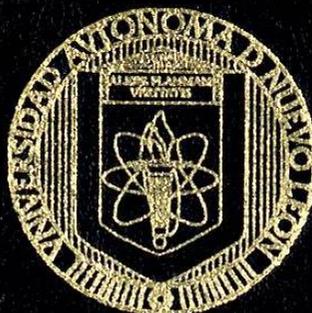


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

SUBDIRECCION DE POSGRADO



**CULTURA DE PREVENCION EN SALUD DE LOS
HABITANTES DE LA ZONA METROPOLITANA
DE MONTERREY**

POR

LIC. ENF. MARIA EUGENIA GARZA ELIZONDO

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN METODOLOGIA DE LA CIENCIA**

Agosto de 2001

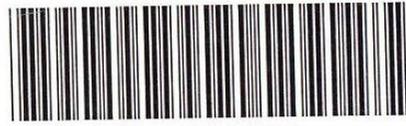
TM

Z7125

FFL

2001

G3



1020145425

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

SUBDIRECCION DE POSGRADO



CULTURA DE PREVENCION EN SALUD DE LOS
HABITANTES DE LA ZONA METROPOLITANA
DE MONTERREY

POR

LIC. ENF. MARIA EUGENIA GARZA ELIZONDO

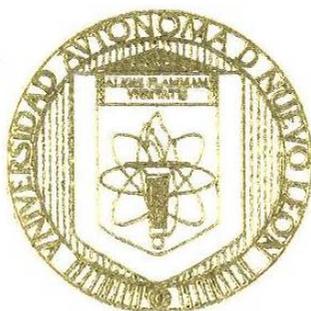
Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN METODOLOGIA DE LA CIENCIA

Agosto de 2001

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

SUBDIRECCION DE POSGRADO



CULTURA DE PREVENCION EN SALUD DE LOS
HABITANTES DE LA ZONA METROPOLITANA
DE MONTERREY

POR

LIC. ENF. MARIA EUGENIA GARZA ELIZONDO

DIRECTOR DE TESIS
MCSS ENRIQUE VILLARREAL RIOS

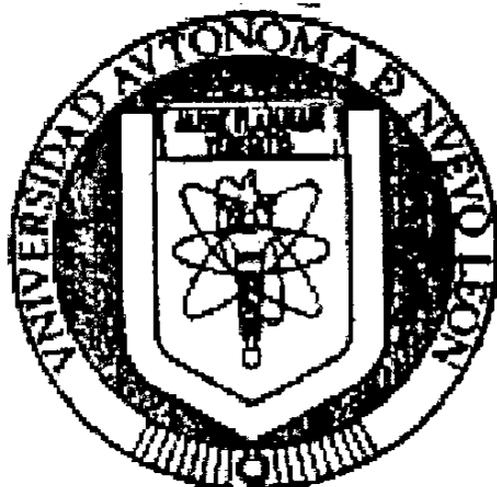
Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN METODOLOGIA DE LA CIENCIA

Agosto de 2001

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO



**CULTURA DE PREVENCIÓN EN SALUD DE LOS HABITANTES
DE LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY**

Por

LIC. ENF. MARÍA EUGENIA GARZA ELIZONDO

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN METODOLOGÍA DE LA CIENCIA**

Agosto de 2001

0149-68160

TM
Z7125
FFL
2001
G3

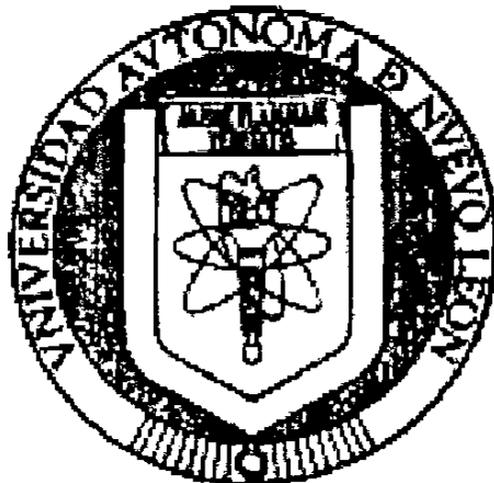


FONDO
TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO



**CULTURA DE PREVENCIÓN EN SALUD DE LOS HABITANTES
DE LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY**

Por

LIC. ENF. MARÍA EUGENIA GARZA ELIZONDO

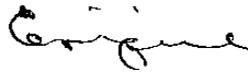
**Director de Tesis
MCSS ENRIQUE VILLARREAL RÍOS**

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN METODOLOGÍA DE LA CIENCIA**

Agosto de 2001

**CULTURA DE PREVENCIÓN EN SALUD DE LOS HABITANTES
DE LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY**

Aprobación de Tesis



**MCSS Enrique Villarreal Ríos
Director de Tesis**



MC María Martina Leal Garza



MC Benigno Benavides Martínez



**MC Rogelio Cantú Mendoza
Subdirector de Posgrado**

RESUMEN

MARÍA EUGENIA GARZA ELIZONDO

**Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Filosofía y Letras**

Título del Estudio:

**CULTURA DE PREVENCIÓN EN SALUD DE LOS
HABITANTES DE LA ZONA METROPOLITANA DE
MONTERREY.**

Número de páginas: 88

**Candidata para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN METODOLOGÍA DE LA CIENCIA**

OBJETIVO: Determinar la población que posee una cultura de prevención en salud en la zona metropolitana de Monterrey, así como: el perfil cultural de prevención en salud, variables que predicen la cultura de prevención y las tasas de utilización de diferentes acciones preventivas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se encuestaron a 254 personas en su domicilio. Fueron personas de 25 años o más, que no padecieran diabetes, hipertensión arterial, cáncer cérvico uterino y/o cáncer mamario. El cuestionario fue sometido a una prueba piloto, para su validez de contenido. La cultura de prevención en salud se midió a través de la utilización de las siguientes acciones preventivas en el último año: detección oportuna de diabetes (DOD), detección oportuna de hipertensión arterial (DHTA), detección oportuna de cáncer cérvico uterino y mamario (DOC y DOCMA respectivamente) y aplicación del toxoide tetánico (TT). Se recolectó además información acerca de factores de riesgo familiar, percepción de importancia de dichas acciones, variables sociodemográficas, y las referentes a sesiones educativas para la salud. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva, estimación de tasas, y se creó un índice con el cual se efectuaron diferentes modelos de regresión lineal.

RESULTADOS: La edad promedio de la población estudiada fue de 42.3 años (± 14.0 años), el 65.4% correspondió al sexo femenino y un 75.0% eran casados. El 42.9% contaba con escolaridad básica o no tenía ningún tipo de estudios. Mientras que el 51.2% se dedicaba a las actividades del hogar. Sólo el 54.3% de las personas presentaron cultura de prevención en salud ($p \leq 0.0001$). Las tasas de utilización de las diferentes acciones preventivas fueron: para DOD fue de 3.7×10 personas; la tasa de DHTA fue de 4.4×10 ; y en TT se presentó una tasa de 3.1×10 . Mientras que en las detecciones propias de la mujer la tasa de utilización del DOC fue de 6.2×10 mujeres; y la de DOCMA fue de 5.3×10 mujeres. El promedio del índice de prevención en salud fue de 3.8 ± 4.0 ; solo el 17.3% de la población presentó índice de 10. Se observó que la percepción de importancia de asistir a efectuarse sus detecciones ($\text{Beta} = 0.8$; $p = 0.01$), haber asistido a sesiones de educación para la salud ($\text{Beta} = 2.3$; $p = 0.001$) y el antecedente de familiar directo con cáncer mamario ($\text{Beta} = -3.6$; $p = 0.03$) son variables que predicen el perfil cultural de prevención en salud.

CONCLUSIONES: Solo un poco más de la mitad de la población posee cultura de prevención. Y en su mayoría son mujeres que se dedican al hogar. Las tasas de utilización de acciones preventivas variaron de un 30 a un 60%.

RECOMENDACIONES: El conocer el perfil cultural de prevención en salud permite que los directivos en salud, efectúen la planeación necesaria en la búsqueda intencionada de personas con factores de riesgo.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
1.0 INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Pregunta de investigación	3
1.3 Objetivos del estudio	3
1.4 Hipótesis	4
1.4.1 Hipótesis nula	4
1.4.2 Hipótesis alterna	4
1.5 Definiciones operacionales	4
1.6 Importancia y limitaciones del estudio	8
2.0 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	10
2.1 La población ante una necesidad de salud	10
2.2 Utilización de los sistemas de salud	11
2.2.1 Modelo del proceso de atención médica	11
2.2.2 Modelo Epidemiológico	12
2.2.3 Modelo Psicosocial	12
2.2.4 Modelo Sociológico	13
2.2.5 Modelo Económico	14
2.3 Indicadores socioeconómicos	14
2.3.1 Índice de desarrollo humano	14
2.4 Retos y estrategias de los sistemas de salud para lograr la salud de la población	16
2.4.1 Marco internacional	16
2.4.2 Marco nacional	17
2.5 Cultura de prevención en salud	18
2.5.1 Cultura del personal de salud	18
2.5.2 Cultura de la población	19
2.5.3 La medicina preventiva como eje amalgamador de los personajes principales de la salud.	20
3.0 MATERIAL Y MÉTODOS	21
3.1 Diseño de estudio	21
3.2 Población de estudio	21
3.3 Criterios de selección	21
3.3.1 Criterios de Inclusión	21
3.3.2 Criterios de exclusión	21
3.4 Diseño de cuestionario	22
3.5 Ética del estudio	22

	Página	
3.6	Diseño muestral	23
	3.6.1 Técnica muestral	23
	3.6.2 Cálculo de tamaño de muestra	24
3.7	Plan de análisis	25
4.0	RESULTADOS	27
4.1	Resultados generales	27
	4.1.1 Descripción de la población	27
	4.1.2 Índice de prevención en salud	28
	4.1.3 Primera fase	29
	4.1.4 Segunda fase	29
	4.1.5 Tercera fase	30
	4.1.6 Descripción de tasas	30
	4.1.7 Prueba de hipótesis	31
4.2	Estrato de hombres	31
	4.2.1 Descripción de estrato de hombres	31
	4.2.2 Índice de prevención en salud	33
	4.2.3 Primera fase	33
	4.2.4 Segunda fase	33
	4.2.5 Tercera fase	34
4.3	Estrato de mujeres	34
	4.3.1 Descripción de estrato de mujeres	34
	4.3.2 Índice de prevención en salud	36
	4.3.3 Primera fase	36
	4.3.4 Segunda fase	37
	4.3.5 Tercera fase	37
5.0	DISCUSIÓN	38
5.1	Discusión metodológica	38
	5.1.1 Índice de prevención en salud	39
	5.1.2 Modelos de regresión múltiple basados en la correlación	40
	5.1.3 Modelos de regresión múltiple basados en regresiones simples	41
	5.1.4 Modelos de regresión múltiple basados en los aspectos conceptuales	41
5.2	Discusión de resultados	42
5.3	Conclusiones	52
5.4	Recomendaciones	53
	5.4.1 Recomendaciones de salud	53
	5.4.2 Recomendaciones de investigación	53

