera, verificamos que no existen correlaciones significativas. Con relación a la variable Locus de Control para la Salud, utilizamos el mismo test y comprobamos que no existieren relaciones significativas entre las variables. Así y relativamente a la Hipótesis 4, verificamos que las variables de la personalidad de la embarazada, en nuestra muestra, no presentan relaciones significativas con la Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera.

*H<sub>4.1</sub> Las embarazadas con un mayor nivel de Autoeficacia y mayor internalidad para el Locus de Control para la Salud valorarán más positivamente la Calidad de la Interacción establecida con la enfermera.*

Para evaluar esta hipótesis utilizamos el test de Correlación de Pearson los resultados encontrados se presentan en la Tabla nº 44.

TABLA n° 44 – Correlaciones significativas entre las variables Autoeficacia y Locus de Control para la Salud de la embarazada y la variable Calidad de la Interacción

		CALIDAD DE INTERACCIÓN TOTAL EMABARAZADA	CI INFORMACIÓN EN SALUD EMABARAZADA	CI SOPORTE AFECTIVO EMABARAZADA	CI COMPETENCIA PROFESIONAL EMABARAZADA
AUTOEFICACIA EMBARAZADA	r	0,234	0,222	0,228	0,187
	p	0,002	0,003	0,002	0,013
	N	177	177	177	177
LOCUS DE CONTROL INTERNO EMBARAZADA	r	0,232	0,236	0,224	0,161
	p	0,002	0,002	0,003	0,032
	N	177	177	177	177

Por la observación de la tabla anterior, verificamos que se encuentran correlaciones significativas (discretas) y positivas entre las variables Autoeficacia y Locus de Control para la Salud de la Embarazada y su valoración de la Calidad de la Interacción, sea en el valor total de la escala, como también en los valores de las subescalas. Así y con respecto a la Hipotesis 4.1, podemos afirmar que las variables de personalidad de la embarazada se relacionan con su percepción de la Calidad de la Interacción establecida con la enfermera.

*H<sub>5</sub> Las enfermeras valorarán más la Calidad de la Interacción cuando interactúan con embarazadas cuyo embarazo fué intencional y que evalúan su transcurso positivamente.*

Utilizamos el test estadístico t de Student, para comparación de medias entre la variable Calidad de la Interacción y la intencionalidad del embarazo y no encontramos diferencias significativas. Utilizando el test ANOVA, no encontramos diferencias significativas para la variable Calidad de la Interacción y la valoración de la mujer sobre el transcurso de su embarazo. De este modo, relativamente a la Hipótesis 5, constatamos que las variables contextuales del embarazo, en la presente muestra, no se relacionan con la variable Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera.

---

$H_{5.1}$  *Las embarazadas con embarazo intencional y cuyo transcurso lo valorán como positivo, perciben en un nivel más elevado la Calidad de la Interacción establecida con la enfermera.*

Utilizando el test t de Student para comparación de medias, verificamos que no existen diferencias de medias significativas para la variable dependiente con relación al estatus de intencionalidad del embarazo. Para la evaluación de la relación entre la variable transcurso del embarazo y la Calidad de la Interacción utilizamos el test ANOVA y constatamos que no hay diferencias significativas de medias para la variable dependiente. En este sentido, podemos afirmar que, relativamente a la Hipótesis 5.1, las variables contextuales del embarazo no presentan relaciones significativas con la Calidad de la Interacción percibida por la embarazada.

$H_6$  *Las enfermeras valorarán más la Calidad de la Interacción cuando hagan una consulta con mayor duración, cuando el nivel de Educación para la Salud realizado durante la consulta sea más elevado, cuando tenga un mayor conocimiento de la mujer con quien interactúan, cuando hayan tenido mayor número de contactos previos con esa mujer y cuanto mayor sea el nivel de concordancia para ambas participantes, relativamente a la valoración de la interacción*

Aplicamos el test estadístico ANOVA para evaluar la diferencia de medias para la variable Calidad de la Interacción con relación a la duración de la consulta, utilizando la clasificación hecha anteriormente (consulta breve, consulta semilonga, consulta longa), los resultados significativos, se presentan en la Tabla nº 45.

TABLA nº 45 – Diferencia de medias para los valores de la Calidad de la Interacción con relación a la duración de la consulta

DURACIÓN DE LA CONSULTA		N	Media	F	p
Calidad de la Interacción (Total) Evaluación de la Enfermera	Consulta Breve	27	123,70	6,680	0,002
	Consulta Semilarga	64	131,19		
	Consulta Larga	33	132,03		
	Total	124	129,78		
Calidad de la Interacción Información en Salud Evaluación de la Enfermera	Consulta Breve	27	39,26	7,076	0,001
	Consulta Semilarga	64	42,23		
	Consulta Larga	33	42,45		
	Total	124	41,65		
Calidad de la Interacción Soporte Afectivo Evaluación de la Enfermera	Consulta Breve	27	70,52	6,184	0,003
	Consulta Semilarga	64	74,53		
	Consulta Larga	33	75,30		
	Total	124	73,86		

Como se puede apreciar en la tabla anterior, encontramos diferencias significativas de medias para la variable Calidad de la Interacción con relación a las diferentes categorías de duración de la consulta. Observamos que los valores más elevados para la escala están siempre presentes en la consulta más larga.

Para evaluar la posible relación entre la Calidad de la Interacción y la Educación para la Salud realizada en el curso de la consulta, variable operacionalizada a través de la evaluación de la cantidad de temas abordados, utilizamos el test estadístico de Correlación de Pearson, los resultados significativos se presentan en la tabla siguiente.

TABLA n° 46 – Correlaciones significativas entre la variable Educación para la Salud y Calidad de la Interacción valoración de la enfermera

		CALIDAD DE INTERACCIÓN TOTAL	CI INFORMACIÓN EN SALUD	CI SOPORTE AFECTIVO
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	r	0,236	0,250	0,217
	p	0,002	0,001	0,004
	N	177	177	177

Como podemos apreciar en la Tabla n° 46, encontramos correlaciones positivas (discretas) entre la variable Educación para la Salud y la Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera, sea en su valor total, sea también en las subescalas Información en Salud y Soporte Afectivo.

En el sentido de evaluar la relación existente entre el nivel de conocimiento que la enfermera posee con respecto a la mujer embarazada y la Calidad de la Interacción, utilizamos el test estadístico de Correlación de Pearson y encontramos los resultados que se presentan en la Tabla n° 47. En este caso verificamos la existencia de correlaciones significativas (discretas) y positivas entre la variable conocimiento y la Calidad de la Interacción, en su valor total y también en las subescalas Información en Salud y Soporte Afectivo.

TABLA n° 47 – Correlaciones significativas entre la variable “Conocimiento” y la Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera

		CALIDAD DE INTERACCIÓN TOTAL	CI INFORMACIÓN EN SALUD	CI SOPORTE AFECTIVO
CONOCIMIENTO	r	0,212	0,179	0,209
	p	0,005	0,017	0,005
	N	177	177	177

Con relación a la variable “Contactos Previos” recurrimos al mismo procedimiento de la variable anterior y verificamos que no existen relaciones significativas entre los Contactos Previos y la Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera.

En el sentido de estimar la relación entre la discrepancia relativa a la valoración de la interacción entre ambos participantes y la variable dependiente, utilizamos el test estadístico de Correlación de Pearson y encontramos los siguientes resultados:

TABLA nº 48 – Correlaciones significativas entre la variable Discrepancia y la variable Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera

		CALIDAD DE INTERACCIÓN TOTAL	CI INFORMACIÓN EN SALUD	CI SOPORTE AFECTIVO	CI COMPETENCIA PROFESIONAL
DISCREPANCIA TOTAL	r	-0,547	-0,548	-0,409	-0,473
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	177	177	177	177
DISCREPANCIA INFORMACIÓN EN SALUD	r	-0,577	-0,633	-0,372	-0,556
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	177	177	177	177
DISCREPANCIA SOPORTE AFECTIVO	r	-0,153	-	-0,188	-
	p	0,043		0,012	
	N	177		177	
DISCREPANCIA COMPETENCIA	r	-0,448	-0,492	-0,154	-0,785
	p	0,000	0,017	0,041	0,000
	N	177	177	177	177

Tras la aplicación del test verificamos que existen correlaciones negativas entre la variable discrepancia y la Calidad de la Interacción en su valor total y también para las tres subescalas. Observamos que los valores más bajos se verifican para la subescala Soporte Afectivo.

Así y con respecto a la Hipótesis 6, verificamos que las variables contextuales de la interacción se relacionan con la variable Calidad de la Interacción en la valoración de la



---

enfermera, con particular relevancia para la duración de la consulta, la Educación para la Salud que se realiza durante la misma, el conocimiento que la enfermera posee de la mujer con quien interactúa y la discrepancia de las valoraciones de ambas participantes acerca de la interacción establecida.

H<sub>6.1</sub> *Las embarazadas valorarán más la Calidad de la Interacción cuando tengan una consulta con mayor duración, cuando el nivel de Educación para la Salud realizado durante la consulta sea más elevado, cuando la enfermera tenga un mayor conocimiento de los aspectos con ella relacionados, cuando haya tenido mayor número de contactos previos con esa enfermera y cuanto mayor sea el nivel de concordancia para ambas participantes, relativamente a la valoración de la interacción*

Para evaluar la relación entre la duración de la consulta y la variable Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada, utilizamos como procedimiento estadístico el test ANOVA, los resultados se presentan en la Tabla nº 49.

TABLA n° 49 – Diferencia de medias para los valores de la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada con relación a la duración de la consulta

		DURACIÓN DE LA CONSULTA	N	Media	F	p
Calidad de la Interacción (Total) Evaluación de la Embarazada	Consulta Breve		27	124,33	13,138	0,000
	Consulta Semilonga		64	137,83		
	Consulta Longa		33	141,30		
	Total		124	135,81		
Calidad de la Interacción Información en Salud Evaluación de la Embarazada	Consulta Breve		27	40,41	13,172	0,000
	Consulta Semilonga		64	45,33		
	Consulta Longa		33	46,06		
	Total		124	44,45		
Calidad de la Interacción Soporte Afectivo Evaluación de la Embarazada	Consulta Breve		27	68,41	10,727	0,000
	Consulta Semilonga		64	74,89		
	Consulta Longa		33	77,06		
	Total		124	74,06		
Calidad de la Interacción Competencia Profesional Evaluación de la Embarazada	Consulta Breve		27	15,52	11,672	0,000
	Consulta Semilonga		64	17,61		
	Consulta Longa		33	18,18		
	Total		124	17,31		

Como se puede apreciar en la tabla anterior, constatamos diferencias significativas para los valores medios de la Calidad de la Interacción en valor total y también para todas las subescalas. Se verifica que los valores más elevados de la variable dependiente siempre se verifican en las consultas largas.

Para evaluar la relación entre la Calidad de la Interacción y la variable Educación para la Salud utilizamos el test de Correlación de Pearson, los resultados encontrados se presentan en la Tabla n° 50.

TABLA n° 50 – Correlaciones significativas entre la variable Educación para la Salud y la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada

Embarazada		CALIDAD DE INTERACCIÓN TOTAL	CI INFORMACIÓN EN SALUD	CI SOPORTE AFECTIVO	CI COMPETENCIA PROFESIONAL
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	r	0,211	0,262	0,160	0,192
	p	0,005	0,000	0,033	0,011
	N	177	177	177	177

Verificamos que la variable Educación para la Salud se correlaciona positivamente, de forma discreta con la variable dependiente, en su valor total y también en sus valores parcelares.

Para la estimación de la relación entre la variable “Conocimiento” y la Calidad de la Interacción, utilizamos una vez más el test de Correlación de Pearson, los resultados hallados se presentan en la Tabla n° 51.

TABLA n° 51 – Correlaciones significativas entre la variable “Conocimiento” y la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada

Embarazada		CALIDAD DE INTERACCIÓN TOTAL	CI INFORMACIÓN EN SALUD	CI SOPORTE AFECTIVO	CI COMPETENCIA PROFESIONAL
CONOCIMIENTO	r	0,271	0,218	0,294	0,195
	p	0,000	0,004	0,000	0,009
	N	177	177	177	177

En los resultados podemos observar correlaciones significativas (discretas) y positivas entre la variable Educación para la Salud y la variable dependiente, en su valor total y también en todas sus subescalas.

Para clarificar las posibles relaciones entre la variable Contactos Previos y la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada recurrimos también aquí al test de Correlación de Pearson y encontramos los valores que se presentan en la Tabla nº 52.

TABLA nº 52 – Correlaciones significativas entre la variable “Contactos Previos” y la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada

Embarazada		CALIDAD DE INTERACCIÓN TOTAL	CI INFORMACIÓN EN SALUD	CI SOPORTE AFECTIVO	CI COMPETENCIA PROFESIONAL
CONTACTOS PREVIOS	r	0,294	0,268	0,285	0,263
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	177	177	177	177

Verificamos que la variable Contactos Previos se correlaciona positivamente con la variable Calidad de la Interacción en su valor total y también con todas sus subescalas.

Por último, relativamente a la variable Discrepancia y con el objetivo de evaluar su relación con la percepción de la embarazada relativamente a la interacción ocurrida, utilizamos una vez más el test de Correlación de Pearson, donde obtuvimos los resultados que se presentan a continuación (Tabla nº 53).

TABLA n° 53 – Correlaciones significativas entre la variable Discrepancia y la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada

		CALIDAD DE INTERACCIÓN TOTAL	CI INFORMACIÓN EN SALUD	CI SOPORTE AFECTIVO	CI COMPETENCIA PROFESIONAL
DISCREPANCIA TOTAL	r	-0,402	-0,382	-0,376	-0,369
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	177	177	177	177
DISCREPANCIA INFORMACIÓN EN SALUD	r	-0,327	-0,381	-0,269	-0,279
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	177	177	177	177
DISCREPANCIA SOPORTE AFECTIVO	r	-0,502	-0,403	-0,531	-0,407
	p	0,000	0,000	0,012	0,000
	N	177	177	177	177

Observamos en tabla anterior, que la variable Discrepancia presenta correlaciones positivas con la variable Calidad de la Interacción en su valor total y en todas sus subescalas. De esta forma, podemos afirmar para la Hipotesis 6.1, que las variables contextuales de la interacción se relacionan con la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada, muy específicamente la duración de la consulta, la Educación para la Salud realizada, el conocimiento que la enfermera posee de los aspectos a ella (mujer) relativos, los contactos previos existentes y la discrepancia entre su valoración de la interacción y la valoración de la enfermera.

H<sub>7</sub> *Las enfermeras valorarán más la Calidad de la Interacción cuando tengan menor número de consultas para hacer por parte del día, cuando el Centro de Salud sea central y cuando la embarazada haga su atención de salud en exclusividad en el Centro de Salud.*

Para evaluar la posible relación entre la variable, número de consultas realizadas y la Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera utilizamos el test estadístico de Correlación de Pearson, los resultados obtenidos se presentan en la Tabla nº 54.

TABLA nº 54 – Correlaciones significativas entre la variable número de consultas realizadas y Calidad de la Interacción valoración de la enfermera

		CALIDAD DE INTERACCIÓN TOTAL	CI INFORMACIÓN EN SALUD	CI SOPORTE AFECTIVO
TOTAL DE CONSULTAS	r	-0,227	-0,235	-0,252
	p	0,005	0,004	0,002
	N	149	149	149

Verificamos así, que se identifican en la presente muestra, correlaciones negativas (bajas) entre la variable número total de consultas realizadas por la enfermera y la valoración que ella hace de la Calidad de la Interacción establecida.

Utilizando el test estadístico t de Student encontramos diferencias significativas para la variable Calidad de la Interacción en la evaluación de la enfermera según el local de atención de salud (centro o periferia) como se presenta en la siguiente tabla.

TABLA nº 55 – Diferencias para la media de la Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera, según el local donde se realiza la atención de salud

	Localización del Centro de Salud	N	Media	t	P
CI – Total Valoración de la Enfermera	Centro	123	130,12	2,849	0,005
	Periferia	54	125,44		
CI – Información Valoración de la Enfermera	Centro	123	41,59	2,633	0,009
	Periferia	54	39,89		
CI – Competencia Valoración de la Enfermera	Centro	123	14,50	3,532	0,001
	Periferia	54	13,26		

Constatamos diferencias significativas para la variable Calidad de la interacción en su valor total y también en las subescalas de Información en Salud y Competencia Profesional con relación a la variable localización del Centro de Salud, verificándose que los valores medios más altos para la variable dependiente se encuentran en el centro (sede) y los más bajos en los Centros de Salud que se sitúan en la periferia (extensiones).

En la evaluación de la posible relación entre la variable exclusividad de la atención de salud y la Calidad de la Interacción, utilizamos el test t de Student y verificamos no existieren diferencias significativas para los dos grupos con relación a la variable dependiente.

De esta forma, con respecto a la Hipótesis 7, verificamos que las variables asistenciales presentan relación con la variable Calidad de la Interacción, específicamente la variable número de consultas presentando correlación negativa con la variable dependiente y también se encontraron diferencias significativas según la localización del Centro de Salud, donde los valores más elevados para la Calidad de la Interacción se observan en las interacciones que ocurren en los Centros de Salud centrales.

*H<sub>7,1</sub> Las embarazadas valorarán más la Calidad de la Interacción cuando la enfermera con quien tienen su consulta tenga menor número de consultas para hacer por parte del día, cuando el Centro de Salud que frecuentan sea central y cuando hagan su atención de salud en exclusividad en el Centro de Salud.*

Empezamos por valorar las posibles relaciones entre el número total de consultas realizadas por la enfermera y la Calidad de la Interacción apreciada desde la perspectiva de la mujer, para tal efecto utilizamos el test de Correlación de Pearson como estrategia estadística, los resultados encontrados se presentan en la Tabla nº 56.

TABLA n° 56 – Correlaciones significativas entre la variable número de consultas realizadas y la Calidad de la Interacción en la valoración de la embarazada

Embarazada		CALIDAD DE INTERACCIÓN TOTAL	CI INFORMACIÓN EN SALUD	CI SOPORTE AFECTIVO	CI COMPETENCIA PROFESIONAL
TOTAL	r	-0,213	-0,182	-0,209	-0,206
DE	p	0,009	0,026	0,011	0,012
CONSULTAS	N	149	149	149	149

Verificamos para las variables estudiadas, que se observan correlaciones negativas (discretas) entre el número total de consultas que la enfermera realiza por parte del día y la valoración que la embarazada hace de la Calidad de la Interacción, sea en su valor total, sea en los valores parcelares correspondientes a cada subescala.