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
----------------------------	----

	Página
ANEXOS	60
Cuestionario	61
FIGURAS	63
Figura 1.	64
Marco conceptual con las variables incluidas en el estudio.	
Figura 2.	65
Flujograma de la selección de viviendas en cada municipio.	
Figura 3.	66
Personal que enviaron a 138 personas del área metropolitana de Monterrey al servicio de medicina preventiva.	
Figura 4.	67
Percepción de importancia de 254 personas del área metropolitana de Monterrey.	
Figura 5.	68
Personal que enviaron a 45 hombres del área metropolitana de Monterrey al servicio de medicina preventiva.	
Figura 6.	69
Percepción de importancia de 88 hombres del área metropolitana de Monterrey.	
Figura 7.	70
Personal que enviaron a 93 mujeres del área metropolitana de Monterrey al servicio de medicina preventiva.	
Figura 8.	71
Percepción de importancia de 166 mujeres del área metropolitana de Monterrey.	
CUADROS	72
Cuadro I.	73
Distribución 250 personas, en el área metropolitana de Monterrey.	
Cuadro II.	74
Total de correlaciones de las variables independientes con el perfil cultural de prevención en salud.	
Cuadro III.	75
Modelo de regresión lineal con variables que alcanzaron mayor correlación con el perfil cultural. (n = 245).	
Cuadro IV.	76
Regresiones simples de las variables independientes con el perfil cultural de prevención en salud.	
Cuadro V.	77
Modelo de regresión lineal con variables que se relacionan con el perfil cultural en las regresiones simples. (n = 161).	
Cuadro VI.	78
Modelo de regresión lineal con variables de percepción de importancia que se relacionan con el perfil cultural. (n = 245).	
Cuadro VII.	79
Modelo de regresión lineal con variables sociodemográficas que se relacionan con el perfil cultural. (n = 251).	

	Página
Cuadro VIII. Total de correlaciones de las variables independientes con el perfil cultural de prevención en salud, en el estrato de hombres.	80
Cuadro IX. Modelo de regresión lineal con variables que alcanzaron mayor correlación con el perfil cultural estratificado por hombres. (n = 83).	81
Cuadro X. Regresiones simples de las variables independientes con el perfil cultural de prevención en salud, en el estrato de hombres.	82
Cuadro XI. Modelo de regresión lineal con variables que se relacionan con el perfil cultural en las regresiones simples estratificado por hombres. (n = 81).	83
Cuadro XII. Total de correlaciones de las variables independientes con el perfil cultural de prevención en salud, en el estrato de mujeres.	84
Cuadro XIII. Modelo de regresión lineal con variables que alcanzaron mayor correlación con el perfil cultural estratificado por mujeres. (n = 160).	85
Cuadro XIV. Regresiones simples de las variables independientes con el perfil cultural de prevención en salud, en el estrato de mujeres.	86
Cuadro XV. Modelo de regresión lineal con variables que se relacionan con el perfil cultural en las regresiones simples estratificado por mujeres. (n = 161).	87
Cuadro XVI. Modelo de regresión lineal con variables sociodemográficas que se relacionan con el perfil cultural en el estrato de mujeres. (n = 164).	88

1.0 INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud en la actualidad están ante un gran reto: las enfermedades crónico degenerativas (ECD) que día a día se van incrementando, y como consecuencia la demanda de consulta y hospitalización han sobrecargado los servicios de atención médica.

En Nuevo León la diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas que tiene más impacto, durante 1999 solo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se presentó una tasa de mortalidad general de 51.01 X 100 mil derechohabientes, además fue la segunda causa de consulta en medicina familiar (MF).¹

La organización de los servicios de salud está encaminada a brindar atención a esta población que se va incrementando con el paso del tiempo. Además de poner especial atención a las personas que presentan factores de riesgo para padecer la enfermedad, ya sea en población abierta y/o derechohabientes (DH) de las instituciones de seguridad social.

Es por eso que los servicios de medicina preventiva (MP) de las diferentes unidades médicas tienen un papel muy importante en esta transición epidemiológica, localizando a personas con factores de riesgo para formar grupos educativos, con lo que se pretende incorporar estructuras de

aprendizaje para que apliquen lo aprendido y modifiquen su estilo de vida reduciendo además el riesgo de padecer la enfermedad. Al mismo tiempo se detectarían oportunamente los padecimientos, y se cubrirían las acciones de inmunización para el mismo fin.

Por lo expuesto anteriormente es de mucha importancia conocer la cultura de prevención en salud de las personas. De esta forma el directivo en salud puede efectuar la planeación adecuada de los recursos para la educación en salud de la comunidad que tiene como responsabilidad.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el servicio de MP en las diferentes unidades médicas está subutilizado ya que ni la población solicita espontáneamente el servicio pues no cuenta con una cultura preventiva; ni el prestador lo utiliza enviando a éstos a sus acciones preventivas. En un consenso de expertos en MP se estimó que aproximadamente el 20% o menos de las personas acuden en forma espontánea a solicitar algún servicio de este departamento.²

El desconocer la cultura de prevención en salud y las barreras para utilizar el servicio que las personas tienen, da como resultado que no utilicen adecuadamente el departamento de MP, así como, la detección inoportuna de las ECD; y no tener control y seguimiento de los familiares de pacientes con el padecimiento.

Durante 1999 las ECD se presentaron en los primeros lugares como causa de consulta en las unidades de MF, ejemplo de esto son la hipertensión arterial (HTA) y la DM las cuales en la Delegación Nuevo León del IMSS consultaron 8.12 y 7.44 pacientes respectivamente de cada 100 consultas en MF.¹

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En este contexto nos preguntamos ¿Cuál es la cultura de prevención en salud de la población del área metropolitana de la ciudad de Monterrey, Nuevo León?

1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Determinar la cultura de prevención de los habitantes de la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

- Determinar la población que posee cultura de prevención en salud en la población del área metropolitana de la ciudad de Monterrey, Nuevo León.
- Determinar variables predictoras de la cultura de prevención en salud de los habitantes del área metropolitana de la ciudad de Monterrey, Nuevo León.
- Determinar las tasas de utilización de las diferentes acciones preventivas.

1.4 HIPÓTESIS

1.4.1 HIPÓTESIS NULA

El 20% o menos de la población tiene cultura de prevención en salud.

1.4.2 HIPÓTESIS ALTERNA

Más del 20% de la población tiene cultura de prevención en salud.

1.5 DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

(Figura1)

CULTURA DE PREVENCIÓN EN SALUD

Nombre de la variable: Cultura de prevención en salud.

Definición conceptual: Conjunto de características sociales, religiosas, así como conocimientos adquiridos que son manifestados por las personas en una sociedad.

Definición operacional 1: Proporción de personas que usan el servicio de Medicina preventiva en cualquiera de los siguientes indicadores: detección oportuna de diabetes (DOD), detección oportuna de hipertensión arterial

(DHTA), detección oportuna de cáncer cérvico uterino (DOC), detección oportuna de cáncer mamario (DOCMA) y Toxoide Antitetánico (TT) (esta última en caso necesario), durante el último año.

Definición operacional 2: Índice formado por los siguientes indicadores: DOD, DHTA, DOC, DOCMA y TT.

Definición operacional 3: Tasas de utilización de los indicadores siguientes: DOD, DHTA, DOC, DOCMA y TT.

Escala de medición 1: Nominal 1) Sí 2) No

Escala de medición 2: Continua. Para cada acción preventiva se dará un valor de 2, en el caso de hombres se las acciones de DOC y DOCMA se tomó como si lo hubieran realizado. El valor máximo será de 10 y mínimo de 0.

(Análisis estratificado) Continua. Para cada acción preventiva se dará un valor de 1, en el estrato de hombres valor máximo 3 y mínimo 0 (se excluyen DOC y DOCMA). El estrato de mujeres tendrá un valor máximo será de 5 y mínimo de 0.

Escala de medición 3: Tasas de utilización de los indicadores siguientes:

DOD /población

DHTA /población

DOC /población femenina

DOCMA /población femenina

TT /población

Fuente de información: Cuestionario.

SOCIODEMOGRÁFICAS

Nombre de la variable: Edad

Definición conceptual: Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha

Definición operacional: En años cumplidos

Escala de medición: Discreta

Fuente de información: Cuestionario

Nombre de la variable: Sexo

Definición conceptual: Condición genérica que establece diferencias entre hombre de la mujer

Definición operacional: Nombre de género al que pertenece.

Escala de medición: Nominal 1) Mujer 2) Hombre

Fuente de información: Cuestionario

Nombre de la variable: Escolaridad

Definición conceptual: Nivel de estudios máximo alcanzado en el sistema nacional de educación.

Definición operacional: Nombre del grado de estudios alcanzado.

Escala de medición 1: Ordinal

1) Ninguno 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria
5) Profesional

Escala de medición 2: Ordinal

2) Ninguno 2) Primaria y secundaria 3) Preparatoria y más

Fuente de información: Cuestionario

Nombre de la variable: Trabajo

Definición conceptual: Actividad que realiza la persona para obtener el sustento diario.

Definición operacional: Nombre del trabajo o actividad que efectúa la persona.

Escala de medición: Nominal

1) Hogar 2) Empleado 3) Pensionado/jubilado
4) Estudiante 5) Independiente

1) Hogar 2) Con remuneración económica 3) Estudiante

Fuente de información: Cuestionario

Nombre de la variable: Estado Civil

Definición conceptual: Situación en la que se encuentra la persona con relación al tener o no pareja.

Definición operacional: Nombre del estado civil de la persona.

Escala de medición 1: Nominal 1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado
4) Unión libre 5) Viudo

Escala de medición 2: Nominal 1) Sin pareja 2) Con pareja

Fuente de información: Cuestionario

ENVÍO Y EDUCACIÓN PARA ACCIONES PREVENTIVAS

Nombre de la variable: Educación para la salud.

Definición conceptual: Oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente para facilitar cambios de conducta hacia una meta predeterminada.

Definición operacional: Asistencia en los últimos 12 meses algún tema por personal de salud acerca de algún programa de alguna institución de salud.

Escala de medición: nominal 1) Sí 2) No

Fuente de Información: cuestionario

Nombre de la variable: Envío

Definición conceptual: Acción de enviar al paciente al servicio de medicina preventiva.

Definición operacional: Presencia de envío al servicio de medicina preventiva por el médico familiar, enfermera, t. social, otro _____.

Escala de medición: Nominal 1) Sí 2) No

Fuente de información: Cuestionario

FACTORES DE RIESGO

Nombre de la variable: Antecedentes familiares

Definición conceptual: Hecho de que en algún familiar se haya presentado alguna enfermedad.