Para contrastar las posibles relaciones entre la variable localización del Centro de Salud y la variable dependiente utilizamos el test estadístico t de Student y verificamos no existieren diferencias de medias significativas. Con respecto a la variable exclusividad de la asistencia de salud, el procedimiento estadístico utilizado fue el mismo que para la anterior variable y en los resultados verificamos también no existir diferencias significativas de medias para la Calidad de la Interacción percibida por la embarazada con relación a la exclusividad, o no, de su atención de salud. Así, con relación a la Hipótesis 7.1, verificamos que de entre las variables asistenciales, la única que es relevante en esta muestra es el número total de consultas realizadas por la enfermera.

Además de las hipótesis anteriormente formuladas, cuya variable central es la Calidad de la Interacción en la valoración de ambos participantes, consideramos que determinadas variables contextuales de la interacción como la duración de la consulta y la Educación para la Salud realizada, podrían estar relacionadas directamente con variables individuales de cada participante y con variables asistenciales, por lo que formulamos las siguientes hipótesis.



---

H<sub>8</sub> *La duración de la consulta se incrementa cuando:*

- *La enfermera posee más edad, más años de profesión, más años de ejercicio en el Centro de Salud, un nivel de formación más elevado, una mayor percepción de rol, una mayor percepción de Autoeficacia y mayor internalidad en el Locus de Control para la Salud.*
- *La embarazada presenta un mayor nivel escolar y profesional, cuando tiene menos hijos o es su primer embarazo, cuando presenta una mayor percepción de Autoeficacia y una mayor internalidad para el Locus de Control para la Salud, cuando su embarazo es intencional y cuando su transcurso va menos positivamente.*
- *Cuando el número total de consultas realizadas por la enfermera es menor, cuando el Centro de Salud es en la periferia y cuando la mujer hace su atención de salud en exclusivo en el Centro de Salud.*

Utilizamos el test de Correlación de Pearson para evaluar la relación entre la edad de la enfermera, los años de profesión, los años de ejercicio en el Centro de Salud, la percepción de rol y la duración de la consulta, tendo verificado que no existen correlaciones significativas entre estas variables socioprofesionales y la variable dependiente.

Para evaluar la relación entre la variable nivel de formación y duración de la consulta, utilizamos el test estadístico ANOVA y constatamos que existen diferencias significativas, siendo que el tiempo medio de consulta aumenta progresivamente de las enfermeras con Diplomatura para las enfermeras con Especialidad, podemos apreciar los resultados en la siguiente Tabla (nº 57).

Tabla nº 57 – Diferencias en la duración de la consulta relativamente al Nivel de Formación de la enfermera

		N	Media	F	P
Duración de la Consulta	Diplomatura	44	15,93	4,437	0,014
	Licenciatura	65	16,23		
	Especialidad	15	21,67		
	Total	124	16,78		

Relativamente a la posible relación entre las variables de personalidad de la enfermera y la duración de la consulta utilizamos el test de Correlación de Pearson para verificarla, constatamos que solo para la variable Locus de Control para la Salud en sus subescalas externas, suelen surgir correlaciones significativas, como se presenta en la siguiente tabla (Tabla nº 58)

TABLA nº 58 – Correlaciones significativas entre la variable Locus de Control para la Salud de la enfermera y la duración de la consulta

Enfermera		LOCUS DE CONTROL PARA LA SALUD SUERTE	LOCUS DE CONTROL PARA LA SALUD OTROS PODEROSOS
DURACIÓN DE LA CONSULTA	r	-0,210	-0,240
	p	0,019	0,007
	N	124	124

En el sentido de evaluar las variables individuales de la embarazada y la duración de la consulta empezamos por testar el nivel escolar, el número de hijos, y las variables de personalidad, utilizando el test estadístico de Correlación de Pearson, tendo verificado que para

ninguna de estas variables se encontraban correlaciones significativas con respecto a la duración de la consulta.

Para valorar las posibles relaciones entre la profesión de la embarazada, el transcurso de embarazo y la duración de la consulta aplicamos el test ANOVA, y comprobamos no existieren diferencias significativas de medias. Para verificarnos potenciales relaciones entre las variables de personalidad de la embarazada y la duración de la consulta recurrimos al test estadístico de Correlación de Pearson y verificamos no existir correlaciones significativas entre dichas variables.

Con relación a las variables contextuales del embarazo, específicamente el estatus de intencionalidad del embarazo, testamos su relación con la variable duración de la consulta a través del test t de Student, los resultados se presentan en la Tabla nº 59.

TABLA nº 59 – Diferencias para la media de la duración de la consulta según el estatus de intencionalidad del embarazo.

	Intencionalidad del embarazo	N	Media	t	P
Duración de la Consulta	Intencional	64	15,53	-2,059	0,042
	Imprevisto	60	18,12		

Verificamos así, que se encuentran diferencias significativas para el tiempo medio de duración de la consulta, con relación al estatus de intencionalidad del embarazo de la mujer, siendo que, en las mujeres con embarazo imprevisto el tiempo medio de la consulta es más elevado.

Para las variables asistenciales, testamos la relación entre la exclusividad de la asistencia y la duración de la consulta con el test estadístico t de Student y constatamos que

no existen diferencias significativas por los valores medios. Para valuar la posible relación entre el número total de consultas y la duración de las mismas, utilizamos el test de Correlación de Pearson y verificamos la existencia de correlaciones negativas como se puede observar en la Tabla nº 60.

TABLA nº 60 – Correlaciones significativas entre las variables numero total de consultas y la duración de las mismas

		TOTAL DE CONSULTAS DE SALUD MATERNA	TOTAL DE CONSULTAS
DURACIÓN DE LA CONSULTA	r	-0,232	-0,558
	p	0,015	0,000
	N	110	103

Con relación a la variable localización del Centro de Salud y su potencial relación con la duración de la consulta, identificamos existir diferencias de medias significativas, siendo que, los valores medios para el tiempo de consulta son más elevados en la periferia, como se presenta en la Tabla nº 61.

TABLA nº 61 – Diferencias para la media de la duración de la consulta según la localización del Centro de Salud

	Localización del Centro de Salud	N	Media	t	P
DURACIÓN DE LA CONSULTA	Centro	93	16,01	-2,163	0,032
	Periferia	31	19,10		

En este sentido, relativamente a la Hipotesis 8, podemos afirmar que el nivel de formación de la enfermera y su Locus de Control para la Salud, la intencionalidad del

---

embarazo, el número total de consultas realizada por la enfermera por parte del día y la localización del Centro de Salud se relacionan, en la presente muestra, con la variable duración de la consulta.

H<sub>8,1</sub> *La Educación para la Salud desarrollada durante la consulta es tanto mayor cuando:*

- *La enfermera posee más edad, más años de profesión, más años de ejercicio en el Centro de Salud, un nivel de formación más elevado, una mayor percepción de rol, una mayor percepción de autoeficacia y mayor internalidad en el Locus de Control.*
- *La embarazada presenta un mayor nivel escolar y profesional, cuando tiene menos hijos o es su primer embarazo, cuando presenta una mayor percepción de Autoeficacia y una mayor internalidad para el Locus de Control para la Salud, cuando su embarazo es intencional y cuando su transcurso va menos positivamente.*
- *Cuando el número total de consultas realizadas por la enfermera es menor, cuando el Centro de Salud es en la periferia y cuando la mujer hace su atención de salud en exclusivo en el Centro de Salud.*

Recurrimos a la utilización del test de Correlación de Pearson para testar las posibles relaciones entre las variables de la enfermera, específicamente, la edad, los años de profesión y los años de ejercicio en el Centro de Salud, la percepción de rol, la Autoeficacia y el Locus de Control para la Salud, con relación a la variable Educación para la Salud, constatamos que solo se encuentran relaciones significativas para la edad (correlación positiva discreta) y para el Locus de Control (correlación negativa discreta), los resultados se presentan en la Tabla nº 62.

TABLA n° 62 – Correlaciones significativas entre la edad, el Locus de Control para la Salud de la enfermera y la Educación para la Salud

		EDAD DE LA ENFERMERA	LOCUS DE CONTROL SUERTE	LOCUS DE CONTROL OTROS PODEROSOS
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	r	0,179	-0,165	-0,205
	p	0,017	0,028	0,006
	N	177	177	177

Para evaluar se existían diferencias de medias para la Educación para la Salud en función del nivel de formación de la enfermera, utilizamos el test estadístico ANOVA y verificamos que existen diferencias significativas según el nivel de formación, siendo que la media de la Educación para la Salud se incrementa progresivamente del nivel de Diplomatura para el nivel de Especialidad, como se puede apreciar en la Tabla n° 63.

Tabla n° 63 – Diferencia de medias para la Educación para la Salud según el nivel de formación de la enfermera

NIVEL DE FORMACIÓN	N	Media	F	P
Diplomatura	70	2,89	4,553	0,012
Licenciatura	89	3,22		
Especialidad	18	4,44		
Total	177	3,21		

Contrastando las variables particulares de la embarazada y la Educación para la Salud, verificamos a través de la utilización del test estadístico Correlación de Pearson, no existieren correlaciones significativas entre la variable dependiente y la edad de la embarazada, su nivel escolar, el número de hijos que tiene, su Autoeficacia y su Locus de Control para la Salud. Para las variables profesión de la embarazada y transcurso del

embarazo utilizamos el test ANOVA para verificar se existían diferencias para el valor de la variable dependiente, lo que no se verificó. En el caso del estatus de intencionalidad del embarazo, utilizamos el t de Student y pudimos comprobar que no existen diferencias significativas para el valor medio de la Educación para la Salud según la intencionalidad del embarazo.

Con respecto a las variables asistenciales, para testar sus posibles relaciones con la variable dependiente, utilizamos el t de Student para la exclusividad de la asistencia y para la localización del Centro de Salud, tendo concluido que para estas dos variables no existen diferencias significativas para la media de la Educación para la Salud. Para la variable total de consultas, aplicamos el test de Correlación de Pearson y verificamos existir una correlación significativa y negativa con relación a la variable dependiente, como se presenta en la Tabla nº 64.

TABLA nº 64 – Correlaciones significativas entre el total de consultas y la Educación para la Salud realizada

TOTAL DE CONSULTAS		
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	r	- 0,394
	p	0,000
	N	149

Así, relativamente a la Hipótesis 8.1, podemos afirmar que la variable Educación para la Salud, en nuestra muestra, presenta relaciones significativas con variables de la enfermera como sea, su edad, su Locus de Control para la Salud, su nivel de formación y también con el total de consultas realizadas.

#### 4.4. MODELO DE VARIABLES PREDICTORAS PARA LA CALIDAD DE LA INTERACCIÓN





En este capítulo pretendemos dar respuesta al *Objetivo 3* de este proyecto de investigación. El método elegido fue la Regresión Lineal Múltiple, para esta estrategia estadística utilizamos preferencialmente el método de selección de variables de “Pasos Sucesivos”, solo cuando ninguno de los modelos se configuraba como significativo utilizamos el método “Introducir”, para visualizar los resultados. Para cada análisis de regresión lineal se exhibe apenas el modelo que presenta un valor para el R cuadrado corregido más elevado, o sea, resaltamos el modelo de variables predictoras que explica en un mayor porcentaje la variable dependiente – la Calidad de la Interacción, en ambas evaluaciones: de la enfermera y de la embarazada.

Así, empezamos por introducir como variables predictoras las variables socioprofesionales de la enfermera, los resultados obtenidos se presentan en la Tabla nº 65.

TABLA n° 65 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables socioprofesionales de la enfermera y la Calidad de la Interacción

VARIABLES SOCIOPROFESIONALES DE LA ENFERMERA	CALIDAD DE LA INTERACCIÓN					
	EMBARAZADA			ENFERMERA		
	Beta	t	p	Beta	t	p
Edad	0,262	0,945	0,346	-		
Años de Profesión	-0,261	-0,960	0,338	-		
Años en el C. S.	-0,059	-0,541	0,589	0,258	3,616	0,000
Percepción de Rol	-0,131	-1,686	0,094	0,150	2,093	0,038
Diplomatura	-0,096	-0,682	0,496	0,263	2,177	0,031
Licenciatura	-0,161	-1,166	0,245	0,361	2,969	0,003
F	1,286			7,575		
p	0,266			0,000		
R <sup>2</sup> corregido	0,010			0,130		

Relativamente al modelo testado verificamos que, para la enfermera este se presenta significativo, integrando las variables años en el Centro de Salud, percepción de rol y nivel de formación, podemos también afirmar que 13% de variabilidad de la variable dependiente se puede explicar por las variables independientes presentes en el modelo de regresión lineal ajustado. Para la muestra de embarazadas este modelo no es significativo, como se puede verificar por los resultados expuestos en la tabla anterior.

En el siguiente modelo introducimos como variables predictoras de la Calidad de la Interacción, las variables de personalidad de la enfermera y los resultados se presentan en la Tabla n° 66.

TABLA n° 66 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables de personalidad de la enfermera y la Calidad de la Interacción

VARIABLES PERSONALIDAD DE LA ENFERMERA	CALIDAD DE LA INTERACCIÓN					
	EMBARAZADA			ENFERMERA		
	Beta	t	p	Beta	t	p
Autoeficacia	-0,040	-0,486	0,627	-		
Locus de control Interno	0,081	0,956	0,341	-		
Locus de Control Suerte	0,073	0,814	0,417	0,218	2,955	0,004
Locus de Control Otros	-0,196	-1,962	0,051	-		
F	1,013			8,734		
p	0,402			0,004		
R <sup>2</sup> corregido	0,000			0,042		

El modelo presentado no es significativo para el grupo de embarazadas y para el grupo de enfermeras apenas integra una variable – el Locus de Control para la Salud en su subescala Suerte, siendo que esta variable explica un 4.2% de la variabilidad de la Calidad de la Interacción.

En la Tabla n° 67, presentamos el modelo de regresión lineal donde se introdujeron como variables predictoras de la Calidad de la Interacción, las variables sociodemográficas de la embarazada.

TABLA n° 67 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables sociodemográficas de la embarazada y la Calidad de la Interacción

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA EMBARAZADA	CALIDAD DE LA INTERACCIÓN					
	EMBARAZADA			ENFERMERA		
	Beta estandarizados	t	p	Beta estandarizados	t	p
Edad	-0,004	-0,047	0,963	-	-	-
Nivel escolar	-0,052	-0,525	0,600	-	-	-
Profesión – desempleada	0,064	0,433	0,666	-	-	-
Profesión – comercio	0,072	0,513	0,609	-	-	-
Número de hijos	0,035	0,371	0,711	-0,183	-2,463	0,015
F	0,885			6,069		
p	0,345			0,015		
R <sup>2</sup> corregido	-0,019			0,028		

Los resultados indican un modelo que apenas es significativo para el grupo de enfermeras y además apenas incluye una variable: el número de hijos, siendo que esta variable explica el 1,5% de la variabilidad de la variable dependiente.

Relativamente a las variables de personalidad de la embarazada como predictoras de la Calidad de la Interacción, verificamos con base en los datos obtenidos y presentados en la tabla siguiente (Tabla n° 68), que el modelo hallado solo es significativo para la embarazada y integra dos variables: la Autoeficacia y el Locus de Control Interno, explicando estas variables el 6,7 % de la variabilidad de la Calidad de la Interacción en la valoración de la mujer embarazada.

TABLA n° 68 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables de personalidad de la embarazada y la Calidad de la Interacción

VARIABLES PERSONALIDAD DE LA EMBARAZADA	CALIDAD DE LA INTERACCIÓN					
	EMBARAZADA			ENFERMERA		
	Beta	t	p	Beta	t	p
Autoeficacia	0,167	2,099	0,037	0,042	0,496	0,621
Locus de Control – Interno	0,164	2,061	0,041	0,157	1,895	0,060
Locus de Control – Suerte	-			0,162	1,984	0,049
Locus de Control – Otros	-			-0,039	-0,511	0,610
F	7,297			1,769		
p	0,001			0,137		
R <sup>2</sup> corregido	0,067			0,017		

Tocante a las variables contextuales del embarazo, verificamos que el posible modelo definido no es significativo para ninguno de los intervinientes en la interacción, como se puede verificar en la Tabla n° 69.

TABLA n° 69 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables contextuales del embarazo y la Calidad de la Interacción

VARIABLES CONTEXTUALES DEL EMBARAZO	CALIDAD DE LA INTERACCIÓN					
	EMBARAZADA			ENFERMERA		
	Beta	t	p	Beta	t	p
Intencionalidad	-0,167	-1,946	0,053	0,022	0,293	0,770
Transcurso – Mejor	0,020	0,174	0,862	0,020	0,174	0,862
Transcurso – Normal	-0,022	-0,190	0,849	0,004	0,037	0,971
F	0,840			0,044		
p	0,541			0,988		
R <sup>2</sup> corregido	- 0,005			-0,017		

Con relación al modelo en el cual integramos como variables predictoras las variables asistenciales, verificamos que para ambos los participantes surgen modelos significativos, como se puede apreciar en la Tabla n° 70, siendo que para la enfermera el modelo integra las variables, número total de consultas y la localización del Centro de Salud y estas explican el 10.2% de la variabilidad de la Calidad de la Interacción, para la embarazada el modelo solo abarca la variable número total de consultas, variable que en este caso explica 3.9% de la variabilidad de la variable dependiente.

TABLA n° 70 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables asistenciales y la Calidad de la Interacción

VARIABLES ASISTENCIALES	CALIDAD DE LA INTERACCIÓN					
	EMBARAZADA			ENFERMERA		
	Beta estandarizados	t	p	Beta estandarizados	t	p
Numero total de consultas	0,213	-2,647	0,009	-0,288	-3,591	0,000
Localización del CS	-			-0,256	-3,198	0,002
Exclusividad de la asistencia	-			-		
F	7,004			9,369		
p	0,009			0,000		
R <sup>2</sup> corregido	0,039			0,102		

A continuación se expone el modelo que incluye las variables contextuales de la interacción, como variables predictoras de la Calidad de la Interacción, observando la Tabla n° 71, verificamos que surge un modelo significativo para cada una de las participantes en la interacción. En el caso de la enfermera el modelo contiene las variables, Discrepancia para la Escala de Calidad de la Interacción y la Educación para la Salud, siendo que estas variables conjuntamente explican el 31% de la variabilidad de la Calidad de la Interacción. Para la embarazada, en el modelo surgen la Discrepancia para la escala y la duración de la consulta, explicando estas variables el 36,1% de la variable dependiente.



TABLA n° 71 – Resultados obtenidos por regresión lineal múltiple entre las variables contextuales de la interacción y la Calidad de la Interacción

VARIABLES CONTEXTUALES DE LA INTERACCIÓN	CALIDAD DE LA INTERACCIÓN					
	EMBARAZADA			ENFERMERA		
	Beta	t	p	Beta	t	p
Duración de la consulta	0,330	4,254	0,000	-		
Discrepancia para la ECI	-0,376	-4,973	0,000	-0,488	-6,459	0,000
Educación para la salud	-			0,228	3,010	0,003
Conocimiento	-			-		
Contactos previos	0,299	3,922	0,000	-		
F	24,187			28,614		
p	0,000			0,000		
R <sup>2</sup> corregido	0,361			0,310		

Después de hacer el análisis de regresión lineal para cada una de las categorías de variables que hipotéticamente relacionamos con la variable Calidad de la Interacción, tratamos de proponer un modelo donde incluimos todas las variables cuyos resultados anteriores fueron significativos en los modelos parcelares (Tabla n° 72).

Así, para la enfermera se incluyeron, los años de ejercicio en el Centro de Salud, el Locus de Control para la Salud en su subescala externa de Suerte, el total de consultas realizadas, la discrepancia de las apreciaciones entre ambos participantes con relación a la Calidad de la Interacción y la Educación para la Salud. Estas variables se configuran en un modelo que explica el 51,3% de la variabilidad de la Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera.

Del mismo modo, para la embarazada incluimos en el modelo, las variables que anteriormente se habían observado como significativas y así, se consideró la variable discrepancia para las valoraciones de la escala de ambos participantes, la Autoeficacia de la embarazada, la duración de la consulta y los contactos previos, se verificando que el modelo configurado por estas variables explica la variabilidad de la Calidad de la Interacción en la Valoración de la embarazada en un 43.2%

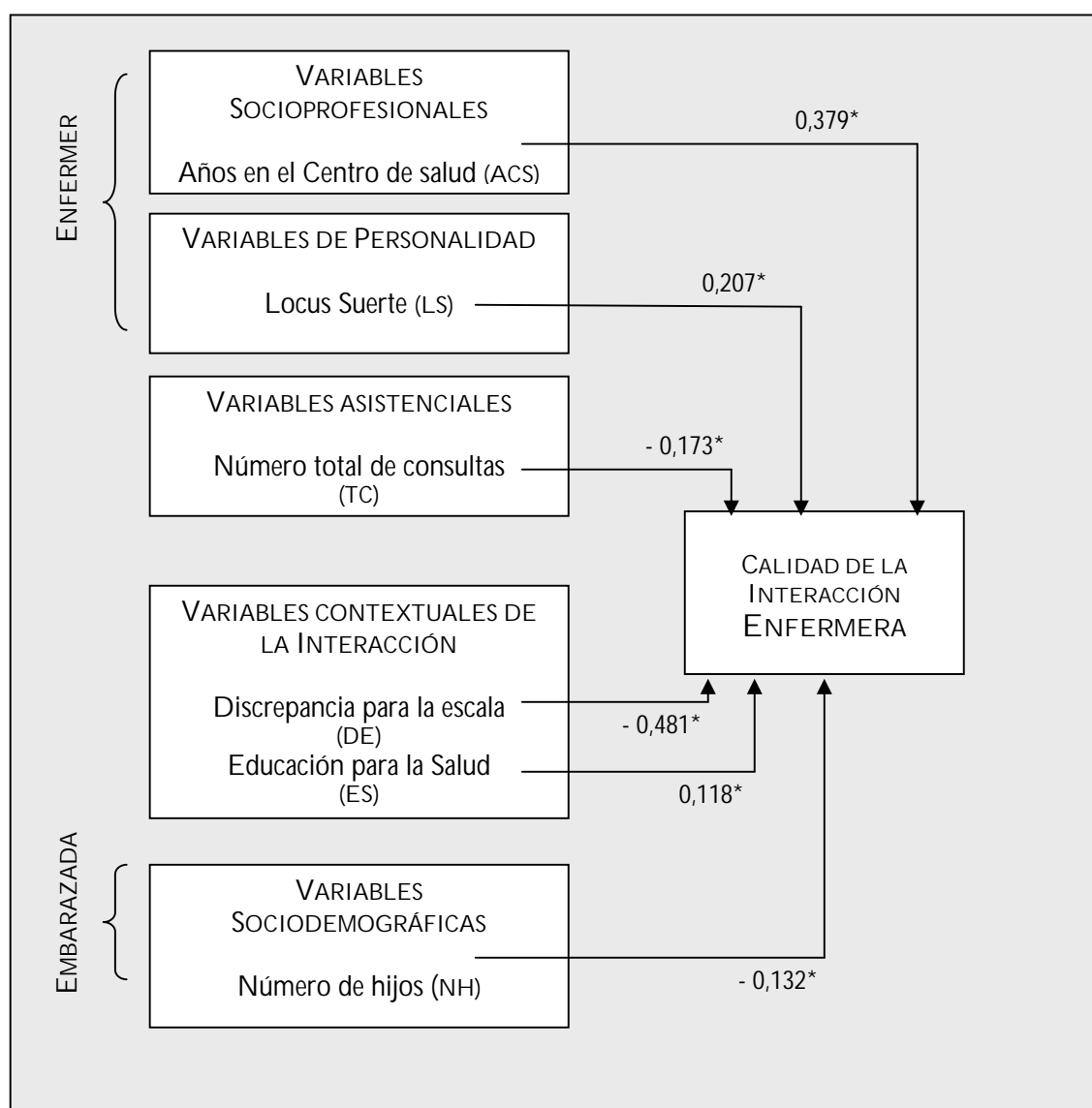
TABLA n° 72 – Modelo de variables predictoras para la Calidad de la Interacción en la valoración de ambos participantes

VARIABLES	CALIDAD DE LA INTERACCIÓN					
	EMBARAZADA			ENFERMERA		
	Beta	t	p	Beta	t	p
Años en el C.S.	-			0,386	6,713	0,000
Locus de Control - Suerte	-			0,200	3,341	0,001
Total de consultas	-			-0,168	-2,615	0,010
Discrepancia para la ECI	-0,409	-5,244	0,000	-0,486	-8,384	0,000
Educación para la Salud	-			0,135	2,158	0,033
Autoeficacia embarazada	0,248	3,288	0,001	-		
Duración de la consulta	0,291	3,635	0,000	-		
Contactos previos	0,262	3,313	0,001	-		
F	20,427			32,237		
p	0,000			0,000		
R <sup>2</sup> corregido	0,432			0,513		

En las dos ilustraciones que se presentan a continuación, podemos observar esquemáticamente los modelos obtenidos tras regresión lineal múltiple. En el caso de la enfermera la ecuación de regresión en estandarizadas nos muestra las variables predictoras de la Calidad de la Interacción (CI) que se relacionan de la siguiente forma:

$$CI = 0,379 ACS + 0,207 LS - 0,173 TC - 0,481 DE + 0,118 ES - 0,132 NH$$

ILUSTRACIÓN nº 14 - Modelo de variables predictoras para la muestra de ENFERMERAS

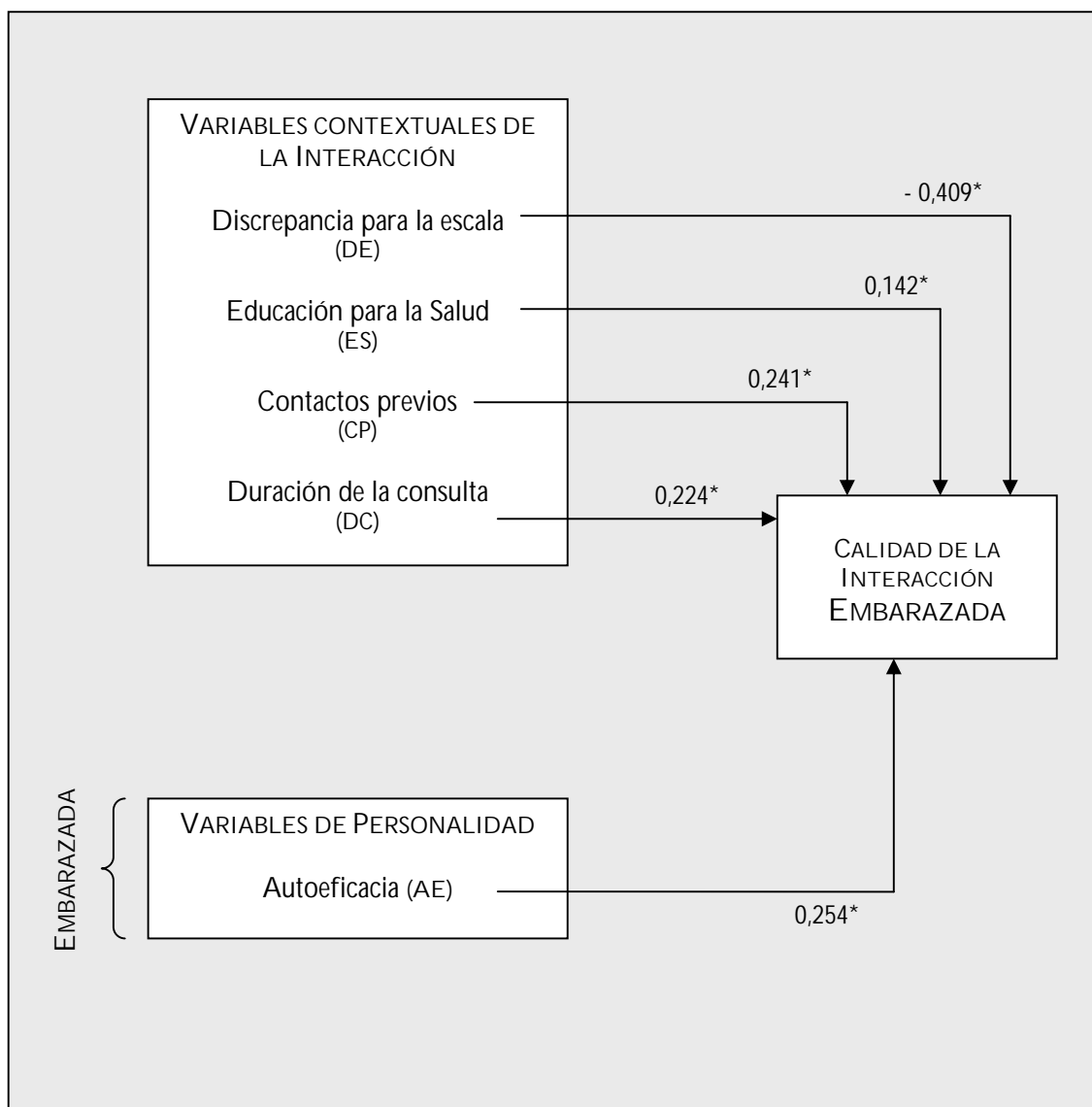


\* Coeficientes estandarizados

Para la muestra de embarazadas las variables predictoras para la Calidad de la Interacción, se exhiben en la Ilustración n° 15. La ecuación de regresión estandarizada es:

$$CI = -0,409 DE + 0,142 ES + 0,241 CP + 0,224 DC + 0,254 AE$$

ILUSTRACIÓN N° 15 - Modelo de variables predictoras para la muestra de EMBARAZADAS



\* Coeficientes estandarizados



## 5. DISCUSIÓN



Pretendemos en el capítulo que se sigue interpretar y discutir el significado de los resultados presentados anteriormente y comentar los aspectos más relevantes del estudio, teniendo como hilo conductor el marco teórico.

Con la presente investigación, se aspiraba a attingir varios objetivos. Así, específicamente, se pretendía desarrollar una medida adecuada que permitiera evaluar la Calidad de la Interacción que se desarrolla entre la enfermera y la embarazada en contexto de Promoción de la Salud, siendo este un área específica no encontramos en las fuentes bibliográficas consultadas, ninguna herramienta que diera respuesta a lo que pretendíamos, por lo que optamos por construir un nuevo instrumento. Con este estudio procuramos también, analizar y clarificar la compleja tela de variables que intervienen en este particular proceso de interacción, variables estas inherentes a diferentes actores: propias de la enfermera, de la embarazada, variables asistenciales o específicas de la interacción. Además, teníamos la intención de proponer un modelo, para cada uno de los participantes, que integrara las variables predictoras de la Calidad de la Interacción. Siguiendo estas consideraciones, hemos llevado a cabo varios procedimientos que nos han proporcionado el profundizar de conocimientos sobre esta temática.

Relativamente a la reflexión teórica que hicimos, pudimos fundamentar aún mejor la concepción inicial que teníamos de que, la salud de la mujer y específicamente la salud de la embarazada, es inequívocamente un área prioritaria en el contexto de la Promoción de la Salud, porque, en una perspectiva global y debido a su lugar de destaque en el seno de la familia y de la comunidad, puede ser determinante en la salud de las poblaciones, reflejándose en los indicadores de salud y de desarrollo de los países.



---

De igual forma, no nos quedan dudas que los enfermeros, como profesionales de salud y particularmente como profesionales de la relación interpersonal, tienen un rol importante en lo relativo a la Educación para la Salud y en la capacitación de los individuos y comunidades para estilos de vida más saludables.

Pudimos también profundizar nuestra conciencia de que, la interacción que se establece entre profesionales de salud y usuarios de los cuidados, así como, el uso estratégico de la comunicación interpersonal en salud, son procesos complejos, multifacéticos y por veces problemáticos. En este sentido, creemos que, esta investigación aportará informaciones que podran favorecer el incremento del conocimiento sobre la interacción enfermero /embarazada en Atención Primaria, permitiendo así, ampliar la comprensión de este fenómeno, contribuyendo para mejorar la calidad de las practicas de comunicación en salud en este área de los cuidados.

En una primera parte introductoria del trabajo, fue nuestra intención facilitar una panorámica de los modelos conceptuales más importantes utilizados en los últimos años en la investigación en el contexto de la Psicología de la Salud y con especial relevancia en la Promoción de la Salud, ámbito en el cual se desarrolla la presente investigación. Comprobamos que aunque, algunos de ellos han sido inicialmente formulados hace algunas décadas, continuan siendo utilizados, dando lugar a resultados válidos y brindando importantes contribuciones a la comprensión de los comportamientos en el contexto de la salud. Constatamos, a través de una mirada global sobre todos ellos, que hay conceptos o variables importantes y comunes que parecen ocupar un lugar de destacada importancia en este contexto, de entre las cuales subrayamos la autoeficacia y el locus de control, las cuales por su amplia utilización y protagonismo en investigaciones en el ámbito que pretendíamos estudiar y su importante rol en las varias teorías abordadas, han sido incluídas en la presente investigación.

---

Con respecto a esta temática, compartimos la opinión de Glanz & Maddock (2000), cuando afirman que los modelos y teorías son de extrema utilidad porque proveen comprensión, enriquecen y complementan los conocimientos empíricos de las ciencias, como sucede en el caso de la Psicología de la Salud y de la Promoción de Salud. Consideramos que teoría y experiencia son indisociables, se nutren mutuamente y que la una permite el crecimiento de la otra en un proceso dinámico. Sin duda alguna, para nosotras la ciencia presenta una naturaleza acumulativa, es decir, cada nueva investigación permite desarrollar conocimientos basados en los conocimientos previamente existentes, ya sean éstos validados o refutados.

En la presencia de un abanico tan diverso de modelos o teorías surgió la cuestión: ¿Cuál será el más útil y adecuado a los objetivos de nuestro estudio? La respuesta no siempre resulta tan fácil como pudiera parecer. En el presente caso después de reflexionar sobre las teorías existentes, optamos por no seguir ninguna de ellas en su modelo integral, tal y como sugieren Noar & Zimmerman (2005, p. 280): “si un investigador cree que las teorías existentes son inapropiadas o incompletas, puede usar una extensión o conjugación de teorías existentes o incluso desarrollar una nueva teoría”. Ha sido éste el camino que hemos decidimos seguir.

Así mismo, hemos también aspirado en el apartado teórico a contextualizar la Promoción de la Salud desde una perspectiva teórica, comprobando que es un concepto complejo, que abarca una gran multiplicidad de áreas, profesionales y estrategias. Somos conscientes de que el ámbito de la Promoción de Salud no se limita a periodos del ciclo vital, a poblaciones determinadas o a contextos delimitados, aunque sí puede estar presente, de acuerdo a objetivos específicos, en cualquier situación o población, perteneciendo al dominio de todo el equipo de salud y reforzándose cuando es vista desde una perspectiva multidisciplinar. No obstante, la Atención Primaria es un contexto privilegiado para el

---

desarrollo de proyectos de Promoción de Salud y muy específicamente en el área de la Salud Materna, como hemos podido comprobar.

Al reflexionar sobre los aspectos que referimos a lo largo de toda la introducción, podemos concluir que:

- § Las interacciones que se dan entre los individuos, son procesos complejos mediados por numerosos factores: personales, situacionales y contextuales. Además, cada interacción es única e irrepetible y sus participantes comparten la responsabilidad de los fenómenos que en ella ocurren – es una construcción entre ambos.
- § El profesional de salud y particularmente el enfermero, debe ser consciente de la importancia que tiene la interacción que establece con el usuario, en el éxito de las estrategias de intervención que pretende utilizar. Además, debe considerar que cuando interactúa, están en “juego” aspectos relacionados con él mismo (sus valores, sus expectativas, experiencias anteriores, aspectos de su personalidad, etc.), aspectos del usuario, aspectos particulares de su relación con ese individuo y aspectos del entorno. Solo conociendo todas estas dimensiones, puede aprender a manejarlas adecuadamente, con el objetivo de utilizar estrategias de intervención, que logren los resultados deseados.
- § La consulta de enfermería a la embarazada en el contexto de Atención Primaria, es una intervención cualificada, que por su carácter episódico, de contactos repetidos y correlacionados, permite la creación y desarrollo de un proceso de interacción complejo – de una relación temática. La consulta de enfermería a la mujer embarazada, será así considerada, un proceso educacional y de asesoramiento, que transcurre en varias sesiones, por un período aproximado de 40 semanas.

---

§ La consulta de atención de salud a la embarazada es eminentemente una consulta de Promoción de Salud, donde el enfermero teniendo por base la interacción que establece con la embarazada, posee la responsabilidad de capacitar a la mujer, para que esta pueda vivir su embarazo en equilibrio. Esta capacitación, debe centrarse no solo en las estrategias de educación para la salud, sino también en el entrenamiento en una toma de decisiones responsable e informada, en aquellos aspectos relacionados con su salud, así como, en la optimización de todos sus recursos personales y del entorno.

Así, con base en el sistema conceptual sobre el cual reflexionamos, hicimos la planificación del estudio empírico. Puesto que aspirábamos a comprender la dinámica relacional entre enfermero y embarazada en un contexto particular – la Promoción de la Salud, hemos considerado que sería inevitable conocer y analizar la percepción de cada uno de los participantes, por lo que tuvimos la necesidad de definir dos grupos muestrales – uno de enfermeras y otro de embarazadas.