Definición operacional: Presencia de antecedentes familiares para DM, HTA, cáncer cérvico uterino (CaCu) y cáncer mamario (CaMa).

Escala de medición: Nominal

DM	1) No	2) Sí
HTA	1) No	2) Sí
CaCu	1) No	2) Sí
CaMa	1) No	2) Sí

Fuente de información: Cuestionario

CONOCIMIENTO

Nombre de la Variable: Conocimiento

Definición Conceptual: Información a la que se tiene acceso y que forma la base cognitiva para la toma de decisiones con relación a las cosas referentes a la persona.

Definición Operacional: Reconocer que debería tener las siguientes acciones preventivas:

DOD	1) Sí	2) No
DHTA	1) Sí	2) No
DOC	1) Sí	2) No
DOCMA	1) Sí	2) No
T. T	1) Sí	2) No

Escala de Medición: Nominal.

Fuente de Información: Cuestionario

PERCEPCIÓN DE IMPORTANCIA

Nombre de la Variable: Prevención

Definición Conceptual: Estrategia para prevenir algún riesgo.

Definición Operacional: Grado de importancia que la persona da al asistir a prevenir enfermedades en vez de curarlas.

Escala de Medición: Ordinal

1) nada importante	2) poco importante	3) regular importante
4) importante	5) muy importante	

Fuente de Información: Cuestionario

Nombre de la Variable: Importancia de realizarse detecciones

Definición Operacional: Grado de importancia que la persona da al asistir a medicina preventiva a efectuarse las detecciones.

Escala de Medición: Ordinal

1) nada importante 2) poco importante 3) regular importante
4) importante 5) muy importante

Fuente de Información: Cuestionario

Nombre de la Variable: Importancia de realizarse inmunizaciones

Definición Operacional: Grado de importancia que la persona da al asistir a medicina preventiva a efectuarse las inmunizaciones.

Escala de Medición: Ordinal

1) nada importante 2) poco importante 3) regular importante
4) importante 5) muy importante

Fuente de Información: Cuestionario

Nombre de la Variable: Importancia de asistir a educación para la salud

Definición Operacional: Grado de importancia que la persona da al asistir a medicina preventiva a educación para la salud.

Escala de Medición: Ordinal

1) nada importante 2) poco importante 3) regular importante
4) importante 5) muy importante

Fuente de Información: Cuestionario

1.6 IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Ya se ha mencionado con anterioridad que la misma población determina su perfil en este caso de cultura de prevención, la gran relevancia que se adquiere al momento en que los directivos en salud poseen un perfil cultural de prevención en salud de la población que tienen bajo su responsabilidad, es que les permite hacer planeación estratégica de los recursos disponibles para lograr el máximo bienestar en la población, además de que se hace la búsqueda intencionada de las personas con factores de riesgo para las ECD, que son las que están ocasionando los

mayores problemas en las áreas de consulta tanto de MF como de especialidad.

Una de las limitaciones con las que se encontró durante el transcurso del proyecto, fue el hecho de que las acciones que se efectúan al grupo de varones y mujeres son diferentes en cantidad, y de alguna manera es inapropiado el hacer un índice que fuera equitativo en forma general. Por lo cual se decidió hacer el análisis en forma general y por estratos de sexo, logrando hacer modelos que explicaran el perfil en ambos grupos.

2.0 MARCO TEÓRICO

2.1 LA POBLACIÓN ANTE UNA NECESIDAD DE SALUD

Muchos factores se asocian a los problemas de salud, tienen que ver con la calidad de vida, conceptos culturales y actitudes hacia la salud y la enfermedad. La mejor manera de hacerles frente es mediante actividades de promoción a la salud que fomenten actitudes y prácticas saludables. Es necesario promover una cultura de salud en el ámbito local, aplicando estrategias como la promoción del concepto de ciudades o comunidades sanas; con la participación de instituciones gubernamentales y de organizaciones comunitarias.³

Una de las características principales del hombre al sentir algún "problema" de salud, es precisamente que lo identifica como problema y si en su ambiente este problema no es solucionado, tendrá que buscar ayuda con las personas aceptadas culturalmente para ello.⁴

En nuestro país, el comportamiento de las personas al tener algún problema de salud es diferente, la persona decide el tipo de ayuda que requiere para solucionarlo; hay quienes solicitarán la ayuda a algún servicio de salud de tipo formal, o bien, buscarán otra solución de acuerdo a las creencias culturales que tengan al respecto (curanderos, hierbas etc.).

Con este comportamiento las personas van determinando el perfil de uso de los servicios de salud.

2.2 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La utilización de los servicios de salud es una conducta dinámica del grupo social, en donde la capacidad de interpretación de los individuos juega un papel muy importante. Con relación a esto se han mencionado diversas teorías acerca de la utilización de los servicios de salud que intentan identificar variables que influyen en ella.⁵

Se han determinado diferentes modelos de utilización de los servicios de salud, Arredondo⁴ menciona entre ellos el modelo del proceso de atención médica, el modelo epidemiológico, el psicosocial, el sociológico y el económico.

2.2.1 MODELO DEL PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA

Este surge de la necesidad de la gente cuando percibe algún problema de salud, esto lleva a la persona a una búsqueda de atención la cual generalmente es con un médico, efectuado el contacto; se realizan una serie de actividades tanto de la persona como del otorgante de salud con las cuales se deberá modificar en alguna manera el problema que originó

esta búsqueda de atención, ya sea aliviándolo parcialmente o neutralizándolo de una forma más completa. ^{6,7}

2.2.2 MODELO EPIDEMIOLÓGICO

Este modelo es determinado principalmente por el tipo de riesgo a que se expone la población, así estos riesgos motivarán a la población al uso en primera instancia de los servicios preventivos, posteriormente de los de diagnóstico y tratamiento y por último los de mantenimiento y rehabilitación. ^{6,7,8}

2.2.3 MODELO PSICOSOCIAL

En el psicosocial retoma el modelo teórico de Rosentostock ^{6,9} que se basa en lo que efectúa una persona que cree estar sana para prevenir la enfermedad; y para que alguien realice una acción preventiva es necesario que: el individuo esté psicológicamente atento a realizar una acción con respecto a una situación de salud; que crea que la prevención es adecuada para que él la use, disminuyendo la susceptibilidad y severidad percibidas de la condición de salud; además de que no existan barreras psicológicas para la acción; y la presencia de un predisponente para generar la respuesta.

2.2.4 MODELO SOCIOLÓGICO

En éste los aspectos socioculturales y ambientales tienen especial importancia como determinantes de la utilización de los servicios. Así los niveles de conocimiento que el individuo tenga, sus relaciones sociales acerca del proceso salud-enfermedad y disponibilidad de los servicios serán los que determinen su actitud hacia la presencia de enfermedad. Además existe también el modelo de Mechanic ^{6,10} el cual se basa en que la conducta del enfermo es una respuesta cultural y social. Y cuyos determinantes son: reconocer signos y síntomas; percepción de los síntomas como peligrosos; grado de interferencia de éstos con las actividades familiares, de trabajo y sociales; frecuencia y persistencia de los síntomas; el umbral de tolerancia a éstos; información y conocimiento disponibles; necesidades básicas del individuo; otras necesidades que compiten con la respuesta a la enfermedad; interpretaciones que pueden ser dadas por los síntomas; y disponibilidad de tratamiento, recursos, distancia al médico y el costo psicológico y financiero de las acciones. En este modelo se asume que la gente responde a utilizar los servicios de salud con base a la definición que otras personas con las cuales interactúa hacen de los síntomas; y con la definición que hace la misma persona.

2.2.5 MODELO ECONÓMICO

Existen diferentes modelos económicos, en este caso se retomará el modelo basado en la teoría de capital humano, en donde se señala que el acervo de capital salud afecta el tiempo de vida para dedicarlo a producir ingresos y bienes. De lo anterior se derivan los supuestos: los individuos heredan un acervo de salud que se deprecia con el tiempo; la salud se puede incrementar a través de la inversión en los servicios de salud; y la muerte ocurre cuando el acervo de capital salud cae debajo de cierto nivel. ⁶

2.3 INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

Los indicadores socioeconómicos son trascendentales ya que expresan características de factores que condicionan los niveles de salud de una población. Estos se pueden dividir en: educativos, laborales, económicos, de vivienda, de alimentación y de desarrollo humano. ¹¹

2.3.1 ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO

Entre los indicadores socioeconómicos se encuentra el índice de desarrollo humano (IDH) que fue propuesto desde 1990 por el Programa de las Naciones Unidas con el fin de medir el desarrollo de los países y está compuesto por la esperanza de vida en años, el logro educacional integrado por el promedio de años de escolaridad y alfabetización en

adultos así como por el producto interno bruto per cápita. El IDH alcanza valores del 1 al 0. Hacia el interior del IDH cada variable tiene sus valores máximos y mínimos así para la esperanza de vida son de 85.0 y 25.0; el alfabetismo en adultos de 100% y 0%; el promedio de años de escolaridad de 15 y 0. Para 1992 México ocupó el 52 lugar con un IDH de 0.804, mientras que los primeros lugares fueron para Canadá con 0.932, Suiza con 0.931; y los más bajos Guinea con 0.191, Burkina Faso con 0.203. En nuestro país los estados con más alto IDH en 1994 fueron Distrito Federal con 0.877 y Nuevo León con 0.871; y los estados con un IDH más bajo fueron Chiapas con 0.516 e Hidalgo con 0.587.¹¹

Tomando en cuenta lo anterior, la salud es un objetivo esencial e indicador de desarrollo y los gastos que se generan en salud y educación son inversiones del capital humano de un país, en donde el aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida es lo más importante. Entonces es necesario que el sistema de salud continúe con la puesta en práctica de las estrategias propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS): 1) La salud en el desarrollo humano; 2) El desarrollo de los sistemas y servicios de salud; 3) La promoción y protección de la salud; 4) La protección y desarrollo ambiental; y 5) La prevención y control de enfermedades.³

2.4 RETOS Y ESTRATEGIAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD PARA LOGRAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN

2.4.1 MARCO INTERNACIONAL

Tomando en cuenta esto y retomando lo propuesto en la Conferencia Internacional de promoción a la salud, en noviembre del 86 en Ottawa Canadá ¹² es importante la promoción a la salud como eje principal para lograr la salud para todos; entonces la promoción de la salud se vuelve una herramienta de gran trascendencia para este objetivo. Esto implica entre otras cosas, el desarrollo de las actitudes personales, de modo que la gente tenga un mayor control de su propia salud y medio ambiente, además, de que opte por todo lo que propicie la salud.

Posteriormente en el marco de la Conferencia Internacional de Promoción a la Salud efectuada en Bogotá Colombia en 1992,¹³ los ministros de salud participantes se comprometieron a asumir, cultivar y practicar los valores del derecho y respeto a la vida y la paz que son fundamentales para la cultura de la salud.