No obstante, el área de salud materna sea el ámbito de nuestro ejercicio profesional hace ya algunos años (pero en un contexto de cuidados de salud diferenciados), hemos verificado que, desconocíamos la realidad de la Atención Primaria en este ámbito y en esta región. Nos hemos así encontrado con varias limitaciones a la planificación que inicialmente habíamos formulado.

Hemos hallado en los Centros de Salud visitados una escasez de recursos humanos, particularmente de enfermeros especialistas en Salud Materna, constatando que para una población aproximada de 400 000 habitantes, con un importante índice de fertilidad, solo hemos encontrado tres enfermeros especialistas en el contexto de la práctica de los cuidados de salud. La misma carencia se identifica también para los equipos médicos y de otros profesionales. Verificamos además, que la población de mujeres que acorre a los

---

Centros de Salud pertenecen, en su gran mayoría, a un grupo sociocultural y económicao medio – bajo, pareciendo que las mujeres con mayor capacidad económica optán por hacer su vigilancia del embarazo en un médico privado. Opinamos que esta situación se relaciona con la confianza que los individuos tienen en el sistema de salud, en este caso con la falta de ella. Verificamos a lo largo de los últimos años un declinio de la confianza popular en el sistema de salud público, que en nuestra opinión no se relaciona necesariamente con los profesionales, no obstante compartimos la opinión de Gilson (2003) cuando afirma que mientras las instituciones que constituyen el sistema de salud sostienen la confianza de los individuos en los profesionales de salud, por otro lado las interacciones positivas con estos profesionales refuerzan la confianza del público en el sistema.

En este sentido, justificamos la búsqueda del sector privado por las mujeres embarazadas, con base en la mayor oferta de servicios que estos les proporcionan, específicamente los medios tecnológicos como la ultrasonografía (que puede ser realizada un mayor número de veces durante el embarazo, caso la mujer opte por el sector privado) y también en otro tipo de servicios como la preparación para el parto o para la maternidad. Además, creemos también que las mujeres sienten un mayor poder o control (no necesariamente real) cuando hacen su vigilancia de salud en el ámbito privado, pues como pagan, sienten que tienen derecho a un servicio de mayor calidad – pueden exigirlo. Consideramos que esta situación, genera potencialmente asimetrías sociales y que puede y debe ser corregida. Así, el servicio público de salud deberá en el futuro pasar de lo que ya es una realidad en el discurso teórico y político, a la práctica, desarrollando un servicio de salud moderno, competitivo, abierto y inductor de la participación de los individuos y competente para adaptarse a los cambios de las exigencias sociales.

Así y con respecto al estudio empírico, el primer abordaje al contexto a ser estudiado, se dio a través del contacto con 79 enfermeros ejerciendo funciones en los

---

Centros de Salud y que en algún momento, habían realizado consultas de salud materna, esta fue la muestra elegida para dar respuesta al primer objetivo, con el cual se pretendía desarrollar y validar una Escala de Calidad de la Interacción. En un segundo momento de la investigación el contacto se hizo con 20 enfermeras (de entre las 79 inicialmente identificadas) y 177 embarazadas, obteniéndose un total de 177 interacciones analizadas.

Relativamente al desarrollo de la Escala Calidad de la Interacción (ECI), esta fue construida según criterios racionales y teniendo por base la bibliografía relevante en esta área. Su versión inicial presentaba 35 ítems distribuidos por tres dimensiones. Después de los procedimientos estadísticos, durante los cuales, eliminamos algunos ítems que en esta primera evaluación presentaban correlaciones bajas, con el propósito de incrementar la consistencia de las subescalas del instrumento y también porque pretendíamos simultáneamente definir una versión abreviada de escala, quedamos, con una versión de 18 ítems que se ordenan en 3 dimensiones: Información en Salud, Soporte Afectivo y Competencia Profesional. Los ítems están estructurados en afirmaciones, acompañadas de una escala de Likert de 5 puntos de respuesta. La consistencia interna de la Escala Calidad de la Interacción en su versión abreviada de 18 ítems presenta un BUEN valor ( $\alpha$  de Cronbach = 0.89). En la opinión de Hill & Hill (2000) el valor del  $\alpha$  de Cronbach, encontrado por nosotras, responde a los criterios considerados necesarios para nos permitir afirmar que este instrumento es fiable por ser consistente.

La ECI en su versión abreviada de 18 ítems, presenta una buena validez de constructo, para llegar a esta conclusión nos basamos, en que a través del análisis estadístico obtuvimos un Buen valor de KMO que es una medida de adecuabilidad y que por su valor (KMO = 0.84) nos informa que es legítimo hacer el análisis factorial. A través del análisis factorial, verificamos la presencia de 4 factores que corresponden a 59.79% de la varianza

---

explicada. No encontramos en la bibliografía consultada instrumentos (validados para la población portuguesa) que permitiesen evaluar la validez convergente y / o discriminante.

Cuando en este trabajo definimos Calidad de la Interacción consideramos que era un concepto cercano al de satisfacción. Concordamos con Starfield (2001) cuando afirma que la satisfacción no es en si misma una medida de calidad, pero la satisfacción puede relacionarse de manera importante con la calidad. En este sentido, cuando evaluamos la relación entre la percepción que la enfermera tiene de la Calidad de la Interacción y la satisfacción percibida con relación a las consultas que realiza en este contexto, encontramos diferencias significativas, siendo que, las enfermeras que refieren estar satisfechas con las consultas presentan un valor medio para la puntuación en la ECI más elevado. La hipótesis que colocamos es que la Calidad de la Interacción discrimina entre las enfermeras que perciben menor o mayor nivel de satisfacción, con las consultas que realizan. Además en el segundo momento de investigación, cuando evaluamos situaciones de interacción específicas, observamos que surgen correlaciones significativas entre los valores para la Calidad de la Interacción en ambos participantes y la Satisfacción Global con la consulta, hecho que nos lleva a afirmar que la Calidad de la Interacción es un concepto cercano a la Satisfacción, pudiendo considerarse un buen indicador de la misma.

Verificamos la normalidad de la distribución de la variable Calidad de la Interacción con el test estadístico Kolmogorov – Smirnov y la homogeneidad de la varianza con el test de Levene, los resultados obtenidos nos permiten utilizar la estadística paramétrica, por lo que, procuramos relaciones entre variables y constatamos que existe relación significativa entre la Calidad de la Interacción percibida y la Satisfacción de las enfermeras con las consultas que realizan. Se verifica también una relación significativa entre la Calidad de la Interacción percibida y el local donde la enfermera trabaja, siendo que, el valor medio para la Calidad de la Interacción es mayor para la Sede de los Centros de Salud que para las

---

Extensiones (periferia). Creemos que este aspecto se puede relacionar con el hecho de que, de una forma general las enfermeras que trabajan en las Sedes tienen un contacto más próximo con las embarazadas, puesto que, gran parte de las extensiones se sitúan en zonas en las cuales las poblaciones son más envejecidas, presentando bajos porcentajes de mujeres en edad fértil. En esta primera evaluación, encontramos también relaciones significativas (correlaciones positivas) entre la edad, los años de profesión y la Calidad de la Interacción percibida en su Dimensión Apoyo Afectivo, justificamos este hallazgo en el sentido de que, las habilidades relacionales son las que exigen mayor madurez al individuo. Así, parece justificarse que las enfermeras con más edad y más años de profesión perciban el Soporte Afectivo que intercambian en sus relaciones, como siendo más positivo.

Así, la primera evaluación de la ECI como una herramienta que permite evaluar la interacción entre la enfermera y la embarazada en Atención Primaria, indicó niveles adecuados de consistencia interna y validez. El instrumento también aparentó discriminar entre enfermeras situadas en diferentes contextos, sea con relación a características intrínsecas al profesional (edad y años de profesión) o extrínsecas, relacionados con el entorno organizacional (localización del Centro de Salud).

No obstante lo anteriormente expuesto, los resultados de la presente investigación necesitan de ser interpretados a la luz de las limitaciones del estudio. Uno de los criterios importantes para evaluar la validez de construto es determinar la validez convergente y discriminante de un instrumento. La validez convergente y discriminante, se refiere a la medida en que la correlación del instrumento con otros instrumentos que miden el mismo concepto es mayor, que la correlación con los instrumentos que miden conceptos diferentes (Ribeiro, 1999). Consideramos que la validación de la escala Calidad de la Interacción, quedaría más exacta si hubiéramos recurrido a la determinación de este criterio, pero, en la bibliografía consultada en portugués no encontramos instrumentos que



---

se acercasen a este concepto. Sugerimos en una próxima oportunidad perfeccionar la validación de esta escala, estableciendo correlación con instrumentos adecuados.

Consideramos, como otra limitación de nuestro estudio, la dimensión de la muestra. Diferentes autores consideran que el proceso de validación de un instrumento tiene como una de sus exigencias, la necesidad de existir en la muestra, por lo menos, 5 individuos por cada ítem de la escala (Hill & Hill, 2000). Por las características de la población, no nos fue posible cumplir este criterio. En la provincia del Algarve la Atención Primaria tiene una acentuada escasez de enfermeros, que se agudiza cuando hablamos de vigilancia de salud del embarazo. Delante de estas circunstancias, teníamos disponibles apenas 106 enfermeros que prestan cuidados de salud a la embarazada y de estos, apenas 79 colaboraron en nuestra investigación. Dejamos aquí manifiesta, la intención de extender la muestra así que sea posible.

Aunque en el primer momento de la investigación hubieramos optado por retirar ítems que presentaban correlaciones bajas, en la aplicación posterior de la escala al segundo grupo de enfermeras y al grupo de embarazadas, decidimos incluir de nuevo el conjunto completo de ítems inicialmente formulados con el objetivo de acceder a la mayor cantidad de información posible. Tras la nueva aplicación del instrumento suprimimos, apenas, los ítems que presentaban correlaciones simultáneamente bajas en el grupo de enfermeras y en el grupo de embarazadas y quedamos con una medida de Calidad de la Interacción con 31 ítems y con buenos valores de consistencia interna para ambos grupos.

En el segundo momento de la investigación verificamos además que, la versión abreviada de la escala con 18 ítems que inicialmente habíamos hallado, presentaba para ambas muestras (enfermeras y embarazadas) valores adecuados de consistencia interna. Así, en el final obtuvimos dos versiones de la Escala de Calidad de la Interacción: una larga de 31 ítems y una versión abreviada de 18 ítems. Consideramos que esta última presenta

---

particular interés, cuando en el contexto de la investigación el tiempo para cumplimentar el cuestionario es una variable importante. La elección de la versión completa será prioritaria cuando los objetivos de la investigación incluyan acceder a la mayor amplitud de información posible. En este sentido la opción entre la escala abreviada o su versión completa se hará acorde a los objetivos de la investigación.

No obstante hayamos identificado tres dimensiones para la interacción, la ECI pretende evaluar la interacción en su globalidad, pues los aspectos que consideramos sus principales integrantes están profundamente interrelacionados y creemos que uno no existe sin el otro y cuando se verifica un incremento en uno de ellos en los otros también se verifican alteraciones, a pesar de eso, consideramos que puede ser útil analizar cada una de las dimensiones, para detallar la información obtenida, por la aplicación del instrumento. Queremos también realzar que, no todas las dimensiones de la escala presentan el mismo número de ítems, este aspecto fue intencional desde su inicial formulación, siendo que la dimensión que abarca más ítems es el Soporte Afectivo, siguiendose la Información en Salud y con un número de ítems significativamente inferior la dimensión de competencia profesional. Esta asimetría de los ítems en su distribución por las diferentes esferas del construto, se mantiene tanto en la la versión completa como en la versión abreviada. Esta repartición desigual se justifica por el énfasis que tratamos de dar a los aspectos relacionales y de establecimiento de una relación de proximidad entre el enfermero y la embarazada, pues consideramos que es este el primer paso para cualquiera estrategia de intervención posterior, específicamente par las estrategias de educación para la salud – es imperioso el desarrollo de una relación de confianza entre enfermero – embarazada, para que sea posible al profesional identificar las necesidades y expectativas de la mujer y para que esta pueda reconocer en el profesional el rol de educador y consejero.

---

Destacamos que relativamente a los ítems eliminados de la versión inicial para la versión de 31 ítems, estos se relacionan con dos pormenores que consideramos importantes resaltar en este momento y que pueden ser objeto de alteración en el contexto de la consulta de enfermería. Uno de los aspectos es el hecho de enfermero y embarazada se traten por su nombre. Con relación a este aspecto, en las entrevistas que tuvimos con las embarazadas, hemos constatado que muchas de ellas desconocían el nombre de la enfermera, aunque no fuera ese su primer contacto con la profesional en causa. Cuando intentamos comprender el por qué de esta situación, constatamos que un número importante de enfermeras no solía utilizar identificación en su uniforme, además su nombre tampoco aparecía en la puerta de su gabinete o en cualquier sitio de la sala de espera. Además, cuando inquirimos las mujeres y las enfermeras, constatamos que no es usual que en el primer contacto la enfermera se presente a la mujer. Consideramos esta una situación en la cual sería importante introducir cambios. Como ya anteriormente hemos subrayado, la componente analógica de la interacción entre dos personas transporta preciosos significados y frecuentemente un gesto “dice” más que muchas palabras, por lo tanto, creemos que sería sumamente importante en terminos del transcurso y resultado de la interacción, que el enfermero adoptase una actitud de invitación, levantandose de su silla que queda por detrás de su mesa y se acercara a la mujer le estendiera la mano y se presentase. Compartimos la opinión de Ceberio (2006) cuando afirma que la inmovilidad también comunica y cuando el enfermero permanece por detrás de su mesa, emite un mensaje de alejamiento e indisponibilidad, en contrapartida si intencionalmente se acerca de la persona que entra en su consulta, transmite un mensaje de disponibilidad para la interacción y para la cooperación, actitudes que consideramos fundamentales para el desarrollo de una relación positiva en este **contexto**.

No obstante, la relación o la interacción que ocurre entre el enfermero y el individuo, sean conceptos muchas veces de difícil mensuración, por su subjetividad y complejidad, compartimos la opinión de Watson (2002) cuando afirma que, los instrumentos desarrollados para evaluar estos aspectos, sirven como importantes indicadores de calidad de los cuidados. Además, permiten también, incrementar cualitativamente las prácticas de cuidados a través de la evaluación continua de sus resultados, evaluar las consecuencias de las buenas y malas prácticas para ambos participantes en el proceso y definir la especificidad de intervenciones en determinada área de actuación, identificando sus puntos fuertes y débiles. Sin embargo, queda para nosotras claro que los instrumentos que evalúan este tipo de conceptos son meros indicadores de un fenómeno que es complejo, nos proporcionan información y comprensión de una determinada dimensión, mas es difícil abarcar todos sus matices.

Relativamente a las características del grupo de enfermeras y con respecto a la variable edad, en el primer grupo, verificamos que las enfermeras inquiridas se distribuyen entre los 24 y los 60 años, siendo que, la media de edades encontrada fue de 39.2 años. Se señala que el 89.9 % presentan más de 31 años. Para el segundo grupo de enfermeras los datos son similares, siendo el valor medio encontrado para la edad incluso más elevado. Estos datos podrán ser justificados por la preferencia de los enfermeros recién diplomados por los cuidados de salud diferenciados, por el atractivo que ejercen sobre ellos las nuevas tecnologías y también por razones de orden económica. Consideramos también que, a los enfermeros que ejercen su profesión al nivel de la Atención Primaria, les es necesaria una plétora de conocimientos más amplia, no tan específica como en un contexto de cuidados de salud diferenciados, aspecto que se desarrolla con la madurez personal y profesional. Creemos que, por esta razón, los profesionales más jóvenes prefieren muchas veces

---

adquirir experiencia previamente en ambientes más específicos para posteriormente optar por los cuidados de salud primarios.

En lo relativo a los años de profesión, verificamos que el mayor porcentaje de la muestra se sitúa en el rango de los 10 a 15 años de ejercicio profesional, siendo que el mínimo encontrado fue de 2 años y el máximo de 33 años para el primer grupo y con un mínimo de 9 y un máximo de 30 en el segundo grupo. Verificamos que en las muestras inquiridas un grupo significativo de enfermeras, aproximadamente un 50%, ejercen funciones en el Centro de Salud hace menos de 7 años en el primer grupo y hace menos de 5 en el segundo. Este dato nos lleva a creer que no obstante, los enfermeros más jóvenes prefieran los cuidados de salud diferenciados, se nota en los últimos años una creciente búsqueda de los cuidados de salud en atención primaria y se verifica así, casi una renovación de los equipos.

Según el nivel de formación, verificamos que la gran mayoría (aproximadamente un 50%) posee el nivel Diplomatura. Aunque se ha venido a incentivar los enfermeros para que hagan el Complemento de Formación, que les permite acceder al grado académico de Licenciado, en el grupo de profesionales que participaron en esta investigación, se verifica un porcentaje elevado que aún no lo han hecho. Como explicación colocamos la hipótesis de que este hecho se relacione con el rango de edades y con los años de profesión, puesto que, son en su gran mayoría, jóvenes y con pocos años de ejercicio profesional, lo que en una evaluación curricular, no los beneficiará. Otro aspecto que queremos destacar y que ya atrás habíamos avanzado, es la carencia de enfermeros especialistas a trabajar en los cuidados de salud primarios, de esta forma tenemos apenas 8.9% de enfermeros con diferentes especialidades y cuando nos detenemos en la especialidad de obstetricia, para la población de 106 enfermeros que prestan cuidados de salud materna en los 16 Centros de Salud apenas 1.6% tienen esta especialidad. Esto se justifica dado el actual contexto de los

---

cuidados de salud en Portugal, donde se denota una insuficiencia de profesionales de salud que se acentúa cuando hablamos de especialistas, los que hacen su formación, en la gran mayoría de los casos, son ubicados en los hospitales.

En la segunda parte del trayecto de investigación contactamos, así, con 177 embarazadas. De las características sociodemográficas evaluadas, hay algunas que son especialmente relevantes. Verificamos que las mujeres inquiridas pertenecen a un nivel socioeconómico y cultural medio-bajo, observamos que un 53.7% de las mujeres están desempleadas o trabajan en empleos de baja cualificación y solo un 16.5% trabaja en una función especializada. Estos datos son concordantes con el informe publicado por el Instituto Nacional de Estadística (2006), donde se indica que el porcentaje de desempleo ha venido creciendo, atingiendo el 7.6% en el año 2005 y siendo más elevado en las mujeres con un 8.7% que en los hombres (6.7%), aspecto también concordante con los datos por nosotras obtenidos, pues para los compañeros de las mujeres inquiridas solo 30.1% estaban desempleados o tenían profesiones con baja cualificación. Pudimos también, apercernos que relativamente a la escolaridad un porcentaje importante de mujeres (el 65.5%) tenían apenas la escolaridad básica o la secundaria incompleta. Los datos encontrados para la muestra van acorde con los de la población portuguesa, según lo publicado por el Instituto Nacional de Estadística (2006) en el año 2004 el porcentaje de jóvenes con edades comprendidas entre los 20 y los 24 años que habían terminado el nivel secundario, fue inferior, comparativamente con la media de la Comunidad Europea, aproximadamente un 45% en Portugal contra un 77% en la Comunidad. Estos datos nos facultan informaciones importantes acerca de la vulnerabilidad de este grupo de sujetos. Las mujeres con quien contactamos y que representan un segmento más alargado e importante de la población, son sin duda alguna, un grupo prioritario en las intervenciones de Promoción de la Salud, además de su vulnerabilidad social y económica se encuentran en una fase particularmente sensible de sus vidas – el embarazo.

---

Como hemos venido a referir, consideramos el proceso de comunicación que se desarrolla entre la enfermera y la embarazada en un contexto de Atención Primaria un fenómeno complejo, en el cual intervienen diversas variables inherentes a cada uno de los individuos que participa en la interacción y también a aspectos exclusivos de aquella interacción que ocurre entre dos personas con características propias en un espacio y tiempo específicos.

Así, consideramos que, relativamente a la enfermera, aspectos socioprofesionales, como la edad, los años de ejercicio de la profesión, los años de ejercicio en el Centro de Salud, la percepción de rol y el nivel de formación, pueden estar relacionados con las características de la interacción que desarrolla con las embarazadas que frecuentan sus consultas. En este sentido y en la línea de lo que refieren Roter & Hall (1992), creemos que, el perfil del profesional de salud, en términos de contexto sociodemográfico, cultural, de personalidad, así como, de experiencia clínica, son aspectos relevantes para el tipo de cuidados de salud que serán practicados.

En este sentido buscamos la clarificación de estas posibles relaciones en nuestra muestra y verificamos que entre las variables socioprofesionales de la enfermera, los años de ejercicio en el Centro de Salud, es la variable con mayor importancia predictora para la Calidad de la Interacción en la evaluación de la enfermera. Este hecho lo justificamos con base en lo defendido por Benner (2000) cuando afirma que el aprendizaje experiencial es fundamental para que el enfermero se logre desarrollar profesionalmente y amplie sus competencias para ofrecer mejores cuidados a sus usuarios, además la experiencia es particularmente importante cuando desarrollada en contexto específico, por eso, nos parece que los datos refuerzan la idea de que más que los años de profesión los años de experiencia específica en contexto de atención primaria, amplían en el profesional sus

---

competencias específicas, que en este caso – de Atención Primaria y Promoción de la Salud, pasan particularmente por las competencias relacionales y educativas.

De entre las características del profesional de salud, resaltamos aquí también las variables de la personalidad y específicamente la Autoeficacia y el Locus de Control para la Salud, por que son variables que surgen en la literatura consistentemente asociadas a los comportamientos de salud. Compartimos la opinión de Ogden (1999) cuando afirma que los profesionales de salud tienen sus propias creencias sobre la salud y la enfermedad, creencias estas, que pueden variar, tanto cuanto, las de los usuarios y además, las creencias pueden ser comunicadas o percibidas por estos últimos, potencialmente influenciando las opciones de intervención y las conductas posteriores de los usuarios.

En la muestra de enfermeras verificamos que en el conjunto de variables de personalidad la que se destaca como predictora de la Calidad de la Interacción es el Locus de Control para la Salud en la subescala suerte. Este es un hallazgo que inicialmente nos sorprendió. Interpretamos aquí el Locus de Control Suerte como el Locus externo y justificamos los datos encontrados, en los cuales esta variable de personalidad presenta una relación directa con la variable independiente, entendiendo que el profesional con un Locus Externo tiende a responsabilizarse menos por los resultados de sus acciones, siendo, en nuestra opinión menos crítico, por lo que le será más fácil valorar la interacción de forma más positiva.

El objetivo de disminuir costes de los cuidados de salud y además intentando dar respuesta a las solicitudes cada vez mayores de las poblaciones en cuestiones de salud con recursos humanos cada vez más escasos, conlleva a que cada profesional de salud tenga que hacer cada vez más consultas en menos tiempo. Así, en la muestra en estudio verificamos que el total de consultas realizada por la enfermera surge como variable predictora, en el sentido negativo, para la Calidad de la Interacción en su evaluación. De



---

resaltar que más que el incremento del número total de consultas del mismo tipo parece influir la percepción de la enfermera el número total de todas las consultas. Este aspecto nos lleva a considerar que cuando la enfermera tiene un elevado número de consultas, pero que son del mismo ámbito (eg. de Salud Materna) parece no afectar de la misma forma sus interacciones con los usuarios como cuando el número elevado de consultas abarca varias áreas (Salud Materna, Salud Infantil, etc.).

Como muy bien lo identifica Starfield (2000) dos de las principales características de las interacciones que se instauran entre los individuos y los profesionales que los atienden en el contexto de la Atención Primaria de Salud son la amplitud y la profundidad. La amplitud porque son relaciones que se prolongan a lo largo del tiempo y la profundidad porque la amplitud de la relación permite que las dos personas (profesional y usuario) se conozcan profundamente. Creemos que estos aspectos asumen especial relevancia en el contexto de los cuidados de salud a la embarazada y particularmente en su relación con la enfermera, por todos los aspectos ya anteriormente referidos y que se relacionan con el particular rol de este profesional. A la medida que se conocen mejor, se espera que se entiendan mejor, que estén más atentos al otro y que sus percepciones de todos los aspectos de la consulta sean más concordantes.

En este contexto hemos verificado en nuestra investigación que la variable "discrepancia" para las evaluaciones de los participantes, es una variable que integra el modelo de variables predictoras tanto en el caso de la enfermera como para la embarazada, surgiendo negativamente relacionada con la variable Calidad de la Interacción.

La Educación para la Salud fue la otra variable identificada en el modelo de variables predictoras de la Calidad de la Interacción en la valoración de la enfermera, verificándose una relación directa entre las dos variables. En nuestra opinión, estos datos resaltan una vez más el rol central de la Educación para la Salud en este contexto, así,

---

consideramos que la enfermera estando sensible a este aspecto y a su importancia junto de la embarazada valora más la interacción establecida, cuando se reunieron las condiciones para abordar con más detalle los aspectos educativos de la consulta.

Este estudio nos ha facultado la posibilidad de profundizar conocimientos sobre el proceso de interacción que se dá entre la enfermera y la embarazada en un contexto de Promoción de la Salud. Uno de los aspectos particularmente interesante para nosotras, fue la posibilidad que tuvimos con este proyecto, de contactar directamente con todos los participantes, lo que permitió además de la recolección de la información expuesta en este trabajo, conocer muchos aspectos relacionados con la práctica de la Enfermería en este contexto y también diversas particularidades de las embarazadas que acuden al Centro de Salud. Con respecto al contacto con las enfermeras fue especialmente gratificante el hecho de que muchas de ellas refirieron que los contactos periódicos que manteniamos, las habían ayudado a reflexionar sobre varios aspectos relativos a la consulta de enfermería y sobre sus conductas.

De las variables inicialmente propuestas en el modelo teórico, fueron varias las que no presentaron en esta muestra relaciones significativas con la Calidad de la Interacción, además también verificamos que varias de las relaciones encontradas presentaban valores bajos. Relacionamos este hecho con la pequeña dimensión de las muestras. Esta es una de las principales limitaciones de nuestro estudio.

Para nosotras, es importante no abandonar la estructura inicial del modelo teórico que sugerimos y ampliar la gama de variables, específicamente de personalidad de los participantes, asistenciales y contextuales de la interacción. Sería también interesante ampliar las variables individuales de la enfermera al género, evaluando diferencias en terminos de la interacción con la embarazada según el género del enfermero.



## 6. CONCLUSIONES



En función de los resultados obtenidos en la presente investigación, presentamos las siguientes conclusiones:

§ La Escala Calidad de la Interacción es un instrumento con 31 ítems distribuidos en tres dimensiones, que fue desarrollada con el objetivo de evaluar la Interacción enfermera / embarazada en Atención Primaria. Creemos que en su versión final es un instrumento útil, apropiado, económico en términos de tiempo y energía necesaria para ser cumplimentado, de fácil interpretación y aceptación, permitiendo de esta forma acceder con relativa facilidad a un aspecto que consideramos cardinal en los Cuidados de Salud. El instrumento desarrollado es Fiable y Valido para evaluar el construto pretendido. Por sus características creemos ser un instrumento que puede ser utilizado en otros estudios de metodología cuantitativa en este contexto. Esta escala valora un aspecto de los cuidados de salud, que en nuestra opinión, es fundamental y que tiene una influencia evidente en otros aspectos, tales como: la satisfacción, tanto de los usuarios como de los profesionales de salud y en la adherencia a comportamientos de salud.

Consideramos así, haber alcanzado el *Objetivo 1* de esta investigación.

§ Con respecto a la Calidad de la Interacción en la evaluación de la enfermera, verificamos que esta se incrementa cuando: la enfermera tiene más edad, más años de ejercicio profesional, más años de ejercicio en el Centro de Salud, una mayor percepción de rol, posee el nivel de Licenciatura, presenta para el Locus de Control para la Salud una menor internalidad, interactúa con una mujer embarazada con menos hijos o en su primer embarazo, realiza consultas más largas, hace más

---

Educación para la Salud durante la consulta, conoce mejor la mujer con quien interactúa, hay una menor discordancia entre las evaluaciones para la Escala de Calidad de la Interacción entre ella y la embarazada, realiza menor número de consultas por parte del día y cuando el Centro de Salud donde realiza las consultas es central.

En el caso de la embarazada, constatamos que su evaluación de la Calidad de la Interacción se incrementa cuando: presenta una mayor percepción de Autoeficacia, una mayor internalidad para el Locus de Control para la Salud, atiende a consultas más largas y en ellas se realiza más Educación para la Salud, cuando la enfermera con quien interactúa la conoce mejor y ha tenido con ella mayor número de contactos previos, hay una menor discordancia entre las evaluaciones para la Escala de Calidad de la Interacción entre ella y la enfermera y cuando la enfermera con quien interactúa realiza menor número de consultas en ese día.

Verificamos que existen diferencias para enfermera y embarazada con relación a las variables que se relacionan con la Calidad de la Interacción percibida, para cada una de ellas. No obstante hay variables comunes para ambos participantes, son ellas: el número total de consultas realizadas por la enfermera, la duración de la consulta, la Educación para la Salud realizada durante la misma, el conocimiento que la enfermera tiene de la mujer y la discrepancia para las percepciones relativas a la interacción.

Consideramos así, haber alcanzado el *Objetivo 2* de esta investigación.

§ En el modelo de variables predictoras para la Calidad de la Interacción en la evaluación de la enfermera, identificamos: los años de ejercicio en el Centro de Salud, el Locus de Control para la Salud de la enfermera en su subescala externa

Suerte, el número total de consultas realizadas, la discrepancia entre las evaluaciones de los participantes relativamente a la interacción desarrollada, la Educación para la Salud llevada a cabo en el decurso de la consulta y el número de hijos de la embarazada.

Para la Calidad de la Interacción en la apreciación de la embarazada, identificamos en el modelo de variables predictoras: la discrepancia para las evaluaciones de los participantes relativamente a la interacción desarrollada, la Educación para la Salud realizada durante la consulta, los contactos previos con la enfermera y la duración de la consulta.

Constatamos que el modelo de variables predictoras es diferente para cada una de las participantes en la interacción. La embarazada parece ubicarse especialmente en las variables contextuales de la interacción, en contrapartida para la enfermera la amplitud de variables es mayor, abarcando además de las variables contextuales de la interacción, variables asistenciales, de su personalidad, socioprofesionales y sociodemográficas de la embarazada.

Consideramos así, haber alcanzado el *Objetivo 3* de esta investigación.





## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Abood, D. A., Black, D. R. & Feral, D. (2003). Nutrition education worksite intervention for university staff: application of the health belief model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 35 (5), 260 – 267.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Decision Processes*, 50, 179 – 211.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27 – 58.
- Ajzen, I., Bamberg, S. & Schmidt, P. (2003). Choice of travel mode in the Theory of Planned Behavior: the roles of past behavior, habit and reasoned action. *Basic and Applied Social Psychology*, 25 (3), 175 – 187.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6.<sup>a</sup> ed.). New York: Macmillan Publishing Company.
- Armitage, C. J. (2005). Can the Theory of Planned Behavior predict the maintenance of physical activity? *Health Psychology*, 24 (3), 235 – 245.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191 – 216.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997a). Self-efficacy and health behaviour. In A. Baun, S. Newman, J. Weinman, R. West, C. McManus (Eds.) *Cambridge handbook of Psychology, Health and Medicine*. United Kingdom: Cambridge University Press.

- 
- Bandura, A. (1997b). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Banyard, P. (1996). *Applying Psychology to health*. London: Hodder & Stoughton.
- Barber, J., Axinn, W. & Thornton, A. (1999). Unwanted childbearing, health and mother-child relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 231 – 257.
- Barros, J. H., Barros, A. M. & Neto, F. (1993). *Psicologia do controlo pessoal. Aplicações educacionais, clínicas e sociais*. Braga: Instituto de Educação – Universidade do Minho.
- Bear, M. & Holcomb, L. (1999). The client encounter form: Conceptual development, reliability analysis, and clinical applications. *Public Health Nursing* 16 (2), 79 – 86.
- Becker, M., Maiman, L., Kirscht, J., Haefner, D. P. & Drachman, R. H. (1977). The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18 (4), 348 – 366.
- Benner, P. (2000). The Wisdom of our practice. *American Journal of Nursing*, 100 (10), 99 – 105.
- Bennet, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Berlo, D.K. (2003). *O processo da comunicação. Introdução à teoria e à pratica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Berscheid, E. (1986). Emotional experience in close relationships: some implications for child development. In W.W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development* (pp. 135-166). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Boer, H. & Seydel, E. (1996). Protection Motivation Theory. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 95 – 120). USA: Open University Press.

- 
- Braman, A. & Gomez, R. (2004). Patient personality predicts preference for relationships with doctors. *Personality and Individual Differences*, 37, 815 – 826.
- Brow, J.S., Davey, M. & Bruinsma, F. (2005). Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian survey of recent mothers 2000. *Midwifery*, 21, 109 – 126.
- Cabrero, J., Richart, M. & Reig, A. (1993). Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado. Empleo de una matriz multirrasgo – multimétodo reducida. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 405 – 418.
- Calado, B., Silva, L. & Guerreiro, D. (1997). Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal. Identificação das barreiras (resultados parcelares). *Saúde em Números*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Canavarro M. C. S. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental. Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*, (pp. 17 – 49), Coimbra: Quarteto Editora.
- Carreño, J., Vyhmeister, G., Grau, L. & Ivanovic, D. (2006). A health promotion programme in Adventist and non-Adventist women based on Pender's model: a pilot study. *Public Health*, 120, 346 – 355.
- Carter, K. F. & Kulbok, P. (1995). Evaluation of the Interaction Model of Client Health Behavior through the first decade of research. *Advances on Nursing Sciences*, 18 (1), 62 – 73.
- Ceberio, M. R. (2006). *La buena comunicación. Las posibilidades de la interacción humana*. Barcelona: Paidós.

- 
- Cerdeira, J. P. & Palenzuela, D. L. (1998). Expectativas de auto-eficácia percebida: versão portuguesa de uma escala específica para situações académicas. *Revista Portuguesa de Educação*, 11, 103 – 112.
- Ciechanowski, P.S., Katon, W.J., Russo, J.E. & Walker, E.A. (2001). The patient – provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *American Journal of Psychiatry*, 158, 29 – 35.
- Cleary, M. & Edwards, C. (1999). Something always comes up: nurse – patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 469 – 477.
- Coates, C. J. (1997). The caring efficacy scale: Nurses' self-reports of caring in practice settings. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3 (1), 53 – 59.
- Conner, M., Norman, P. & Bell, R. (2002). The Theory of Planned Behavior and Healthy Eating. *Health Psychology*, 21 (2), 194 – 201.
- Cossete, S., Cara, C., Ricard, N. & Pepin J. (2005). Assessing nurse – patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse – Patient Interactions Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 673 – 686.
- Courtney R. & Rice, C. (1997). Investigation of nurse practitioner interactions: Using de nurse practitioner rating form. *The nurse practitioner*, 22 (2), 46 – 65.
- Cox C. & Roghmann, K. (1984). Empirical test of the interaction model of client health behaviour. *Research in Nursing and Health*, 7, 275 – 285.
- Cox C. (1982). An Interaction Model of Client Health Behavior: Theoretical prescription for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5 (1), 41 – 56.

- 
- Cox C. (2003). A model of health behaviour to guide studies of childhood cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 30 (5), 92 – 99.
- Cronin, S.N. & Harrison, B. (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart & Lung: Journal of Critical Care* 17 (4), 374 – 380.
- Davidoff, F. (1997). Time. *Annals of Internal Medicine*, 127 (6), 483 – 485.
- Dela Coleta, M. F.(2005). Locus de Controle e saúde. In M. F. Dela Coleta (org.).*Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde* (pp. 199 – 233). Taubaté: Cabral Editora.
- Delvaux, T., Buekens, P., Godin, I. & Boutsen, M. (2001). Barriers to Prenatal Care in Europe. *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (1), 52 – 59.
- DiNapoli, P. P. (2003). The utility of Cox's Interaction Model to direct the assessment and prevention of adolescent aggression. *Journal of Pediatric Nursing*, 18 (1), 30 – 35.
- Direcção-Geral de Saúde. (2005b). Direcção de Serviços de Informação e Análise. Divisão de Estatística. *Centros de Saúde e Hospitais: recursos e produção do SNS. Ano 2004*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Duffy, J. (1992). The impact of nurse caring on patient outcomes. In D. Gaut (Ed.), *The Presence of Caring in Nursing* (pp. 113 – 136). New York: NLN
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician – patient relationship. *JAMA*, 267 (16), 2221 – 2226.
- Fanelli, G. (1977). Locus of control. In S. Ball. *Educational Psychology. Motivation in Education*. New York: Academic Press.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.