Todos estos retos y estrategias exigen la reorientación de los sistemas de salud para responder a las necesidades del individuo y la comunidad tanto en el área asistencial, como de salud pública para la búsqueda intencionada de personas con factores de riesgo; y en ellos, poner

especial atención tanto en el aspecto educativo como en la implementación de programas de educación para la salud en donde se debe tomar en cuenta tanto aspectos culturales, como las creencias que la persona tenga acerca de los aspectos preventivos.

Frenk¹⁴ expresa que para poder efectuar esta planeación en salud es necesario tomar en cuenta la transición de la salud, la cual incluye dos grandes procesos: la transición epidemiológica en donde hay rezago de las enfermedades infecciosas y se yuxtaponen las enfermedades crónico degenerativas; y la transición de los servicios de salud la cual se refiere a las transformaciones de la respuesta social organizada, la cual se articula principalmente a través del sistema de salud.

2.4.2 MARCO NACIONAL

México no escapa a la transición epidemiológica, en donde el incremento de la esperanza de vida y el aumento de ECD provocan que el sistema de salud mexicano se enfrente a serios problemas de planeación en salud. Ejemplos de ello son la DM y las enfermedades del corazón que durante 1999 son las primeras causas de morbi-mortalidad presentándose a nivel nacional una tasa de mortalidad por diabetes de 46.5 y por enfermedades del corazón de 70.6 por 100,000 habitantes.¹⁵

Este mismo comportamiento se observa en la Delegación Nuevo León del IMSS en donde la DM se presentó con una tasa de 51.01 x 100 mil DH durante el mismo año.¹

Así mismo, en nuestro país la legislación sobre la atención primaria a la salud establece que ésta comprende las siguientes áreas: atención médica, salud pública y asistencia social. Y dentro de la salud pública se encuentran entre otras actividades la detección y control de riesgos en grupos vulnerables.¹⁶

2.5 CULTURA DE PREVENCIÓN EN SALUD

2.5.1 CULTURA DEL PERSONAL DE SALUD

Rojas Soriano¹⁷ comenta las incongruencias del modelo de salud dominante, en donde los servicios que se ofrecen son básicamente curativos y que corresponden a una atención médico hospitalaria que es costosa y de impacto limitado en la población. Dice además que se han propuesto reformas en la formación de recursos para la salud, para que en los programas de estudio, sean incorporados los aspectos sociales, epidemiológicos y clínicos que explican el surgimiento de enfermedades y además sirvan para orientar acciones concretas para resolver problemas de salud en el ámbito individual, familiar y comunitario. Además que el docente debe compenetrarse en la filosofía y objetivos de la atención

primaria por lo cual debe reeducarse para dejar a un lado sus concepciones hacia la medicina curativa y hospitalaria.

2.5.2 CULTURA DE LA POBLACIÓN

En nuestro medio existe una limitada cultura de prevención entre la población y se ha visto que predomina un sentir de desconfianza hacia la capacidad técnica y calidad del trato humano. Además la burocratización que da como resultado, el que los servicios de salud sean o no utilizados.⁵

Por otro lado, es necesario hacer conciencia en la población acerca de la necesidad de prevenir daños a la salud, ya que para ellos, la prevención se inicia cuando se está enfermo, y ésta, ayudaría a evitar el período de la enfermedad durante el cual le imposibilita a realizar sus actividades cotidianas. En cambio para el prestador del servicio favorece la no enfermedad.¹⁸

Bronfman⁵ afirma que la gente no le da importancia al uso de los servicios preventivos ante la necesidad de resolver otros problemas; que el uso de los servicios de medicina preventiva se hace por la búsqueda intencionada de población blanco. Comenta además la falta de cultura de prevención en la población se explica por medio de los factores

socioculturales además del papel importante de la falta de educación para la salud.

2.5.3 LA MEDICINA PREVENTIVA COMO EJE AMALGAMADOR EN LA CULTURA DE SALUD

Ante este reto los servicios de salud deben tener organizados los departamentos de medicina preventiva para que la población con riesgo de padecer alguna enfermedad crónica pueda acudir, ya sea espontáneamente o enviada por otro servicio a sus acciones médico-preventivas, al igual que sus familiares con riesgo de padecer la enfermedad. En dichos departamentos de medicina preventiva las acciones están dirigidas principalmente a la educación para la salud, métodos de prevención además de inmunizaciones contra las principales enfermedades infecciosas.

En el contexto nacional los programas prioritarios en salud están encaminados a lograr los máximos niveles de salud en la población. De esta manera las instituciones que conforman el Sector Salud, se encargan de llevarlos a efecto con la participación del personal de salud y la población en general. En dichos programas se encuentran el programa de detección y control de CaCu y CaMa, programa de prevención y control de la HTA y la DM.¹⁹

3.0 MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DE ESTUDIO

De acuerdo a la clasificación efectuada por Hernández ²⁰ se realizó un diseño transeccional o transversal correlacional. Para Ary y cols. ²¹ es un diseño descriptivo correlacional; mientras que Salinas y cols.²² lo llaman transversal comparativo. Todos ellos mencionan que en este diseño se analizan las variables en un momento además de buscar relación entre ellas.

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Habitantes del área metropolitana de la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ≥ 25 años de edad.

3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Persona con DM, HTA, CaCu y CaMa.

3.4 DISEÑO DEL CUESTIONARIO

Se elaboró un instrumento para coleccionar la información (anexo 1). Dicho instrumento contenía los diferentes grupos de variables para determinar el perfil cultural, además de variables sociodemográficas. El instrumento fue sometido a una prueba piloto y se efectuaron los ajustes necesarios para su aplicación.

3.5 ÉTICA DEL ESTUDIO

El proyecto se apejó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.²³

Prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los participantes evitando hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas y asegurando la confidencialidad a sus respuestas. (Artículo 13). La participación en este estudio fue voluntaria, y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación. (Artículos 14, fracción V; Artículo 1).

Se consideró esta un investigación sin riesgo para el sujeto de estudio ya que no hubo procedimientos invasivos (Artículo 17, fracción II). Aún así, al detectarse alguna persona con riesgo de ECD que no se hubiera

efectuado sus acciones médicas preventivas se envió al servicio de medicina preventiva para efectuarlas.

3.6 DISEÑO MUESTRAL

3.6.1 TÉCNICA MUESTRAL

Multietápica: En este estudio se consideraron municipios del área metropolitana: Monterrey, Guadalupe, San Nicolás de los Garza, Escobedo, Santa Catarina, Apodaca, García, San Pedro Garza García, Juárez y Santiago. (Cuadro I)

- La cantidad requerida en cada municipio fue proporcional a la población de cada municipio de acuerdo al censo de 1990.²⁴
- Posteriormente por cada treinta personas se seleccionaron al azar simple por sorteo tres áreas geográficas de estadística básica (AGEB) de cada municipio, y dos o uno en el resto según sea requerido.
- La cantidad requerida en cada AGEB se distribuyó equitativamente en cada uno de ellos. (Ejemplo: en Monterrey se necesitan 103 personas / 3 AGEB = 34.33 = 35 por cada uno).
- En el interior de cada AGEB se seleccionaron al azar simple por sorteo una manzana por cada diez personas requeridas para la muestra. (Ejemplo: En Monterrey se necesitan 35 personas para 3 AGEB entonces se seleccionaron cuatro manzanas y fueron 10, 10, 10 y 5 personas en cada una de ellas).

- Al estar en la manzana seleccionada se eligieron los domicilios en forma sistemática, teniendo como marco muestral el croquis de la manzana e iniciando a contar los domicilios en la esquina nordeste siguiendo la dirección al este, sin contar los comercios, y las casas en construcción.
- En el domicilio donde hubieron más de una persona mayor de 25 años al momento de la encuesta se sortearon para elegir a una de ellas, si al momento solo se encuentra una, esta será la que conteste. De no encontrarse persona alguna con las características requeridas se visitó la casa siguiente rumbo al este, y se inicia la cuenta para la siguiente. Todo el procedimiento anterior se muestra en la figura 2.

3.6.2 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Con base en la hipótesis de que "el 20% o menos de la población posee cultura de prevención en salud ". Para calcular el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estimar una proporción en una población infinita. ²⁰

$$n = \frac{Z^2 PQ}{d^2}$$

$$Z = 1.96$$

$$P = .20$$

$$Q = .80$$

$$d = .05$$

$$n = 245 + 4\% = 254 \text{ en la zona metropolitana}$$

La distribución de la muestra se observa en el cuadro 1.

3.7 PLAN DE ANÁLISIS

En la revisión de la literatura efectuada se encontró que diferentes autores han determinado los perfiles de conducta hacia la práctica preventiva con el análisis multivariado, así Orbell y Sheeran²⁵ mostraron que las variables de la teoría de motivación de protección son predictoras para la prueba de cáncer cérvico uterino. Así mismo Karvonen S y Rimpela A²⁶ efectuaron un modelo de regresión múltiple en donde variables socio-regionales tales como: el nivel de servicios, estructura ocupacional y la autosuficiencia de empleo influyen en la conducta del individuo.

En este proyecto se elaboró una base de datos en Dbase-III, para posteriormente efectuar el análisis de los datos en el paquete SPSS/PC, efectuando:

- Estadística descriptiva.
- Al crear el **índice de cultura de prevención en salud** (ICPS) se construyeron diferentes modelos para explicar la cultura de prevención en salud, en la *primera fase* se efectuaron correlaciones de los diferentes grupos de variables: sociodemográficas (edad, sexo, trabajo, escolaridad), percepción de importancia (grado de importancia de efectuarse acciones preventivas antes que curar enfermedad, de haber asistido a realizarse sus detecciones, de aplicarse vacunas, de asistir a sesiones de educación para a salud, el hecho de haber sido

enviado por alguien al servicio); y las de factores de riesgo (tener algún familiar directo con DM, HTA, CaCu, CaMa). Posteriormente con aquellas que tuvieron mayor correlación se construyó un modelo de regresión lineal múltiple. En la segunda fase se realizaron regresiones lineales simples con cada variable y con las que explicaban la cultura se construyó otro modelo de regresión lineal múltiple. Ya en la tercera fase se construyeron cuatro modelos conceptuales; uno que incluyó todas las variables, y tres más con los diferentes modelos conceptuales, uno de variables de factores de riesgo, otro de variables sociodemográficas y el último de variables de percepción de importancia.

- Estimación de tasas, usando la fórmula $\frac{\text{No. de acciones efectuadas}}{\text{No. personas expuestas al riesgo}} \times 100$.
- Prueba de diferencia de proporciones.

4.0 RESULTADOS

4.1 RESULTADOS GENERALES

4.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La edad promedio de la población estudiada fue de 42.3 años (\pm 14.0 años), el 65.4% correspondió al sexo femenino y un 75.0% eran casados. El 42.9% contaba con escolaridad básica o no tenía ningún tipo de estudios. Mientras que el 51.2% se dedicaba a las actividades del hogar.