- 
- Galassi, J. P., Shanberg, R. & Ware, W. (1992). The patient reactions assessment: a brief measure of the quality of the patient – provider medical relationship. *Psychological Assessment*, 4 (3), 346 – 351.
- García, G.L., Fons, L.R., García, M.J.G. & Gervás, J. (1989). Consulta de enfermería en atención primaria. *Revista Rol de Enfermería*, 136, 15 – 18.
- Glanz K. & Maddock, J. (2000). On judging models and theories: research and practice, psychology and public health. *Journal of Health Psychology*, 5 (2), 151 – 154.
- Godoy J. F. (1999). Psicología de la Salud: delimitación conceptual. In Simón M. (ed.) (1999). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva, 39 – 76
- Greening, L. & Stoppelbein, L. (2000). Young drivers' health attitudes and intentions to drink and drive. *Journal of Adolescent Health*, 27, 94 – 101.
- Grunfeld, E. A. (2004). What influences university students' intentions to practice safe sun exposure behaviours? *Journal of Adolescent Health*, 35 (6), 486 – 492.
- Gutek, B.A. (1995). *The dynamics of service: reflections on the changing nature of customer / provider interactions*. San Francisco: Jossey – Bass.
- Gutek, B.A., Bhappu, A.D., Liao-Troth, M.A. & Cherry, B. (1999). Distinguishing between service relationships and encounters. *Journal of Applied Psychology*, 84 (2), 218 – 233.
- Gutek, B.A., Cherry B., Bhappu, A., Schneider, S. & Woolf, L. (2000). Features of service. Relationships and encounters. *Work and Occupations*, 27 (3), 319 – 351.
- Habermas, J. (1996). *Racionalidade e comunicação*. Lisboa: Edições 70.
- Hall, E. T. (1959). *The silent language*. New York: Fawcett Crest.

- 
- Hansenne, M. (2004). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi.
- Harmsen, J.A.M., Bersen, R.M.D., Meeuwesen, L., Pinto, D. & Bruijnzeels, M.A. (2005). Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: development and validation of a mutual understanding scale (MUS) in a multicultural general practice setting. *Patient Education and Counselling*, 59 (2), 171 – 181.
- Harrison, E. (1995). Nurse caring and the new health care paradigm. *Journal of Nursing Care Quality*, 9 (4), 14 – 23.
- Helmes, A. W. (2002). Application of the protection Motivation Theory to genetic testing for breast cancer risk. *Preventive Medicine*, 35 (5), 453 – 462.
- Hesbeen W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Camarate: Lusociência.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hinde, R. A. (1979). *Towards understanding relationships*. New York: Academic Press.
- Hinde, R. A. (1997). *Relationships: a dialectical perspective*. UK: Psychology Press.
- Hinds, P (1988). The relationship of nurses' caring behaviors with hopefulness and health care outcomes in adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2 (1), 21 – 29.
- Holden, G. (1991). The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health related outcomes: A meta-analysis. *Social Work in Health Care*, 16 (1), 53 – 93.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Hui, E. C. (2005). The centrality of patient – physician relationship to medical professionalism: an ethical evaluation of some contemporary models. *Hong Kong Medical Journal*, 11 (3), 222 – 223.
- Instituto Nacional de Estatística (2005a). *Estatísticas da Saúde*. Lisboa: INE

- 
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Estatísticas Demográficas*. Lisboa: INE
- Kasl, S. V. & Cobb, S. (1966). Health behaviour, illness behaviour and sick role behaviour. *Archives of Environmental and Health*, 12, 246 – 266.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York: John Wiley.
- King, I.M. (1989). King's general systems framework and theory. In J.P. Riehl-Sisca (Ed.), *Conceptual models for nursing practice*, 3<sup>rd</sup> ed. (pp. 149-158). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Koo, M., Krass, I. & Aslani, P. (2006). Enhancing patient education about medicines: factors influencing reading and seeking of written medicine information. *Health Expectations*, 9 (2), 174 – 187.
- Kreps, G. L. (1988). The pervasive role of information in health and health care: implications for health communications policy. In: Anderson J. editor. *Communication yearbook*, vol. 11 Newbury Park, CA: Sage.
- Kreps, G. L., Arora, N.K. & Nelson, D. (2003). Consumer / provider communication research: directions for development. *Patient Education and Counselling*, 50, 3 – 4.
- Kuteev-Moreira, J. P. (2004). Comunicação em saúde e marketing social. In Carina Ferreira-Borges & Hilson Cunha Filho (Coord.) *Aconselhamento. Usos, abusos e dependências*. Lisboa: Climepsi.
- La Monica, E. L., Oberst, M. T., Madea, A. R. & Wolf, R. M. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing and Health*, 9, 43 – 50.
- Larson, P.J. & Ferketich, S.L. (1993). Patient's satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *Western Journal of Nursing Research* 15 (6), 690 – 707.
- Larson, P.J. (1984). Important nurse caring behaviours perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 11, 46 – 50.
-

- 
- Latham, C. P. (1996). Predictors of patient outcomes following interaction with nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 18 (5), 548 – 564.
- Leininger, M. M. (1979). *Transcultural Nursing*. New York: Masson International Nursing Publications.
- Levenson, H. (1973a). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41 (3), 397 – 404.
- Levenson, H. (1973b). Perceived parental antecedents of internal, powerful others and chance locus of control orientations. *Developmental Psychology*, 9 (2), 268 – 274.
- Levenson, H. (1974). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397 – 404.
- Levenson, H., Miller, J. (1976). Multidimensional Locus of Control in Sociopolitical Activists of Conservative and Liberal Ideologies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33 (2), 199 – 208.
- Levinson, R. A. (1996). Contraceptive self-efficacy: a perspective on teenage girls contraceptive behaviour. *Journal of Sex Research*, 22, 347 – 369.
- Lewis, M. (1988). Social development in infancy and early childhood. In J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 419-493). New York: John Wiley and Sons.
- Linde, J. A., Rothman, A. J., Baldwin, A. S. & Jeffery, R. W. (2006). The impact of Self-Efficacy on behaviour change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychology*, 25 (3), 282 – 291.
- Luszczynska, A., Gibbons, F., Piko, B. & Tekozel, M. (2004). Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: a comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19 (5), 577 – 593.

- 
- Machado, M. H. (2005). Assistência pré-natal. In L. M. Graça. Medicina Materno – Fetal. 3ªed. Lisboa: Lidel.
- Maddux, J. E. & Rogers, R. W. (1983). Protection Motivation and Self-Efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469 – 479.
- Malone, R. E. (2003). Distal Nursing. *Social Science & Medicine*, 56, 2317 – 2326.
- Marc E. & Picard, D. (1992). La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación. Barcelona: PAIDOS
- Marín, J. R. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Märki, A., Bauer, G. F., Nigg, C. R., Conca-Zeller, A. & Gehring, T. (2006). Transtheoretical Model – based exercise counseling for older adults in Switzerland: quantitative results over a 1 – year period. *Social and Preventive Medicine*, 51 (5), 273 – 280.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioural health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37 (1), 1 – 14.
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioural health: a 1990's challenge for the health sciences professions. In J.D. Matarazzo, N. E. Miller, S.M. Weiss & J. A. Hera (Eds.), *Behavioural Health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3 – 40). New York: John Wiley
- Mbizvo, M. T., Bonduelle, M. M. J., Chadzuka, G., Lindmark, G. & Nystrom, L. (1997). Unplanned pregnancies in Harare: what are the social and sexual determinants? *Social Science and Medicine*, 45 (6), 937 – 942.

- 
- McDaniel, A. (1990). The Caring process in nursing: Two instruments for measuring caring behaviors. In O. Strickland & C. Waltz (Eds.), *Measurement of Nursing Outcomes* (pp. 17 – 27). New York: Springer.
- Merkouris, A., Papathanassoglou, E.D.E. & Lemonidou, C. (2004). Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *International Journal of Nursing Studies*, 41, 355 – 367.
- Ministério da Saúde. (1993). *Vigilância pré-natal e revisão do puerpério. Orientações Técnicas.* Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar. 2ª ed. Revista. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministerio da Saúde. (2006). Instituto de Gestão Informática e Financiera da saúde. Departamento de Consolidação e Controlo de Gestão. *Estatística do movimento assistencial dos Centros de Saúde em 2005.* Lisboa: IGIF.
- Moore, K. J. (2002). A Productivity Primer. *Family Practice Management*, May, 9 (5), 72 – 73.
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorf, J. L. & Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science* 13 (1), 1 – 14.
- Murphy, K. & Davdshofer, C. (1998). *Psychological testing: principles and applications* (4ª ed.). Nova Jérсия: Prentice – Hall International, Inc.
- Nkongho, N. (1990). The Caring Ability Inventory. In O. Strickland & C. Waltz (Eds.), *Measurement of Nursing Outcomes* (pp. 3 – 16). New York: Springer.
- Noar, S. M. & Zimmerman, R. S. (2005). Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviours: are we moving in the right direction? *Health Education Research: Theory and Practice*, 20 (3), 275 – 290.
- Norman, P. & Bennett, P. (1996). Health locus of control. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 62 – 94). USA: Open University Press.

- 
- Nyberg, J. (1990). The effects of care and economics on nursing practice. *Journal of Nursing Administration*. 20 (5), 13 – 18.
- O’Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: behavioural and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 229 – 245.
- Oddens, B. J. (1997). Determinants of contraceptive use among women of reproductive age in Great Britain and Germany. Psychological factors. *Journal of Biosocial Science*, 29, 437 – 470.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). Conselho de Enfermagem. Do caminho percorrido e das propostas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organización Mundial de la Salud (2005a). Relatório Mundial da Saúde 2005. Para que todas as mães e crianças contem. Genebra: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2005b). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en el mundo globalizado. Genebra: World Health Organization
- Organización Mundial de la Salud (1994). Division of Family Health. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Mother – Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. Practical Guide. Geneva: WHO.
- Organización Mundial de la Salud (1998). Division of Health Promotion, Education and Communication. Health Education and Health Promotion Unit. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO.
- Pender, N. J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk, CT: Appleton – Century – Crofts.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3ª Ed. Stamford, CT: Appleton & Lange.

- 
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*.  
4ª Ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*.  
5ª Ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall
- Pepin, J., (1992). Family caring and caring in nursing. *Image – The Journal of Nursing Scholarship* 24 (2), 127 – 131.
- Peplau, H. E. (1993). *Relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson – Salvat Enfermería.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Piazza, J., Conrad, K. & Wilbur, J. (2001). Exercise behaviour among female occupational health nurses. Influence of self efficacy, perceived health control and age. *American Association of Occupational Health Nurses*, 49 (2), 79 – 86.
- Piña, J. A. (1991). Alternativa conductual sobre salud: justificación para el cambio conceptual. *Revista de Psicología de la Salud*, 3 (1), 45 – 54.
- Platt, J. & Eisenman, R. (1968). Internal – external control of reinforcement, time – perspective, adjustment and anxiety. *Journal of General Psychology*, 79, 121 – 128.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem (3ª ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portugal (1991). Despacho 1/91 de 2 de Fevereiro. Gabinete do Secretario de Estado Adjunto do Ministro.
- Portugal, L. (1999). *Promoção da Saúde e prevenção da doença*. In Portugal. *A Saúde da Mulher*. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde.



- 
- Prapavessis, H., Maddison, M. & Brading, F. (2004). Understanding exercise behaviour among New Zealand Adolescents: A test of the Transtheoretical Model. *Journal of Adolescent Health*, 35 (2), 17 – 27.
- Presidência do Conselho de Ministros (2005). *Estatísticas da Imigração*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.
- Prochaska, J. O. (2006). Is Social Cognitive Theory becoming a Transtheoretical Model? A comment on Dijkstra. *Addiction*, 101, 915 – 917.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 (3), 276 – 288.
- Prochaska, J. O. & Prochaska, J. M. (1999). Why don't continents move? Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration*, 9 (1), 83 – 102.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47 (9), 1102 – 1114.
- Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. *Avaliação Psicológica: Formas e contextos*, 3, 163 – 176.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA, 444pp.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Robinson, C. H. & Thomas, S. (2004). The interaction Model of Client Health Behavior as a conceptual guide in the explanation of children's health behaviors. *Public Health Nursing*, 21 (1), 73 – 84.
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde. Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
-

- 
- Rodriguez, M. D., Olmedo, G. M., Cavanilhas, A. B. & Vargas, R. G. (1997). Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care. *Preventive Medicine*, 26, 834 – 838.
- Rodriguez-Rosero, J. E., Ferriani, M. G. C., Dela Coleta, M. F. (2002). Escala de Locus de Controle da Saúde – MHLC: Estudos de validação. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10 (2), 179 – 184.
- Rogers, R. W. (1975). A Protection Motivation Theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93 – 114.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 1 – 8.
- Rosenstock, I. M. (1988). Enhancing patient compliance with health recommendations. *Journal of Pediatric Health Care*, 2, 67 – 72.
- Roter, D.L. & Hall, J.A. (1992). Doctors talking with patients / patients talking with doctors. Improving communication in medical visits. Westport: Auburn House.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice – Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1, Whole No. 609).
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (1), 56 – 67.
- Rotter, J. B., Mulry, R. C. (1965). Internal versus external control of reinforcement and decision time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2 (4), 598 – 604.

- 
- Rubio, J. M. L. & Anzano, S. M. (2002). *Psicología Social de la Salud. Fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social.
- Salabarría-Peña, Y., Lee, J. W., Montgomery, S. B., Hopp, H. W. & Muralles, A. A. (2003). Determinants of female and male condom use among immigrant women of Central American descent. *AIDS and Behavior*, 7 (2), 163 – 174.
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S. & Schwarzer, R. (2002). Is general self – efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (3), 242 – 251.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 163 – 196), USA: Open University Press.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Eds.), *Self-efficacy: Through control of action* (pp. 217 – 243), Washington, DC: Hemisphere.
- Sheeran, P. & Abraham, C. (1996). The Health Belief Model. In Mark Conner y Paul Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour* (pp. 23 – 61), Buckingham: Open University Press.
- Sherer, M., Madux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663 – 671.
- Slade, P., Laxton-Kane, M. & Spiby, H. (2006). Smoking in pregnancy: the role of the Transtheoretical Model and the mother's attachment to the fetus. *Addictive Behaviors*, 31, 743 – 757.
- Starfield, B. (2001). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson.

- 
- Steine, S., Arnstein, F. & Laerum, E. (2001). A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Family Practice*, 18 (4), 410-418.
- Sun, X., Guo, Y., Wang, S. & Sun, J. (2006). Prediction iron-fortified soy sauce consumption intention: Application of the Theory of Planned Behavior and Health Belief Model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 38 (5), 276 – 285.
- Swanson, K. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: a path analysis based on the Lazarus paradigm. *Journal of Women's Health & Gender – Based Medicine*, 9 (2), 191 – 206.
- Tubbs, S. L. & Moss S. (2003). *Human Communication. Principles and Contexts*. New York: McGraw Hill.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1987). The health – promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36 (2), 76 – 81.
- Wallston, K. A., Kaplan, G. D. & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44 (4), 580 – 585.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., De Vellis R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control scales. *Health Education Monographs*, 6, 161 – 170.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of caring*. Boston: Little Brown
- Watson, J. (2002). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York: Springer.

- 
- Watson, R. & Lea, A. (1997). The caring dimensions inventory (CDI). Content, validity, reliability and scaling. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 87 – 94.
- Watzlawick, P., Beavin J. H. & Jackson, D.D. (1967). *Pragmática da comunicação humana. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Weinman, J. (1990). Convicções e comportamento na saúde e na doença. *Nursing*, 28, 31 – 34.
- Williams, A., Wold, J., Dunkin, J., Idleman, L. & Jackson, C. (2004). CVD prevention strategies with urban and rural African American Women. *Applied Nursing Research*, 17 (3), 187 – 194.
- Williams-Piehot, P., Schneider, T., Pizarro, J., Mowad, L. & Salovey, P. (2004). Matching health messages to health locus of control beliefs for promoting mammography utilization. *Psychology and Health*, 19 (4), 407 – 423.
- Witte, L., Shoot, T. & Proot, I. (2006). Development of the client – centred care questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (1), 62 – 68.
- Wolf, Z.R. (1986). The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing*, 8 (2), 84 – 93.
- Wolf, Z.R., Giardino, E.R., Osborne, P.A. & Ambrose, M.S. (1994). Dimensions of nurse caring. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 107 – 111.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 56, 1453 – 1468.



ANEXOS





ANEXO I

BATERÍA DE PRUEBAS



---



---

**ENTREVISTA AL PRIMER GRUPO DE ENFERMERAS**


---

Código. Enfermeira £ £ £ Centro de Saúde £ £

1.

1.1. Idade \_\_\_\_\_

1.2. Anos de Profissão \_\_\_\_\_

1.3. Anos a exercer funções no Centro de Saúde \_\_\_\_\_

1.4. Nível de Formação \_\_\_\_\_

2. Sente-se satisfeita com as consultas de enfermagem que realiza na vigilância de saúde da grávida?

Sim £

Não £

2.1. Se respondeu NÃO, que mudaria? (dê até 3 exemplos)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

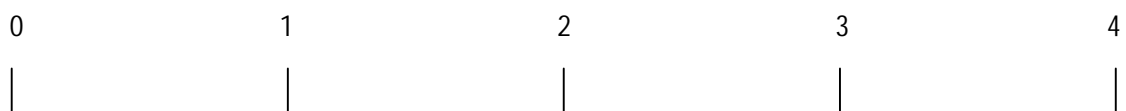
\_\_\_\_\_

3. Gostaríamos que pensando na Consulta de Enfermagem de Saúde Materna que realiza no Centro de Saúde onde trabalha, responda às seguintes questões:

3.1. Na sua opinião, a organização onde trabalha considera a consulta de enfermagem de saúde materna:

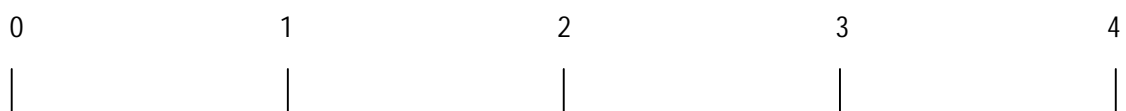
0	1	2	3	4
-----				
Prescindível	Pouco Necessária	Indiferente	Muito Necessária	Imprescindível

3.2. Na sua opinião, a grávida considera a consulta de enfermagem de saúde materna:



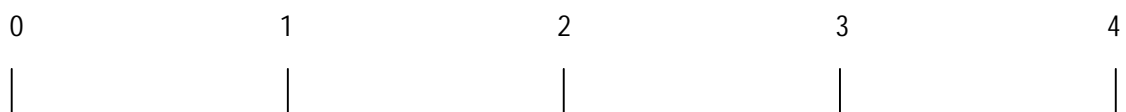
Prescindível	Pouco Necessária	Indiferente	Muito Necessária	Imprescindível
--------------	---------------------	-------------	---------------------	----------------

3.3. Para si, tal como está organizada actualmente, a consulta de saúde materna é:



Prescindível	Pouco Necessária	Indiferente	Muito Necessária	Imprescindível
--------------	---------------------	-------------	---------------------	----------------

3.4. Na sua opinião, o médico considera a consulta de enfermagem de saúde materna:



Prescindível	Pouco Necessária	Indiferente	Muito Necessária	Imprescindível
--------------	---------------------	-------------	---------------------	----------------

4. Considera que a consulta de enfermagem de saúde materna está organizada da melhor forma possível?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Não necessita nenhuma alteração       | £ |
| Modificaría alguns aspectos           | £ |
| Modificaría muitos aspectos           | £ |
| Devería ser completamente reformulada | £ |



---

**ENTREVISTA AL SEGUNDO GRUPO DE ENFERMERAS**


---

Código. Enfermeira £ £ Grávida £ £ Centro de Saúde £ £

1. Pedimos-lhe que pense na mulher que saiu da consulta e que tente recordar-se de:
  - a. Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_ não recordo £
  - b. Quantas vezes esteve grávida? \_\_\_\_\_ não recordo £
  - c. Quantas semanas tem de gravidez? \_\_\_\_\_ não recordo £
  - d. Esta mulher vem com regularidade às consultas?
 

Sim £	Não £	Não recordo £
-------	-------	---------------
  - e. A grávida costuma vir às consultas:
 

Sempre só £	Às vezes acompanhada £	Sempre acompanhada £	Não recordo £
-------------	------------------------	----------------------	---------------
  - f. Quando vem acompanhada, a pessoa que a acompanha é:
 

O seu companheiro	£
A sua mãe	£
Uma amiga	£
Outra	£ Quem? _____
  - g. A gravidez actual foi para esta mulher:
 

Intencional £	Imprevista £	Não sei £
---------------	--------------	-----------
  - h. Considera que a gravidez desta mulher decorre:
 

Com normalidade £	Com mais complicações do que é habitual £
-------------------	---
  - i. Além do Centro de Saúde esta mulher vai a outro médico privado?
 

Sim £	Não £	Não sei £
-------	-------	-----------
2. Por favor pense agora na consulta que teve. Depois de ler com atenção cada questão, assinale a resposta que está mais de acordo com a sua opinião (S)
  - a. Foi o primeiro contacto que teve com esta grávida?
 

Sim £	Não £	Não recordo £
-------	-------	---------------
  - b. Se não foi o primeiro contacto, aproximadamente quantas vezes já contactou com esta mulher?
 

2 a 4 vezes £	5 a 7 vezes £	Mais de 8 vezes £
---------------	---------------	-------------------
  - c. Se não foi o primeiro contacto, reconheceu esta mulher e recordou a sua situação?
 

Sim £	Não £
-------	-------

d. Quando esta mulher vem ao Centro de Saúde para vigiar a sua gravidez é atendida pela mesma enfermeira?

Sempre	£
Quase Sempre	£
Às vezes	£
Raramente	£
Nunca	£

e. A consulta de hoje com esta grávida demorou:

Menos de 10 minutos £                      De 10 a 20 minutos £                      Mais de 20 minutos £

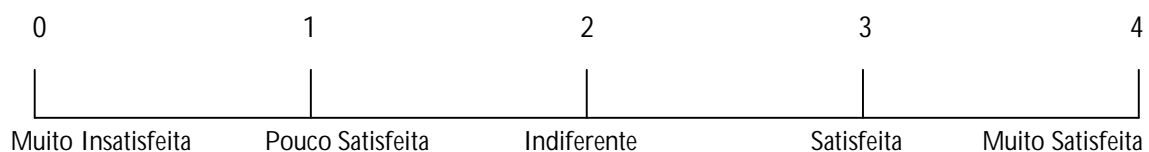
3. Estamos interessados em saber se você e a grávida falaram de alguns assuntos hoje ou em consultas anteriores. Dos temas que se seguem assinale o /os que foram abordados na consulta.

	Na consulta de hoje	Em consulta anterior
a. Alterações fisiológicas da gravidez	£	£
b. Vigilância de saúde pré-natal	£	£
c. Repouso	£	£
d. Actividade sexual	£	£
e. Desconfortos da gravidez	£	£
f. Desenvolvimento fetal	£	£
g. Aleitamento materno	£	£
h. Preparação para o parto	£	£
i. Sintomatologia relativa ao trabalho de parto	£	£
j. Puerperio	£	£

4. Considera que ter informação sobre a sua gravidez e como manter-se saudável é para esta mulher:

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| a. Muito importante         | £ |
| b. Importante               | £ |
| c. Pouco importante         | £ |
| d. Sem qualquer importancia | £ |

5. De uma forma geral posso dizer que a consulta de hoje com esta grávida me deixou:



## ENTREVISTA AL GRUPO DE EMBARAZADAS

Código. Enfermeira £ £ Grávida £ £ Centro de Saúde £ £

1.
  - a. Idade \_\_\_\_\_
  - b. Profissão \_\_\_\_\_
  - c. Habilitações Literárias \_\_\_\_\_
  - d. Profissão do companheiro \_\_\_\_\_
  - e. Estado civil \_\_\_\_\_
  - f. Com quem vive? \_\_\_\_\_
  - g. Como considera o seu rendimento mensal?
 

Insuficiente £	Suficiente £	Bom £	Muito Bom £
----------------	--------------	-------	-------------
  
2.
  - a. Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_
  - b. Quantas vezes esteve grávida? \_\_\_\_\_
  - c. Quantas semanas tem de gravidez? \_\_\_\_\_
  - d. Com quantas semanas foi à 1ª consulta durante esta gravidez? \_\_\_\_\_
  - e. Quantas consultas já frequentou no Centro de Saúde durante esta gravidez? \_\_\_\_\_
  - f. Habitualmente vem às consultas:
 

Sempre só £	Às vezes acompanhada £	Sempre acompanhada £
-------------	------------------------	----------------------
  - g. Quando vem acompanhada a pessoa que a acompanha é:
 

O seu companheiro	£	
A sua mãe	£	
Uma amiga	£	
Outra	£	Quem? _____
  - h. A presente gravidez foi para si:
 

Intencional £	Imprevista £
---------------	--------------
  - i. Considera que a sua gravidez de uma forma geral tem decorrido:
 

Com normalidade £	Melhor do que esperava £	Pior do que esperava £
-------------------	--------------------------	------------------------
  - j. Além do Centro de Saúde recorre a outro médico privado?
 

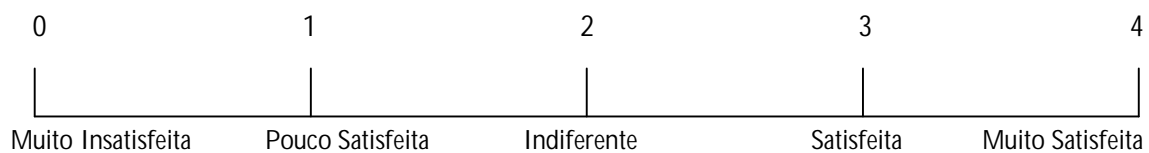
Sim £	Não £
-------	-------





- 
5. Considera que ter informação sobre a sua gravidez e como manter-se saudável é para si
- Muito importante £
- Importante £
- Pouco importante £
- Sem qualquer importancia £

6. De uma forma geral posso dizer que a consulta de hoje com esta enfermeira me deixou:



### ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si própria. À frente de cada afirmação encontra 7 números. Se assinalar o número 1 significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa sobre si; se pelo contrário, assinalar o número 7 significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa de si própria. Entre estes dois extremos pode ainda escolher um outro número consoante estiver mais ou menos de acordo com a sua maneira de pensar.

1 – Discordo Totalmente    2 – Discordo Bastante    3 – Discordo um Pouco    4 – Não concordo nem discordo  
5 – Concordo um Pouco    6 – Concordo Bastante    7 – Concordo Totalmente

	1	2	3	4	5	6	7
1. Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	£	£	£	£	£	£	£
2. Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	£	£	£	£	£	£	£
3. Sou uma pessoa autoconfiante	£	£	£	£	£	£	£
4. Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida	£	£	£	£	£	£	£
5. Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	£	£	£	£	£	£	£
6. Um dos meus problemas é que não consigo fazer as coisas como devia	£	£	£	£	£	£	£
7. Quando não consigo fazer coisas à primeira, insisto e continuo a tentar até conseguir	£	£	£	£	£	£	£
8. Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	£	£	£	£	£	£	£
9. Normalmente, desisto das coisas antes de as ter acabado	£	£	£	£	£	£	£
10. Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	£	£	£	£	£	£	£
11. Desisto facilmente das coisas	£	£	£	£	£	£	£
12. Tenho dificuldade em fazer novos amigos	£	£	£	£	£	£	£
13. Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	£	£	£	£	£	£	£
14. Quando estou a tentar tronar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	£	£	£	£	£	£	£
15. As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer novos amigos.	£	£	£	£	£	£	£

### ESCALA DE LOCUS DE CONTROL PARA LA SALUD

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você considera certos assuntos importantes relacionados com a saúde. À frente de cada afirmação encontra 6 números. Se assinalar o número 1 significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, à sua opinião; se pelo contrário, assinalar o número 6 significa que a afirmação corresponde totalmente à sua opinião. Entre estes dois extremos, pode ainda escolher um outro número consoante estiver mais ou menos de acordo com a sua maneira de pensar.

1 – Discordo Totalmente    2 – Discordo Bastante    3 – Discordo um Pouco    4 – Concordo um Pouco  
5 – Concordo Bastante    6 – Concordo Totalmente

	1	2	3	4	5	6
1. Se ficar doente é o meu próprio comportamento que determina a rapidez das minhas melhoras	£	£	£	£	£	£
2. Não importa o que faça, se tiver de adoecer, adoecerei	£	£	£	£	£	£
3. Ir ao meu médico regularmente é a melhor maneira de evitar adoecer	£	£	£	£	£	£
4. Muitas das coisas que afectam a minha saúde acontecem-me por acaso	£	£	£	£	£	£
5. Sempre que não me sinto bem devo consultar um médico	£	£	£	£	£	£
6. Tenho controlo sobre a minha saúde	£	£	£	£	£	£
7. O facto de eu adoecer ou estar bem de saúde, tem muito a ver com a minha família	£	£	£	£	£	£
8. Quando adoço sou eu a culpada	£	£	£	£	£	£
9. A sorte tem um papel importante no detreminar da rapidez com que eu recupero de uma doença	£	£	£	£	£	£
10. Os profissionais de saúde controlam a minha saúde	£	£	£	£	£	£
11. Estar bem de saúde é em grande parte uma questão de boa sorte	£	£	£	£	£	£
12. A principal coisa que afecta a minha saúde é aquilo que eu faço	£	£	£	£	£	£
13. Se cuidar de mim própria, posso evitar a doença	£	£	£	£	£	£
14. Quando recupero de uma doença, é normalmente porque outras pessoas cuidaram muito bem, de mim	£	£	£	£	£	£
15. Faça o que fizer é sempre possível que fique doente	£	£	£	£	£	£
16. Se tiver de ser, terei saúde	£	£	£	£	£	£
17. Se agir correctamente, poderei manter-me saudável	£	£	£	£	£	£
18. No que diz respeito à minha saúde, só posso fazer o que o meu médico ou enfermeira me diz para fazer	£	£	£	£	£	£

## ESCALA DE LA CALIDAD DE LA INTERACCIÓN

### Primer grupo de enfermeras

Estamos interessadas em conhecer vários aspectos da interacção que estabelece com as grávidas que acorrem à sua consulta. Pedimos-lhe que leia com atenção cada uma das seguintes afirmações e que responda de acordo com a sua opinião.

	1 – Nunca	2 – Poucas Vezes	3 – Às vezes	4 – Muitas Vezes	5 – Sempre			
				1	2	3	4	5
1. Durante a consulta falo sobre os vários aspectos de saúde da grávida				£	£	£	£	£
8. Na consulta interesso-me em saber as opiniões da mulher				£	£	£	£	£
3. Durante a consulta as mulheres têm oportunidade de colocar questões sobre a gravidez e o parto				£	£	£	£	£
9. As mulheres ficam satisfeitas com a informação que lhes dou				£	£	£	£	£
5. Durante a consulta as mulheres podem facilmente falar comigo sobre qualquer assunto relativo à sua gravidez				£	£	£	£	£
6. Considero que actuo de uma forma eficaz e competente				£	£	£	£	£
7. Sou honesta com as mulheres				£	£	£	£	£
8. Nem sempre digo tudo o que as mulheres necessitam saber				£	£	£	£	£
9. Presto cuidados individualizados às mulheres				£	£	£	£	£
10. A informação que dou nas consultas é demasiado complexa				£	£	£	£	£
11. Nas consultas a informação sobre o que se passa com a gravidez confunde as mulheres				£	£	£	£	£
12. As mulheres compreendem a informação que lhes dou				£	£	£	£	£
13. Nas consultas quando não compreendem a informação que dou, as mulheres têm confiança para perguntar de novo				£	£	£	£	£
14. Na consulta trato a mulher pelo seu nome				£	£	£	£	£
15. As mulheres ficam satisfeitas com as consultas				£	£	£	£	£
16. Dou informação escrita (folheto)				£	£	£	£	£
17. Depois das consultas as mulheres sentem-se com mais confiança e menos ansiosas.				£	£	£	£	£
18. Nas consultas utilizo palavras simples de fácil compreensão para dar informações sobre a gravidez				£	£	£	£	£
19. Preocupo-me em comprovar que as mulheres compreendem a informação que lhes foi dada				£	£	£	£	£

20. Nas consultas sinto que se cria um ambiente de confiança	£	£	£	£	£
21. A informação que dou às mulheres é útil para a sua situação	£	£	£	£	£
22. Nas consultas não dedico às mulheres o tempo que elas necessitam	£	£	£	£	£
23. Nas consultas trato as mulheres com consideração e respeito	£	£	£	£	£
24. Nas consultas explico às mulheres tudo o que desejam saber	£	£	£	£	£
25. Nas consultas trato as grávidas com carinho	£	£	£	£	£
26. Nas consultas sou capaz de detectar a preocupação das mulheres com outros assuntos e interesso-me em saber o que se passa.	£	£	£	£	£
27. Nas consultas estou atenta quando a mulher fala	£	£	£	£	£
28. Nas consultas sorrio com facilidade	£	£	£	£	£
29. Preocupo-me em respeitar a privacidade e o pudor das grávidas	£	£	£	£	£
30. Às mulheres não lhes interessa a informação que lhes dou	£	£	£	£	£
31. Quando falo com as grávidas elas estão atentas	£	£	£	£	£
32. Nas consultas as mulheres tratam-me com consideração e respeito	£	£	£	£	£
33. As grávidas tratam-me pelo meu nome	£	£	£	£	£
34. Nas consultas as grávidas são honestas comigo	£	£	£	£	£
35. Nas consultas as mulheres são carinhosas comigo	£	£	£	£	£

## ESCALA DE LA CALIDAD DE LA INTERACCIÓN

### Segundo grupo de enfermeras

Estamos interessadas em conhecer vários aspectos da interacção que estabeleceu hoje com a grávida que esteve na sua consulta. Pedimos-lhe que leia com atenção cada uma das seguintes afirmações e que responda de acordo com a sua opinião.

1 – Discordo Totalmente      2 – Discordo      3 – Não Concordo Nem Discordo  
4 – Concordo      5 – Concordo Totalmente

	1	2	3	4	5
1. Durante a consulta de hoje falei sobre os vários aspectos de saúde da grávida	£	£	£	£	£
2. Na consulta de hoje interessei-me em saber as opiniões da mulher	£	£	£	£	£
3. Durante a consulta de hoje a mulher teve oportunidade de colocar questões sobre a gravidez e o parto	£	£	£	£	£
4. Hoje a mulher ficou satisfeita com a informação que lhe dei	£	£	£	£	£
5. Durante a consulta de hoje a mulher pôde facilmente falar comigo, sobre qualquer assunto relativo à sua gravidez	£	£	£	£	£
6. Considero que hoje actuei de uma forma eficaz e competente	£	£	£	£	£
7. Na consulta de hoje fui honesta com a mulher	£	£	£	£	£
8. Na consulta de hoje não disse tudo o que a mulher necessitava saber	£	£	£	£	£
9. Hoje prestei cuidados individualizados à mulher	£	£	£	£	£
10. A informação que dei hoje na consulta foi demasiado complexa	£	£	£	£	£
11. Na consulta de hoje a informação sobre o que se passa com a sua gravidez confundiu a mulher	£	£	£	£	£
12. Na consulta de hoje a mulher compreendeu a informação que lhe dei	£	£	£	£	£
13. Na consulta de hoje quando não compreendeu a informação que dei, a mulher teve a confiança para perguntar de novo	£	£	£	£	£
14. Na consulta de hoje tratei a mulher pelo seu nome	£	£	£	£	£
15. Hoje a mulher ficou satisfeita com a consulta	£	£	£	£	£
16. Hoje dei informação escrita (folheto)	£	£	£	£	£
17. Depois da consulta de hoje, a mulher sente-se com mais confiança e menos ansiosa.	£	£	£	£	£
18. Na consulta de hoje utilizei palavras simples e de fácil compreensão para dar informações sobre a gravidez	£	£	£	£	£
19. Hoje preocupei-me em comprovar que a mulher tinha compreendido a informação que lhe foi dada	£	£	£	£	£

20. Na consulta de hoje senti que se criou um ambiente de confiança	£	£	£	£	£
21. A informação que dei na consulta de hoje foi útil para a situação desta grávida	£	£	£	£	£
22. Na consulta de hoje não dediquei à mulher o tempo que ela necessitava	£	£	£	£	£
23. Na consulta de hoje tratei a mulher com consideração e respeito	£	£	£	£	£
24. Na consulta de hoje expliquei à mulher tudo o que ela desejava saber	£	£	£	£	£
25. Na consulta de hoje tratei a grávida com carinho	£	£	£	£	£
26. Na consulta de hoje fui capaz de detectar a preocupação da mulher com outros assuntos e interessei-me em saber o que se passava.	£	£	£	£	£
27. Na consulta de hoje estive atenta quando a mulher falou	£	£	£	£	£
28. Na consulta de hoje sorri com facilidade	£	£	£	£	£
29. Na consulta de hoje preocupei-me em respeitar a privacidade e o pudor da grávida	£	£	£	£	£
30. Na consulta de hoje à mulher não lhe interessou a informação que lhe dei	£	£	£	£	£
31. Na consulta de hoje quando falei com a grávida ela esteve atenta	£	£	£	£	£
32. Na consulta de hoje a mulher tratou-me com consideração e respeito	£	£	£	£	£
33. Na consulta de hoje a grávida tratou-me pelo meu nome	£	£	£	£	£
34. Na consulta de hoje a grávida foi honesta comigo	£	£	£	£	£
35. Na consulta de hoje a mulher foi carinhosa comigo	£	£	£	£	£



**ESCALA DE LA CALIDAD DE LA INTERACCIÓN**  
Grupo de embarazadas

Estamos interessadas em conhecer vários aspectos da interacção que estabeleceu hoje com a enfermeira com quem esteve na consulta. Pedimos-lhe que leia com atenção cada uma das seguintes afirmações e que responda de acordo com a sua opinião.