En lo referente al uso del servicio de medicina preventiva, el 54.3% reconoció haber utilizado el servicio en una o más de las acciones prioritarias que se efectúan en el mismo. De ellos un 68.1% lo usó en la DOD, un 81.9% en la DHTA, se aplicaron TT un 57.2%. Mientras que en lo concerniente al DOC y DOCMA lo habían efectuado un 62.0% y 53.3% de las mujeres respectivamente.

De los pacientes que acudieron a MP, un 40.3% acudió espontáneamente a solicitar el servicio; mientras que un 43.2% fue enviado por su médico, el resto de las personas que les habían remitido a medicina preventiva se muestra en la figura 3.

Al responder acerca de los antecedentes familiares un 37.5% refirió tener de DM, un 39.3% de HTA; y de las mujeres reconocieron tener antecedente

de CaCu y CaMa un 1.8% y 3.0% respectivamente, todo lo anterior en un familiar directo de la persona.

El 16.8% reconoció haber asistido durante el último año a sesiones de educación para la salud. Al responder acerca de la percepción de importancia de las diferentes actividades que se llevan a cabo en medicina preventiva un 52.0% de las personas respondieron que era muy importante efectuar acciones preventivas en lugar de curar o tratar de solucionar los problemas de salud cuando estos aparecen; y otro tanto opinó de la misma manera al responder acerca de la importancia de asistir a efectuarse detecciones. Un 55.2% opinó que es muy importante asistir a aplicarse las inmunizaciones correspondientes según la edad y factores de riesgo, el 50.8% respondió que es importante asistir a sesiones educativas para la salud. El total de las opiniones en cada una de las acciones se muestra en la figura 4.

4.1.2 ÍNDICE DE CULTURA DE PREVENCIÓN EN SALUD

El promedio del ICPS fue de 3.8 ± 4.0 , el 17.3% de la población estudiada presentó un índice de 10 (total de acciones preventivas); mientras que un 47.2% lo presentó de cero.

4.1.3 PRIMERA FASE

Las correlaciones entre las variables independientes con el ICPS fueron débiles, las que presentaron mayor correlación fueron: percepción de importancia de asistir a efectuarse detecciones (0.18), el haber asistido a sesiones de educación para la salud (0.15), la escolaridad (0.11), el sexo (-0.13) y la edad (0.26). El total de las correlaciones se muestra en el cuadro II. En el modelo de regresión múltiple que incluyó solo las variables que presentaron una correlación más alta con el ICPS ($R^2 = 0.13$; $p \leq 0.00001$) se observó que la edad, sexo, la percepción de importancia de asistir a efectuarse detecciones y haber asistido a sesiones de educación para la salud son variables que explican la cultura de prevención salud, estando presente también la escolaridad (cuadro III).

4.1.4 SEGUNDA FASE

Las variables que en los modelos simples predicen la cultura de prevención en salud fueron: edad (Beta = 0.06; $p = 0.0003$), percepción de importancia de asistir a detecciones (Beta = 0.8; $p = 0.01$), el asistir a sesiones de educación para la salud (Beta = 2.3; $p = 0.001$) y tener un familiar directo con CaMa (Beta = -3.6; $p = 0.03$). El cuadro IV muestra el total de las regresiones simples efectuadas. El modelo de regresión multivariado que se efectuó que se efectuó con estas variables ($R^2 = 0.16$; $p \leq 0.00001$) mostró que el tener algún familiar directo con CaMa, la percepción de

importancia de asistir a efectuarse detecciones y la edad son variables que explican la cultura de prevención en salud, estando presente el haber asistido a sesiones educativas (cuadro V).

4.1.5 TERCERA FASE

El modelo construido con las variables de factores de riesgo, no predijo la cultura ($p > 0.05$). El modelo que mejor explicó el perfil cultural con las variables de percepción de importancia ($R^2 = 0.03$; $p = 0.003$) incluyó las variables importancia de efectuar acciones preventivas ($p > 0.05$), importancia de asistir a realizarse detecciones ($Beta = 1.4$; $p = 0.006$) y la importancia de asistir a aplicación de vacunas ($p > 0.05$). (Cuadro VI)

El modelo que incluyó las variables sociodemográficas ($R^2 = 0.06$; $p = 0.003$) mostró que solo la edad explica la cultura ($Beta = 0.7$; $p \leq 0.0001$), estando presentes el trabajo, escolaridad, estado civil y el sexo; ver cuadro VII.

4.1.6 DESCRIPCIÓN DE TASAS

Las tasas de utilización de las diferentes acciones preventivas fueron: para DOD fue de 3.7×10 personas; la tasa de DHTA fue de 4.4×10 ; y en TT se presentó una tasa de 3.1×10 . Mientras que en las detecciones propias de

la mujer la tasa de utilización del DOC fue de 6.2 X10 mujeres; y la de DOCMA fue de 5.3 X10 mujeres.

4.1.7 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Se observó que un 54.3% ($p \leq 0.0001$) de los entrevistados habían usado el servicio de medicina preventiva en cualquiera de las acciones que se efectúan en él.

4.2 ESTRATO DE HOMBRES

4.2.1 DESCRIPCIÓN DEL ESTRATO DE HOMBRES

El análisis por sexo mostró que los hombres presentaron una edad promedio de 41.7 años (± 14.7 años), el 67.8% eran casados. El 31.8% contaba con escolaridad básica o no tenía ningún tipo de estudios. Mientras que el 87.5% se laboraba como empleado de alguna empresa o en forma independiente.

En lo referente al uso del servicio de medicina preventiva, el 51.1% reconoció haber utilizado el servicio en una o más de las acciones prioritarias que se efectúan en el mismo. De ellos un 75.6% lo usó en la DOD, un 84.4% en la DHTA; y se aplicaron TT un 66.7%.

De los varones que asistieron a MP un 38.6% manifestó haber acudido al servicio de medicina preventiva espontáneamente, mientras que un 36.4% fue referido por el médico; y un 15.9% asistió por ser enviado por su centro de trabajo; el resto de las personas que les habían remitido a medicina preventiva se muestra en la figura 5.

Al responder acerca de los antecedentes familiares un 33.3% refirió tener de DM, un 33.3% de HTA, lo anterior en un familiar directo de la persona. Solamente un 15.3% reconoció haber asistido durante el último año a sesiones de educación para la salud. Al responder acerca de la percepción de importancia de las diferentes actividades que se llevan a cabo en medicina preventiva un 52.3% de las personas respondieron que era muy importante efectuar acciones preventivas en lugar de curar o tratar de solucionar los problemas de salud cuando estos aparecen; y otro tanto opinó que solo es importante al cuestionársele acerca el asistir a efectuarse detecciones. Un 51.2% opinó que es importante ir a aplicarse las inmunizaciones correspondientes según la edad y factores de riesgo, el 54.0% respondió que es importante presentarse a sesiones educativas para la salud. El total de las opiniones en cada una de las acciones se muestra en la figura 6.

4.2.2 ÍNDICE DE CULTURA DE PREVENCIÓN EN SALUD

El promedio del ICPS en el estrato de hombres fue de 1.1 ± 1.2 , el 26.0% de ellos presentaron un índice de 3 (total de acciones preventivas); mientras que un 50.0% lo presentaron de cero.

4.2.3 PRIMERA FASE

Las correlaciones de las variables continuaron siendo débiles. Las variables que presentaron mayor correlación con la cultura fueron: la percepción de importancia de asistir a sesiones de educación para la salud (0.040); el estado civil (0.037); y la percepción de importancia de asistir a sus detecciones (0.25). En el cuadro VIII se muestra el total de las correlaciones resultantes entre las variables estudiadas con la cultura de prevención en salud. En el modelo de regresión múltiple que incluyó solo las variables que presentaron una correlación más alta con la cultura ($R^2 = 0.12$; $p = 0.03$) se muestra en el cuadro IX.

4.2.4 SEGUNDA FASE

Las variables que en los modelos simples explicaron la cultura fueron: estado civil (Beta = 0.64; $p = 0.03$), percepción de importancia de asistir a detecciones (Beta = 0.44; $p = 0.01$), importancia de asistir a sesiones de educación para la salud (Beta = 0.3; $p = 0.03$); y haber asistido a sesiones de educación para la salud (Beta = 1.12; $p = 0.003$); el cuadro X muestra el

total de las regresiones simples efectuadas. El modelo multivariado de regresión lineal que se construyó con estas variables y que explica la mayor variabilidad ($R^2 = 0.15$; $p \leq 0.009$) mostró que solo el haber asistido a sesiones educativas predice la cultura ($Beta = 0.98$; $p = 0.01$), estando presentes la percepción de importancia de asistir a efectuarse detecciones y la de asistir a sesiones educativas, así como el estado civil. (Cuadro XI).

4.2.5 TERCERA FASE

Los modelos contruidos con las variables de factores de riesgo, sociodemográficas y de percepción de importancia no explicaron la cultura de prevención en salud ($p > 0.05$).

4.3 ESTRATO DE MUJERES

4.3.1 DESCRIPCIÓN DEL ESTRATO DE MUJERES

El análisis del sexo femenino se observó que presentaron una edad promedio de 42.6 años (± 13.7 años), el 78.8% eran casadas. El 48.8% contaba con escolaridad básica o no tenía ningún tipo de estudios. Mientras que el 78.3% se dedicaba a las labores propias del hogar.

En lo referente al uso del servicio de MP, el 56.0% reconoció haber utilizado el servicio en una o más de las acciones prioritarias que se efectúan en el

mismo. De ellas un 64.5% lo usó en la DOD, un 80.6% en la DOHTA, se aplicaron TT un 52.7%; y se efectuaron DOC y DOCMA un 62.0% y 53.3% respectivamente.

De ellas un 41.0% manifestó asistir por iniciativa propia al servicio de medicina preventiva, el 46.3% fue enviado por el médico; y un 6.3% por personal de enfermería, el resto de las personas que les habían remitido a medicina preventiva se muestra en la figura 7.

Al responder acerca de los antecedentes familiares un 39.6% refirió tener de DM, un 42.4% de HTA, un 1.8% Y 3.1% CaCu y CaMa respectivamente, todo lo anterior en un familiar directo de la persona. Solamente un 17.6% reconoció haber asistido durante el último año a sesiones de educación para la salud. Al responder acerca de la percepción de importancia de las diferentes actividades que se llevan a cabo en medicina preventiva un 51.9% de las personas respondieron que era muy importante efectuar acciones preventivas en lugar de curar o tratar de solucionar los problemas de salud cuando estos aparecen; y un 56.1% opinó de la misma manera al cuestionársele acerca de la importancia de asistir a efectuarse detecciones. Un 59.6% opinó que es muy importante asistir a aplicarse las inmunizaciones correspondientes según la edad y factores de riesgo, el 43.6% respondió que de la misma forma acerca de asistir a sesiones

educativas para la salud. El total de las opiniones en cada una de las acciones se muestra en la figura 8.

4.3.2 ÍNDICE DE CULTURA DE PREVENCIÓN EN SALUD

El promedio del ICPS en el estrato de mujeres fue de 1.7 ± 1.9 . El 12.1% de las mujeres estudiadas presentaron un índice de 5 (total de acciones preventivas); mientras que un 44.8% lo presentó de cero.

4.3.3 PRIMERA FASE

Las correlaciones de las variables fueron débiles. Las variables que mayor correlación presentaron fueron: la edad (0.31); la percepción de importancia de asistir a efectuarse sus detecciones (0.17); y haber asistido a sesiones de educación para la salud (0.13); el total de las correlaciones se muestra en el cuadro XII. En el modelo de regresión múltiple que incluyó solo las variables que presentaron una correlación más alta con la cultura ($R^2 = 0.15$; $p = 0.0003$) se observó que la edad (Beta = 0.05; $p \leq 0.0001$) y la percepción de importancia de asistir a realizarse detecciones (Beta = 0.41; $p \leq 0.04$) explican la cultura, estando presentes el antecedente familiar de hipertensión arterial, haber asistido a sesiones de educación para la salud, la escolaridad y estado civil . (cuadro XIII).

4.3.4 SEGUNDA FASE

Las variables que en los modelos simples se asociaron con la cultura fueron: edad (Beta = 0.43; $p \leq 0.001$); haber asistido a sesiones de educación para la salud (Beta = 0.87; $p = 0.02$); y el antecedente familiar directo de cáncer mamario (Beta = -1.77; $p = 0.03$); el cuadro XIV muestra el total de las regresiones simples. El modelo de regresión múltiple que se construyó con estas variables ($R^2 = 0.13$; $p = 0.0001$) mostró que solo la edad explica la cultura (Beta = 0.03; $p \leq 0.0001$), estando presentes el antecedente familiar de cáncer mamario y la asistencia a sesiones educativas de salud. (Cuadro XV).

4.3.5 TERCERA FASE

Los modelos construidos con las variables de factores de riesgo, y de percepción de importancia explicaron la cultura ($p > 0.05$). Solo el modelo construido con las variables sociodemográficas ($R^2 = 0.11$; $p = 0.0006$) mostró que la edad predijo la cultura (Beta = 0.04; $p \leq 0.0001$), estando presentes trabajo, escolaridad y estado civil (cuadro XVI).

5.0 DISCUSIÓN

La cultura de salud es un tema que en el que se ha tomado especial interés por las autoridades tanto de salud como educativas, durante el presente Gobierno Estatal se han establecido acuerdos entre la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud, para desarrollar un programa de cultura de salud en alumnos del estado de Nuevo León, en dicho programa se pretende incluir en las currícula escolares mensajes importantes para la prevención de ECD, enfermedades infecciosas (enfermedades de transmisión sexual, VIH/Sida, dengue, tuberculosis, cólera) así como accidentes y adicciones en las escuelas primarias y secundarias.¹⁹

Cabe mencionar que este capítulo se efectuó en dos vertientes, la primera con base a la metodología utilizada en el plan de análisis y la otra a los resultados obtenidos.

5.1. DISCUSIÓN METODOLÓGICA

El abordaje propuesto para el análisis de los resultados fue dividido en un análisis general y posteriormente en un análisis por género. En cada uno de ellos el objetivo fue construir modelos de regresión múltiple a partir de tres vertientes la primera de ellas basada en el grado de correlación con la variable dependiente, la segunda de acuerdo al análisis de regresión

simple de la totalidad de las variables; en tanto la tercera fue concebida desde un punto de vista conceptual en donde se incluyeron variables sociodemográficas, de percepción de importancia y de factores de riesgo; las cuales ya fueron explicadas ampliamente en el marco teórico.

Este abordaje tiene la ventaja de permitir realizar el análisis desde diferentes perspectivas. Teniendo presente de que se pueden obtener diferentes resultados en cada una de ellas lo cual se convierte en un elemento que puede ser empleado por los directivos en salud, tomando en cuenta las prioridades institucionales en política de salud.

5.1.1 ÍNDICE DE CULTURA DE PREVENCIÓN EN SALUD

Se construyó un índice de acuerdo a las variables que contabilizaban los servicios preventivos, teniendo una escala de 0-10. La ventaja de construir este índice es que se propone una concepción integral de los servicios de salud que deben ser utilizados por el individuo determinado a su vez que la intensidad de uso de los servicios es importante para tener una cultura de prevención en salud. La discusión aquí se abre en el sentido de cómo equiparar el uso de los servicios entre hombres y mujeres considerando que las necesidades son diferentes en cada sexo. La decisión adoptada buscó hacer más equiparable los servicios necesarios en cada sexo encontrando en la ponderación la respuesta más adecuada a ello.

Esta limitante se resolvió al proceder a efectuar el análisis por sexo ya que en este caso nos requería de ajustar las ponderaciones a cada detección efectuada, tomando directamente los servicios usados, pero consideramos que era necesario conocer el comportamiento general ya que la población esta integrada por individuos de ambos géneros y los sistemas de salud deben tomar esto en cuenta.

5.1.2 MODELOS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE BASADOS EN LA CORRELACIÓN

La generación del índice que evalúa la cultura en prevención permitió conocer la correlación entre éste y el resto de las variables estudiadas, permitiendo conocer el grado de asociación entre cada una de ellas, obteniéndose una lista de intensidad de asociación, la ventaja de conocer la correlación es que de la posibilidad de saber cuales son las variables que deben ser incluidas para construir un modelo de regresión que explique la cultura de prevención, entrando solo aquellas variables con correlación alta, esto tiene la desventaja de ser un abordaje muy técnico que se aleja de los aspectos conceptuales pero que permite la construcción de modelos que tratan de explicar la realidad.

5.1.3 MODELOS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE BASADOS EN REGRESIONES SIMPLES

En este caso se decidió la construcción de los modelos múltiples a partir del análisis realizado mediante la regresión simple, se incluyeron aquellas variables que resultaron significativas lo cual desde el punto de vista técnico es considerado adecuado. Al igual que en abordaje anterior este análisis se establece en terrenos eminentemente técnicos con sus consecuentes ventajas y desventajas que ello implica. Y que ya fueron comentadas en el párrafo anterior.

5.1.4 MODELOS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE BASADOS EN LOS ASPECTOS CONCEPTUALES

Para la construcción de los modelos de regresión múltiple se consideraron tres aspectos conceptuales, independientemente del grado de correlación o del resultado del análisis de la regresión simple. Estos tres aspectos incluyeron aspectos sociodemográficos, factores de riesgo y factores educacionales. Evidentemente aquí se tiene la desventaja de que las variables propuestas no necesariamente tengan una afinidad con la variable dependiente y que estadísticamente no tengan ninguna representatividad, pero es eso precisamente lo que hace la diferencia entre el técnico y el investigador ya que este último propone abordajes

basados en un contexto social y conceptual que variará dependiendo de sus ideales y valores.

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De las personas encuestadas de un 50 a 80% habían realizado diferentes acciones preventivas, esto contrario a lo que se menciona que en el Estado de Nuevo León fue el primer estado de América Latina en obtener la certificación de cobertura por parte de la OPS; con lo cual el 100% de la población tiene acceso al Paquete Básico de Servicios de Salud, que incluye los 12 programas que llegan aun a los lugares más alejados del estado y que entre estos programas se incluyen el de HTA, DM y el de control y detección de CaCu yCaMa.¹⁹ Esto es de llamar la atención a las autoridades de salud del Estado de Nuevo León, ya que si tomamos en cuenta que casi el 80% de la población del estado en donde se efectuó el estudio se encuentra concentrada en el área metropolitana;^{1, 24} y que según lo anterior todos ellos tienen acceso a instituciones de salud, aun aquéllos que habitan en la zona más alejada,¹⁹ hecho que pone de manifiesto que aunque en la entidad se tiene acceso al Paquete Básico de Servicios de Salud, la población no utiliza este servicio.

Con base en lo anterior cabe mencionar que de las personas que se efectuaron alguna acción preventiva llama la atención que solo cuatro

de cada diez personas manifestaron acudir por iniciativa propia a efectuarse alguna acción preventiva, este hecho pone de manifiesto que la población no reúne la cultura de la salud necesaria para asistir en forma espontánea a efectuarse estas acciones, sin mencionar aquel grupo que no se realiza detección alguna. Akimova y cols.²⁷ mencionan que las personas comprenden la importancia de las acciones preventivas y se preocupan por su salud. Sin embargo en nuestra población el grupo que presentó esta actitud fue menos del 50%.

Además la misma cantidad de personas fue enviada por su médico, y es notoria la baja participación del equipo multidisciplinario de salud, así como por el personal médico y paramédico de empresas; ya ha sido reportado que la falta de práctica preventiva por parte de los profesionales de salud es un problema y que es necesario que estos cambien sus actitudes sobre todo en atención primaria.²⁸

Es notoria la baja participación de la población estudiada en lo referente a las sesiones educativas para la salud, esto hace patente la importancia de los educadores en salud, no solo en la prevención de la enfermedad como medio para modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo; sino también en la incorporación de conocimientos de

la población en relación con la salud, además de la comprensión y habilidades que promuevan la salud.²⁹

Se observa además que a pesar de que la mayoría de las personas encuestadas opinaron que el efectuarse acciones preventivas es de importante a muy importante, solamente de 5 a 8 de cada diez se habían efectuado alguna acción preventiva. Este hecho pone de manifiesto que no siempre lo que las personas piensan o perciben como correcto es sinónimo de que se realiza, o también que ellos no perciben como una necesidad de salud el efectuarse acciones preventivas. Mientras que los pacientes con que ya tienen una ECD, perciben como una necesidad de salud en ellos de detectar oportunamente las complicaciones propias de la enfermedad.³⁰ Este aspecto da pauta a iniciar líneas de investigación en áreas de cambios de conducta de las personas de acuerdo a sus percepciones y conocimientos ya que como pasó en esta población, se discierne la importancia, pero hay situaciones, factores o creencias que determinan el que la persona efectúe o no un cambio de conducta positivo en salud, pudiendo ser uno de ellos la falta de confianza en los servicios de salud y el personal que en él labora lo que determina que utilicen o no los servicios. 4.²⁷

Otro aspecto importante es el hecho de que casi la mitad de las personas encuestadas percibían salario por sus actividades. Esto pone de manifiesto que la condición de laborar en alguna empresa, en forma independiente o bien siendo persona jubilada o pensionada permite que las personas tengan fácil acceso a las acciones preventivas ya sea porque son enviadas como un requisito de su centro de trabajo, o por iniciativa propia; y que de alguna manera tienen seguridad social.³¹ El resto son personas que se dedican a las actividades propias del hogar, y que puede ser que tengan o no tengan acceso a la seguridad social en calidad de beneficiarias, pero esta situación no les quita la oportunidad de que se efectúen acciones preventivas ya que estas son Programas Prioritarios del Sector Salud, y están a la disposición de toda la población; así como el hecho que ellas están expuestas a medios de comunicación masivos, según el convenio de la Cámara de la Radio y Televisión con la Secretaría de Salud.¹⁹ Cabe mencionar que este hecho no es sinónimo de que por esta razón las personas hayan asistido a solicitar alguna acción preventiva a los Servicios de Salud.