1 – Discordo Totalmente      2 – Discordo      3 – Não Concordo Nem Discordo  
4 – Concordo      5 – Concordo Totalmente

	1	2	3	4	5
1. Durante a consulta de hoje a enfermeira falou sobre os vários aspectos da minha saúde enquanto grávida	£	£	£	£	£
2. Na consulta de hoje a enfermeira interessou-se em saber as minhas opiniões	£	£	£	£	£
3. Durante a consulta de hoje tive oportunidade de colocar questões sobre a gravidez e o parto	£	£	£	£	£
4. Hoje fiquei satisfeita com a informação que a enfermeira me deu	£	£	£	£	£
5. Durante a consulta de hoje pode facilmente falar com a enfermeira sobre qualquer assunto relativo à minha gravidez	£	£	£	£	£
6. Considero que hoje a enfermeira actuou de uma forma eficaz e competente	£	£	£	£	£
7. Na consulta de hoje a enfermeira foi honesta comigo	£	£	£	£	£
8. Na consulta de hoje a enfermeira não me disse tudo o que eu necessitava saber	£	£	£	£	£
9. Hoje a enfermeira prestou-me cuidados individualizados	£	£	£	£	£
10. A informação que a enfermeira me deu hoje na consulta foi demasiado complexa	£	£	£	£	£
11. Na consulta de hoje a informação sobre o que se passa com a minha gravidez confundiu-me	£	£	£	£	£
12. Na consulta de hoje compreendi a informação que a enfermeira me deu	£	£	£	£	£
13. Na consulta de hoje quando não compreendi a informação que a enfermeira me deu, tive a confiança para perguntar de novo	£	£	£	£	£
14. Na consulta de hoje a enfermeira tratou-me pelo meu nome	£	£	£	£	£
15. Hoje fiquei satisfeita com a consulta	£	£	£	£	£
16. Hoje a enfermeira deu-me informação escrita (folheto)	£	£	£	£	£
17. Depois da consulta de hoje sinto-me com mais confiança e menos ansiosa	£	£	£	£	£
18. Na consulta de hoje a enfermeira utilizou palavras simples e de fácil compreensão para dar informações sobre a minha gravidez	£	£	£	£	£
19. Hoje a enfermeira preocupou-se em comprovar que eu tinha compreendido a informação que me foi dada	£	£	£	£	£

20. Na consulta de hoje senti que se criou um ambiente de confiança	£	£	£	£	£
21. A informação que a enfermeira deu na consulta de hoje foi útil para a minha situação	£	£	£	£	£
22. Na consulta de hoje a enfermeira não me dedicou o tempo que eu necessitava	£	£	£	£	£
23. Na consulta de hoje a enfermeira tratou-me com consideração e respeito	£	£	£	£	£
24. Na consulta de hoje a enfermeira explicou-me tudo o que eu desejava saber	£	£	£	£	£
25. Na consulta de hoje a enfermeira tratou-me com carinho	£	£	£	£	£
26. Na consulta de hoje a enfermeira foi capaz de detectar a minha preocupação com outros assuntos e interessou-se em saber o que se passava.	£	£	£	£	£
27. Na consulta de hoje a enfermeira esteve atenta quando eu falei	£	£	£	£	£
28. Na consulta de hoje a enfermeira sorriu com facilidade	£	£	£	£	£
29. Na consulta de hoje a enfermeira preocupou-se em respeitar a minha privacidade e pudor	£	£	£	£	£
30. Na consulta de hoje não me interessou a informação que a enfermeira me deu	£	£	£	£	£
31. Na consulta de hoje estive atenta quando a enfermeira falou comigo	£	£	£	£	£
32. Na consulta de hoje tratei a enfermeira com consideração e respeito	£	£	£	£	£
33. Na consulta de hoje tratei a enfermeira pelo seu nome	£	£	£	£	£
34. Na consulta de hoje fui honesta com a enfermeira	£	£	£	£	£
35. Na consulta de hoje fui carinhosa com a enfermeira	£	£	£	£	£

## ANEXO II

AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD



Administração Regional de Saúde do Algarve  
Sub-Região de Saúde de Faro



Ministério da Saúde

CLASS. 032811

Exma Senhora  
Enf<sup>a</sup> Emília Isabel Martins Teixeira da Costa  
Escola Superior de Saúde de Faro  
Estrada de Loulé  
8000 - 510 Faro

*c/conhecimento:*

- Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Directora - M<sup>a</sup> do Carmo Viegas Souza

Sua Referência

Sua Comunicação

Nossa Referência  
Gab. CSRS  
05-08-2004

**ASSUNTO: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

Em resposta à vossa carta de 30/07/04, sobre o assunto em epígrafe, cumpre-me informar:

1. Foi a mesma alvo de parecer por parte da Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Directora desta Sub-Região, Enf<sup>a</sup> M<sup>a</sup> do Carmo Viegas, que considerou pertinente a aplicação do questionário aos Centros de Saúde;
2. Que, se possível deveria, após a tese defendida, ser fornecido um exemplar do trabalho a esta Sub-Região.
3. Deverá V.Ex<sup>a</sup> articular com a Sr<sup>a</sup> Enfermeira Directora para adequada articulação com os Centros de Saúde.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora Subregional de Saúde

(M<sup>a</sup> do Céu Baptista)

MCB/MB

Largo de S.Pedro, 15 - 8000 - 145 Faro Telf. 289890083 - Fax. 289827317  
Email: srsfaro@arsalgarve.min-saude.pt  
<http://www.arsalgarve.min-saude.pt>





ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO





CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_

Fui adequadamente informada/o e foi-me dada a oportunidade de colocar questões sobre os objectivos e metodologia deste projecto: PERCEPÇÃO DOS INTERVENIENTES NA INTERACÇÃO ENFERMEIRA / MULHER GRÁVIDA SOBRE O EPISÓDIO DE CONSULTA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS que se desenvolve nos Centros de Saúde da região do Algarve.

Falei com a Enfermeira Emília Costa e compreendo que a minha participação é voluntária. Compreendo igualmente que posso decidir não colaborar com o estudo:

- a. No momento que desejar; e
- b. Sem ter que dar explicações e expor os meus motivos.

Pelo que DOU O MEU CONSENTIMENTO para participar neste projecto de investigação.

\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

## INFORMAÇÃO

Projecto de Investigação: PERCEÇÃO DOS INTERVENIENTES NA INTERACÇÃO ENFERMEIRA / GRÁVIDA, SOBRE O EPISÓDIO DE CONSULTA, EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.

Sendo que a informação adequada dos participantes é um requisito prévio à solicitação da sua colaboração voluntária no mesmo, seguidamente se apresentam os objectivos e características do estudo supracitado:

### 1. Objectivos

- a. Conhecer a percepção dos intervenientes sobre a interacção enfermeira / grávida, em Cuidados de Saúde Primários.
- b. Identificar nos participantes as dimensões psicossociais que intervêm na interacção.

### 2. Metodologia

O estudo tem dois grupos distintos:

- a. Um grupo de enfermeiras que fazem consulta de vigilância de saúde da grávida.
- b. Um grupo de mulheres que frequentam o Centro de Saúde para fazer a vigilância de saúde da sua gravidez.

### 3. Incomodidades

Não se observam riscos, incomodidades ou consequências adversas.

E para que conste por escrito para efeitos de informação aos participantes a quem é solicitada a colaboração voluntária neste projecto, redigiu-se e entregou-se a cada um deles esta folha informativa.

ANEXO IV

AGRADECIMIENTO A LAS ENFERMERAS POR SU COLABORACIÓN



ASSUNTO: AGRADECIMENTO POR COLABORAÇÃO EM PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO.

Emília Costa, professora do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Faro, Universidade do Algarve, vem por este meio expressar o seu agradecimento à enfermeira \_\_\_\_\_, a exercer funções no Centro de Saúde de \_\_\_\_\_, pela colaboração prestada no projecto de investigação denominado: "PERCEÇÃO DOS INTERVENIENTES NA INTERACÇÃO ENFERMEIRA / GRÁVIDA, SOBRE O EPISÓDIO DE CONSULTA, EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS".

Este projecto surge no âmbito de um doutoramento em Psicologia da Saúde realizado no Departamento de Personalidade, Avaliação e Tratamento Psicológico, da Faculdade de Psicologia, Universidade de Sevilha, tendo o trabalho de colaboração decorrido pelo período aproximado de um ano, com vários contactos periódicos.

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_

Emília Isabel Martins Teixeira da Costa



ANEXO V

TABLAS





TABLA nº 73 – Correlaciones significativas entre la Satisfacción Global con la consulta y la Calidad de la Interacción para ambos participantes

		CALIDAD DE LA INTERACCIÓN EMBARAZADA		CALIDAD DE LA INTERACCIÓN ENFERMERA	
SATISFACCIÓN GLOBAL CON LA CONSULTA EMBARAZADA	r	0,698		0,242	
	p	0,000		0,001	
	N	177		177	
SATISFACCIÓN GLOBAL CON LA CONSULTA ENFERMERA	r	0,283		0,535	
	p	0,000		0,000	
	N	177		177	

TABLA nº 74 – Correlaciones significativas entre el Nivel Escolar de la embarazada y las variables de personalidad – Autoeficacia General y Locus de Control para la Salud

		AUTOEFICACIA	LOCUS DE CONTROL INTERNO	LOCUS DE CONTROL SUERTE	LOCUS DE CONTROL OTROS PODEROS
NIVEL ESCOLAR EMBARAZADA	r	0,197	0,243	-0,330	-0,261
	p	0,008	0,001	0,000	0,000
	N	177	177	177	177

TABLA nº 75 – Correlaciones significativas entre la variable Autoeficacia General de la embarazada y la variable Locus de Control para la Salud

		LOCUS DE CONTROL INTERNO	LOCUS DE CONTROL SUERTE	LOCUS DE CONTROL OTROS PODEROS
AUTOEFICACIA DE LA EMBARAZADA	r	0,407	-0,325	-
	p	0,00	0,000	-
	N	177	177	-

TABLA nº 76 – Diferencias de medias para las variables de personalidad de la embarazada – Autoeficacia General y Locus de Control para la Salud según la Intencionalidad del Embarazo

		Intencionalidad del Embarazo	N	Media	t	P
AUTOEFICACIA GENERAL EMBARAZADA	Intencional		89	88,42	4,497	0,000
	Imprevisto		88	80,55		
LOCUS DE CONTROL PARA LA SALUD INTERNO	Intencional		89	27,47	4,175	0,000
	Imprevisto		88	25,01		
LOCUS DE CONTROL PARA LA SALUD SUERTE	Intencional		89	17,36	-4,647	0,000
	Imprevisto		88	20,85		
LOCUS DE CONTROL PARA LA SALUD OTROS PODEROSOS	Intencional		89	23,88	-3,353	0,001
	Imprevisto		88	26,08		

TABLA nº 77 – Correlaciones significativas entre la Satisfacción Global con la consulta, la Educación para la Salud, los contactos previos y la duración de la consulta

		EDUCACIÓN PARA LA SALUD	CONTACTOS PRÉVIOS	DURACIÓN DE LA CONSULTA
SATISFACCIÓN GLOBAL CON LA CONSULTA EMBARAZADA	r	0,206	0,243	0,294
	p	0,006	0,001	0,001
	N	177	177	124

TABLA n° 78 – Correlaciones ítem – total para la escala Calidad de la Interacción en la evaluación específica de la enfermera

Dimensiones / Ítems	Correlación Ítem -Total
<b>INFORMACIÓN EN SALUD</b>	
1.Durante la consulta de hoy hablé de los varios aspectos de salud de la embarazada	0,356
4.Hoy la mujer se quedó satisfecha con la información que di	0,632
10.La información que di hoy en la consulta fué demasiado compleja	0,429
11.En la consulta de hoy la información sobre lo que se pasa con el embarazo confundió la mujer	0,351
12.Hoy la mujer comprendió la información que le di	0,579
16.Hoy di información escrita	0,081
18.En la consulta de hoy utilicé palabras simples de fácil comprensión para dar informaciones sobre el embarazo	0,387
19.Hoy me preocupé en comprobar que la mujer comprendió la información que le di	0,547
21.La información que di en la consulta de hoy fue útil para la situación de esta embarazada	0,550
24.En la consulta de hoy expliqué a la mujer todo lo que ella deseaba saber	0,530
30.En la consulta de hoy a la mujer no le interesó la información que le di	0,530
<b>SOPORTE AFECTIVO</b>	
2.En la consulta de hoy me interesé en saber las opiniones de la mujer	0,412
3.Durante la consulta de hoy la mujer tubo la oportunidad de colocar cuestiones sobre el embarazo y el parto	0,365
5.Durante la consulta de hoy la mujere pudo hablar fácilmente conmigo sobre cualquier asunto relativo a su embarazo	0,447
7.En la consulta de hoy fui honesta con la mujer	0,464
8.En la consulta de hoy no he dicho todo lo que la mujer deseaba saber	0,151
9.Hoy presté cuidados individualizados a esta mujer	0,496
13.En la consulta de hoy cuando no comprendió la información que di, la mujer tubo la confianza para preguntar de nuevo	0,277
14.En la consulta de hoy traté a la mujer por su nombre	0,376
20.En la consulta de hoy sentí que se creó un ambiente de confianza	0,696
23.En la consulta de hoy traté a la mujer con consideración y respecto	0,448
25.En la consulta de hoy traté la embarazada con cariño	0,487
26.En la consulta de hoy fui capaz de detectar la preocupación de la mujer con otros asuntos y me interesé en saber que pasaba	0,400
27.En la consulta de hoy estube con atención mientras la mujer habló	0,505
28.En la consulta de hoy sonreí con facilidad	0,435
29.Me preocupo en respetar la privacidad y el pudor de la embarazada	0,349
31.Hoy mientras hablé con la embarazada ella estubo con atención	0,533
32.En la consulta de hoy la mujer me trató con consideración y respecto	0,519
33.En la cosulta de hoy la embarazada me trató por mi nombre	-0,030
34.En la consulta de hoy la embarazada fué honesta conmigo	0,365
35.En la consulta de hoy la mujer fué cariñosa conmigo	0,486
<b>COMPETENCIA PROFESIONAL</b>	
6.Considero que hoy actué de una forma eficaz y competente	0,518
15.Hoy la mujer se quedó satisfecha con la consulta	0,517
17.Después de la consulta de hoy la mujer se siente con más confianza y con menos ansiedad	0,291
22.En la consulta de hoy no dediqué a la mujer el tiempo que ella necesitaba	0,234

Ítems eliminados a negrito

TABLA n° 79 – Correlaciones ítem – total para la escala Calidad de la Interacción en la evaluación de la embarazada

Dimensiones / Ítems	Correlación Ítem -Total
<b>INFORMACIÓN EN SALUD</b>	
1.Durante la consulta de hoy la enfermera habló de los varios aspectos de mi salud como embarazada	0,540
4.Hoy me quedé satisfecha con la información que al enfermera me dio en la consulta	0,682
10.La información que la enfermera me dió hoy en la consulta fué demasiado compleja	0,330
11.En la consulta de hoy la información sobre lo que se pasa con mi embarazo me confundió	0,426
12.Hoy comprendi la información que la enfermera me dió	0,709
16.Hoy la enfermera me dió información escrita	0,100
18.En la consulta de hoy la enfermera utilizó palabras simples de fácil comprensión para dar informaciones sobre mi embarazo	0,735
19.Hoy la enfermera se preocupó en comprobar que yo habia comprendido la información que me dió	0,635
21.La información que la enfermera me dio hoy en la consulta fue útil para mi situación	0,788
24.En la consulta de hoy la enfermera me explicó todo lo que yo deseaba saber	0,647
30.En la consulta de hoy no me interesó la información que la enfermera me dió	0,575
<b>SOPORTE AFECTIVO</b>	
2.En la consulta de hoy la enfermera se interesó en saber mis opiniones	0,382
3.Durante la consulta de hoy he tenido la oportunidad de colocar cuestiones sobre el embarazo y el parto	0,344
5.Durante la consulta de hoy he podido hablar fácilmente con la enfermera sobre cualquier asunto relativo a mi embarazo	0,652
7.En la consulta de hoy fla enfermera fue honesta conmigo	0,732
8.En la consulta de hoy la enfermera no me ha dicho todo lo que yo deseaba saber	0,394
9.Hoy la enfermera me presto cuidados individualizados	0,658
13.En la consulta de hoy cuando no comprendi la información que la enfermera me dió, senti confianza para preguntar de nuevo	0,432
14.En la consulta de hoy la enfermera me trató por mi nombre	0,142
20.En la consulta de hoy senti que se creó un ambiente de confianza	0,794
23.En la consulta de hoy la enfermera me trató con consideración y respecto	0,603
25.En la consulta de hoy la enfermera me trató con cariño	0,734
26.En la consulta de hoy la enfermera fue capaz de detectar mi preocupación con otros asuntos y se interesó en saber que pasaba	0,403
27.En la consulta de hoy la enfermera estuvo con atención mientras yo hablé	0,722
28.En la consulta de hoy la enfermera sonrio con facilidad	0,608
29.En la consulta de hoy la enfermera se preocupó en respetar mi privacidad y pudor	0,538
31.Hoy estube con atención mientras la enfermera habló conmigo	0,653
32.En la consulta de hoy trate la enfermera con consideración y respecto	0,709
33.En la consulta de hoy traté a la enfermera por su nombre	0,175
34.En la consulta de hoy fui honesta con la enfermera	0,637
35.En la consulta de hoy fui cariñosa con la enfermera	0,714
<b>COMPETENCIA PROFESIONAL</b>	
6.Considero que hoy la enfermera actuó de una forma eficaz y competente	0,705
15.Hoy me quedé satisfecha con la consulta	0,717
17.Después de la consulta de hoy me siento con más confianza y con menos ansiedad	0,490
22.En la consulta de hoy la enfermera no me dedicó el tiempo que yo necesitaba	0,567

Ítems eliminados a negrito