Estos aspectos abren líneas de investigación en lo referente a los factores que determinan la cultura de prevención en salud de la población, ya que estos podrán explicar de una manera más efectiva el uso de los servicios de medicina preventiva por la población en general.

El total de las correlaciones del ICPS con el resto de las variables fueron débiles, y este mismo comportamiento se presentó tanto en el estrato de hombres como en el de mujeres. Avis y cols.³² reportaron que había relación entre conocimiento con la educación y el sexo femenino, pero este conocimiento no se relacionaba con cambios de conducta para reducir el riesgo.

El modelo de regresión lineal mostró que las personas que asistieron a sesiones de educación para la salud, tienen una cultura de prevención en salud; ya ha sido reportado que la educación, formación, investigación, legislación coordinación de políticas y desarrollo comunitario son parte importante en la promoción para la salud, que es una estrategia para que las personas incrementen y mejoren su propia salud.³³ De igual manera el tener percepción de importancia de asistir a efectuarse detecciones; se a mencionado que las personas se preocupan por su salud y dan importancia a las acciones preventivas pero tienen desconfianza del servicio de las instituciones de salud.²⁷ Además mostró que las personas del sexo femenino y las que tienen mayor edad son las que poseen esta cultura; ya se ha reportado que más del 80% de las mujeres se realizaron acciones preventivas mientras que más del 30% de las personas con 40 años y más de efectuaron acciones preventivas propias de la edad.³⁴ Es pertinente mencionar además que en nuestro medio se ha incrementado

la población mayor de 65 años, muestra de ello es que en el IMSS Nuevo León del año 1998 a 1999 este grupo de edad se incrementó en un 5%;^{1, 35} las cuales son personas pensionadas o jubiladas y una buena parte de ellos pertenecen a clubes de la tercera edad en los cuales se fomenta la cultura de prevención en salud,³⁶ esto da pauta para seguir una línea de investigación en personas de la tercera edad y su cultura de prevención así como la relación de esta con los centros de seguridad social, clubes de la tercera edad y de autoayuda; en lo referente al sexo femenino habría que iniciar otra línea de género y uso de los servicios preventivos de salud.

Este mismo comportamiento se observó al efectuar las regresiones simples en donde es de llamar la atención que se agrega la variable antecedente familiar de CaMa. Es sabido que el cáncer es una de las principales causas de morbilidad general en el país, durante 1999 se reportó que en México en el grupo de 35 a 44 años los tumores malignos ocuparon el tercer lugar como causa de mortalidad general y de ellos el de mama se presentó con una tasa de 4.9 X 100,000 habitantes; mientras que en el grupo de 45 a 54 años las neoplasias malignas ocuparon el primer lugar como causa de mortalidad general y el CaMa presentó una tasa de 14.1 X 100,000 habitantes.¹⁵

Por otra parte en el modelo que predice la cultura de prevención en salud con las variables que se asociaron a este en las regresiones simples, se observó que el antecedente familiar de CaMa disminuye la cultura de prevención en salud, contrario a lo reportado por Nemcek³⁷ quien menciona que el hecho que la mujer que presenta antecedente familiar o de alguna amiga con CaMa se practica con más frecuencia el autoexamen mamario (AEM) que la que no tiene antecedente.

Además este patrón se puede ser debido al temor de la mujer de conocer que tiene riesgo y no superar esa percepción de poder contraer la enfermedad, se ha reportado que las mujeres perciben riesgo de contraer CaMa en diferentes grados; además de percibir que la AEM no tiene ninguna utilidad.³⁸ Cabe mencionar, que este comportamiento seguido en toda la población se mantiene al hacer el análisis en el estrato de mujeres.

Dentro de los modelos efectuados con base conceptual, llama la atención que en el modelo de factores de riesgo no mostró ninguna asociación con la cultura de prevención en salud, esto contrario a lo reportado por Lai y cols.³⁹ quienes encontraron asociación entre la susceptibilidad de las personas a padecer una enfermedad y su conducta preventiva.

La importancia de asistir a efectuarse detecciones fue la única variable asociada la cultura en el modelo de percepción de importancia; mientras que este mismo modelo en forma estratificada por género no mostró asociación alguna. Amonkar y cos.⁴⁰ reportaron que el temor de la mujer de que el resultado positivo de la mamografía y/o Papanicolaou son una barrera para la utilización de los servicios preventivos.

Por otro lado en el modelo efectuado con las variables sociodemográficas, la edad es la única variable que se relaciona con la cultura; este mismo comportamiento se observa en el estrato de las mujeres mientras que en de los hombres no se asoció ninguna. Ya ha sido reportado que la edad se asocia a la cobertura de atención preventiva.⁴¹

Es pertinente mencionar que todos los modelos de regresión lineal presentaron una variabilidad escasa, de igual manera los coeficientes de las variables que se asociaron al perfil cultural de prevención en salud en cada uno de los modelos. Esto da pauta para seguir con una línea de investigación en la cual se determinen de forma específica aquellas variables que en este trabajo no fueron incluidas, y hacer búsqueda de las que incluyen los cambios de la conducta humana principalmente los positivos para la búsqueda del mantenimiento de su salud.

Se ha reportado por algunas instituciones de salud el cumplimiento de metas en más de un 80%, en los diferentes programas de salud como el de DOD, DOC y DOCMA;¹ sin embargo, en nuestra población las tasas de utilización fueron bajas, y variaron en un rango de 3 a 6 por 10, en cada una de las acciones preventivas. Este comportamiento pudiera ser explicado por el tipo de aseguramiento de las personas encuestadas, pero esta es una variable que en este trabajo no se tomó en cuenta, además podría ser el hecho de que las personas desconocen que estos están al alcance de toda la población independientemente de su condición de aseguramiento. Lo anterior abre una línea de investigación en lo referente a la utilización de los servicios de medicina preventiva y la condición de aseguramiento de los usuarios.

Trabajos como éste apoyan las políticas de salud en México, ya que para lograr el éxito en éstas, es necesario que se tome en cuenta las diferentes prácticas de la población encaminadas para el logro de la obtención de salud, tomar en cuenta la herencia cultural que se transmite de generación en generación y la cual cuenta entre la población con un arraigo que prevalece aun al avance científico y tecnológico.

Se han realizado esfuerzos por la comunidad internacional, encabezados por la OMS; uno de ellos es la Conferencia Internacional efectuada en

Otawa, Canadá;¹² en este encuentro los países participantes se comprometieron a cumplir con el objetivo común de la reunión: salud para todos; este encuentro favoreció que tanto profesionales de la salud, como representantes gubernamentales y comunitarios coordinaran sus esfuerzos para definir su compromiso individual y colectivo. Esto definitivamente no pudiera llevarse a cabo si además de la participación de los que asistieron, no se hubieran unido cada una de las personas de los países involucrados.

En nuestro país son notorios los avances para cumplir con ese objetivo; por un lado la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos declara que todos los mexicanos tienen derecho a la salud,³¹ y el esfuerzo del gobierno tanto federal como de cada uno de los estados para efectuar políticas de salud dirigidas a la obtención de la ésta. Pero estas directrices que son encabezadas por los funcionarios, debiera estar apoyada por cada uno de los individuos que conforman este país. De esta forma la salud para todos, pasará de ser una utopía y se convertirá en una realidad, se hace necesario entonces que cada una de las personas que habitan aquí se hagan responsables de su propia salud, que esta deje de ser solo responsabilidad del Sector Salud, y que en forma individual y colectiva se realicen estos esfuerzos, así como prácticas de autocuidado y autoayuda para el logro de un bienestar total.

5.3 CONCLUSIONES

- La población que mostró cultura de prevención en salud fue el 54.3%, ya que utilizó el servicio de medicina preventiva en alguna acción preventiva durante el último año.
- Los habitantes de la zona metropolitana de Monterrey que poseen una cultura de prevención en salud acuden a medicina preventiva principalmente a efectuarse la DHTA y las mujeres al DOC; asisten en iguales proporciones enviados por el médico o por iniciativa propia; en una mayor proporción tienen estudios de secundaria o menos, y son casados. De la misma forma una parte superior de la población son mujeres y se dedican al hogar.
- Las tasas de utilización de las acciones preventivas variaron de un 30 a 60%.
- La edad, sexo, la percepción de importancia de asistir a detecciones y a sesiones de educación para la salud; haber asistido a sesiones de educación para la salud y el antecedente familiar de cáncer mamario son variables que explican la cultura de prevención en salud. Lo anterior en forma general y por estratos.
- Un 17.3% presentó un ICPS de 10 , mientras que un 26.0% de los hombres presentaron un índice de 3; y un 12.1% de las mujeres de 5.

5.4. RECOMENDACIONES

5.4.1. RECOMENDACIONES DE SALUD

- Implementación y supervisión de estrategias de participación del equipo multidisciplinario de salud en la utilización de las acciones preventivas existentes en el sistema de salud, como parte integral de la cultura imperante en la localidad.
- Para lograr lo anterior es necesario la participación del mismo equipo multidisciplinario de salud, como educadores, con implementación de estrategias que logren cambios positivos en salud.
- Interacción del sistema de salud, con diferentes grupos de la comunidad tanto de la tercera edad, escolares, trabajadores y amas de casa.
- Coordinación de funcionarios gubernamentales, de salud y líderes comunitarios para definir compromisos en lo referente a salud y retomar el hecho que la salud es un compromiso de todos, pero que éste empieza con cada persona como responsable.

5.4.2 RECOMENDACIONES DE INVESTIGACIÓN

- Línea de investigación en conducta, de acuerdo a percepciones y conocimientos.
- Líneas de investigación en la utilización de los servicios de salud.

- Búsqueda intencionada de factores que determinan la utilización de los servicios de salud.
- Investigar en grupos específicos las necesidades de salud y su cultura de prevención.
- Línea de investigación en la utilización de los servicios de MP con relación a la condición de aseguramiento.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Anuario Estadístico y diagnóstico situacional de oferta, demanda, servicios médicos otorgados y morbimortalidad, gastos y metas de la Delegación Regional en Nuevo León*. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999.
2. Reunión de la Coordinación de Salud Comunitaria. Instituto Mexicano del Seguro Social. Efectuada en noviembre 23 de 1999, en el hospital General de Zona No. 6, Instituto Mexicano del Seguro Social; Delegación Nuevo León.
3. Organización Mundial de la Salud. Reporte de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, 1986.
4. García JC. *Pensamiento social en salud en América Latina*. 1ª. Ed en español 1994. Ed. Interamericana, México.
5. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 1997; 39:442-450.
6. Arredondo A; Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública Mex* 1992;34:36-49
7. Donabedian A. *Aspectos de la administración de la atención médica*. 1ª. Ed. En español. México, 1987.

8. Canales M, Almada B, Navarro R. La mortalidad en una población rural en México y su relación con el uso de los servicios médicos antes de la muerte. *Salud Pública de México*, 1984; 26: 404-414.
9. Rosentostock I M. Por qué la gente utiliza los servicios de salud. En *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Editor principal: Withe K L. Organización Panamericana de la salud, 1992.
10. Tanner L; et al. Predicting physician utilization in medical care. *Health Services Research*, 1983; 20: 263-269.
11. Treviño GMN y cols. *Indicadores de los servicios de salud*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 1994.
12. Carta de Ottawa para la Promoción a la Salud, en *Promoción de la salud: una antología*. Organización Panamericana de la Salud, 1996.
13. Promoción de la salud y equidad. Conferencia Internacional de Promoción a la Salud, en *Promoción de la salud: una antología*. Organización Panamericana de la Salud, 1996.
14. Frenk J. La salud de la población. *Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica. México, 1994.
15. Secretaría de Salud. Dirección General de Informática y Estadística. *Anuario Estadístico*, 1999.
16. Norma técnica No. 21 para la Prestación de Servicios de Atención Primaria a la Salud. Publicada 7 de julio de 1986, Diario Oficial de la Federación. México 1986.

17. Rojas Soriano Raúl. *Crisis salud enfermedad y práctica médica*. 2ª. Ed. 1997. Plaza y Valdés Editores. México D.F.
18. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. "Hacemos lo que podemos" los prestadores del servicio frente al problema de la utilización. *Salud Pública Mex* 1997; 39:546-553.
19. Servicios de Salud de Nuevo León. *Programa Estatal de Salud, 1997 - 2003*. Subsecretaría de Salud. Gobierno del Estado de Nuevo León. 1998.
20. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. México: Ed. McGraw-Hill. 1991.
21. Ary D, Jacobs LCh, Razaviech A. *Introducción a la investigación Pedagógica*. México: Ed. Interamericana, 2ª. Ed. 1987.
22. Salinas Martínez AM; Villarreal Ríos E; Garza Elizondo ME. *La investigación en ciencias de la salud, una actividad sencilla*. México: Subdirección de Educación Continua de la Facultad de Medicina, UANL. 1996.
23. Secretaría de salud. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*, 1987.
24. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. *XI Censo general de población y vivienda, 1990*. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 1990.
25. Orbell S, Sheeran P. Inclined abstainers': a problem for predicting health-related behaviour. *Br J Soc Psychol* 1998; 37:151-165.

26. Karvonen S; Rimpela A. Socio-regional context as a determinant of adolescents health behaviour in Finland. *Soc Sci Med* 1996; 43:1467-1474.
27. Akimova EV, Gafarov VV, Dracheva LV, Kuznetsov VA. Attitude of urban population to health and knowledge about risk factors of cardiovascular diseases according to postal questionnaire. *Ter Arkh* 1999; 71: 16-18.
28. Njah M, Ben Ahmed S, Marzouki M. Cancer of the breast and uterine cervix: knowledge level and preventive practices in a segment on the Tunisian population. *Sante* 1994; 4: 299-302.
29. Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la Salud: una antología*. Organización Panamericana de la Salud. 1996.
30. Barraza A, Salinas AM. *Necesidades de Salud y sus determinantes en diabéticos tipo 2. ¿Similares en población urbana y rural?* Síntesis Ejecutiva. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1999
31. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Artículo 123, fracción XXIX. México, 1999.
32. Avis NE, McKinlay JB, Smith KW. Is cardiovascular risk factor knowledge sufficient to influence behavior? *Am J Prev Med* 1990; 6: 137-144.
33. Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud, en *Promoción de la salud: una antología*. Organización Panamericana de la Salud, 1996.

34. Fielding JE, Knight KK, Goetzel RZ, Laouri M. Utilization of preventive health services by an employed population. *J Occup Med* 1991; 33: 985-990.
35. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Anuario estadístico y diagnóstico situacional de oferta, demanda, servicios médicos otorgados, morbi-mortalidad, gastos y metas de la Delegación Regional en Nuevo León*. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1998.
36. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Nueva Ley del Seguro Social*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México 1996.
37. Nemcek MA. Health beliefs and preventive behavior. *Aaohn Journal* 1990; 38: 127-137.
38. Garza ME, Salinas AM, Villarreal E, Núñez GM. Autoexamen mamario. Educación e impacto. *Rev Enferm IMSS* 2000; 8: 5-10.
39. Lai JC, Hamid PN, Cheng ST. Health beliefs and optimism as predictors of preventive health decisions in Hong Kong Chinese. *Psychol Rep* 2000; 86:1059-70.
40. Amonkar MM, Madhavan S, Rosenbulth SA, Simon KJ. Barriers and facilitators to providing common preventive screening services in managed care settings. *J Community Health* 1999; 24:229-47.
41. Hagdrup NA, Simoes EJ, Brownson RC. Health care coverage: traditional and preventive measures and associations with chronic disease risk factors. *J Community Health* 1997; 22:387-99.

ANEXO

6. De las siguientes acciones preventivas cuáles debiera usted tener?

ACTIVIDADES MÉDICO PREVENTIVAS	SÍ	NO	NO APLICA
Detección oportuna de diabetes			
Detección oportuna de hipertensión			
Detección oportuna de cáncer cérvicouterino			
Detección oportuna de cáncer mamario			
Vacuna toxoide tetánico			

7. Qué tan importante es para usted efectuar acciones preventivas en lugar de curar enfermedades?

- 1) Nada importante 2) Poco importante 3) Regularmente importante
4) Importante 5) Muy importante

8. Qué tan importante cree usted que sea el que la persona asista a medicina preventiva a efectuarse sus detecciones?

- 1) Nada importante 2) Poco importante 3) Regularmente importante
4) Importante 5) Muy importante

9. Qué tan importante cree usted que sea el que la persona asista a medicina preventiva a efectuarse sus vacunas?

- 1) Nada importante 2) Poco importante 3) Regularmente importante
4) Importante 5) Muy importante

10. Qué tan importante cree usted que sea el que la persona asista a medicina preventiva a clases de educación para la salud?

- 1) Nada importante 2) Poco importante 3) Regularmente importante
4) Importante 5) Muy importante

11. Que trabajo o actividad realiza?

- 1) Ama de casa 2) Empleado 3) Pensionado/jubilado
4) Estudiante 5) Trabajo independiente

12. Qué escolaridad tiene?

- 1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria/Técnica 4) Preparatoria
5) Profesional

13. Cuál es su estado civil?

- 1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado 4) U. Libre

14. Cuántos años tiene? _____ Hombre _____ Mujer _____

FIGURAS

Figura 1. Marco conceptual con las variables incluidas en el estudio.

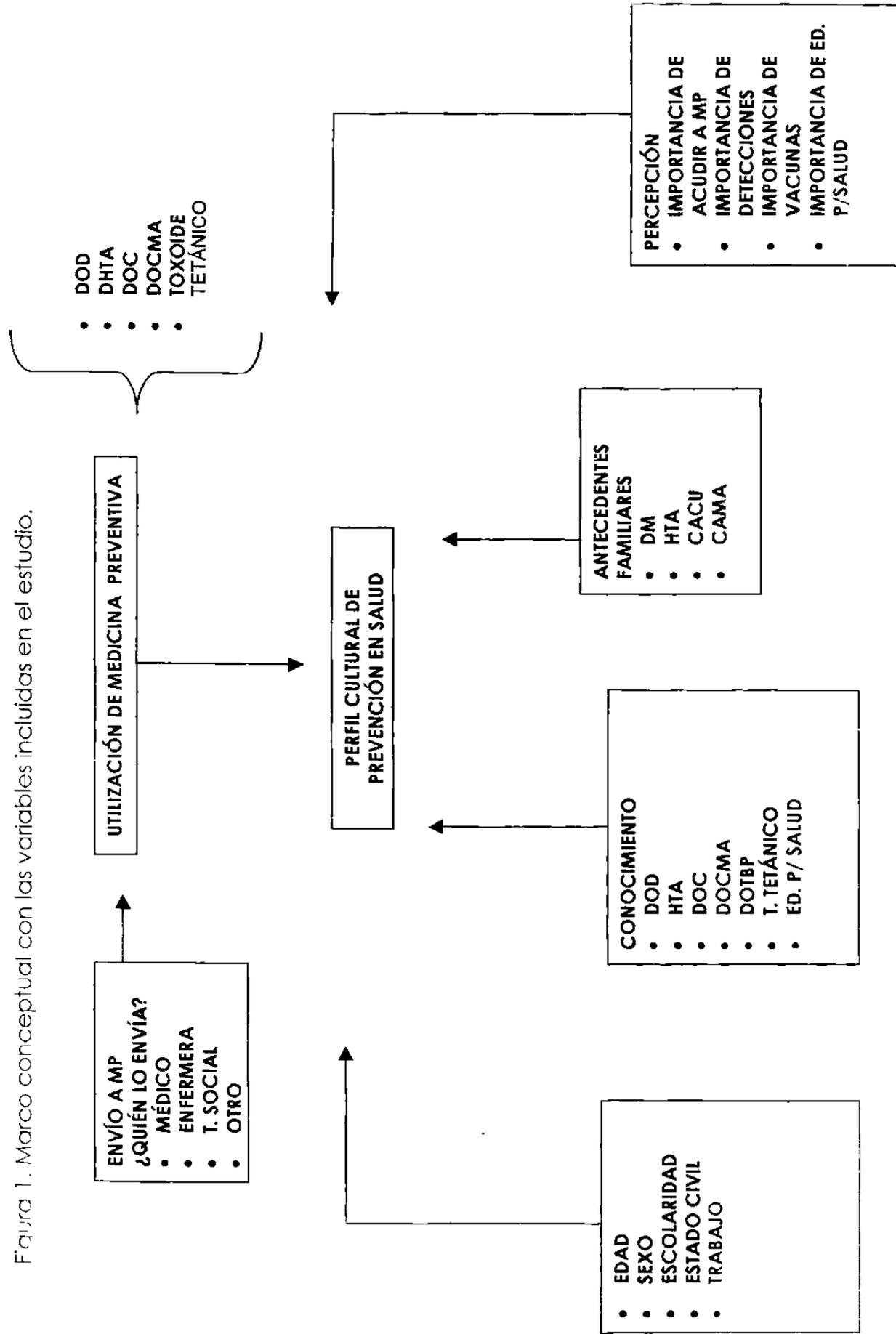


Figura 2. Flujoograma de la selección de viviendas en cada municipio.

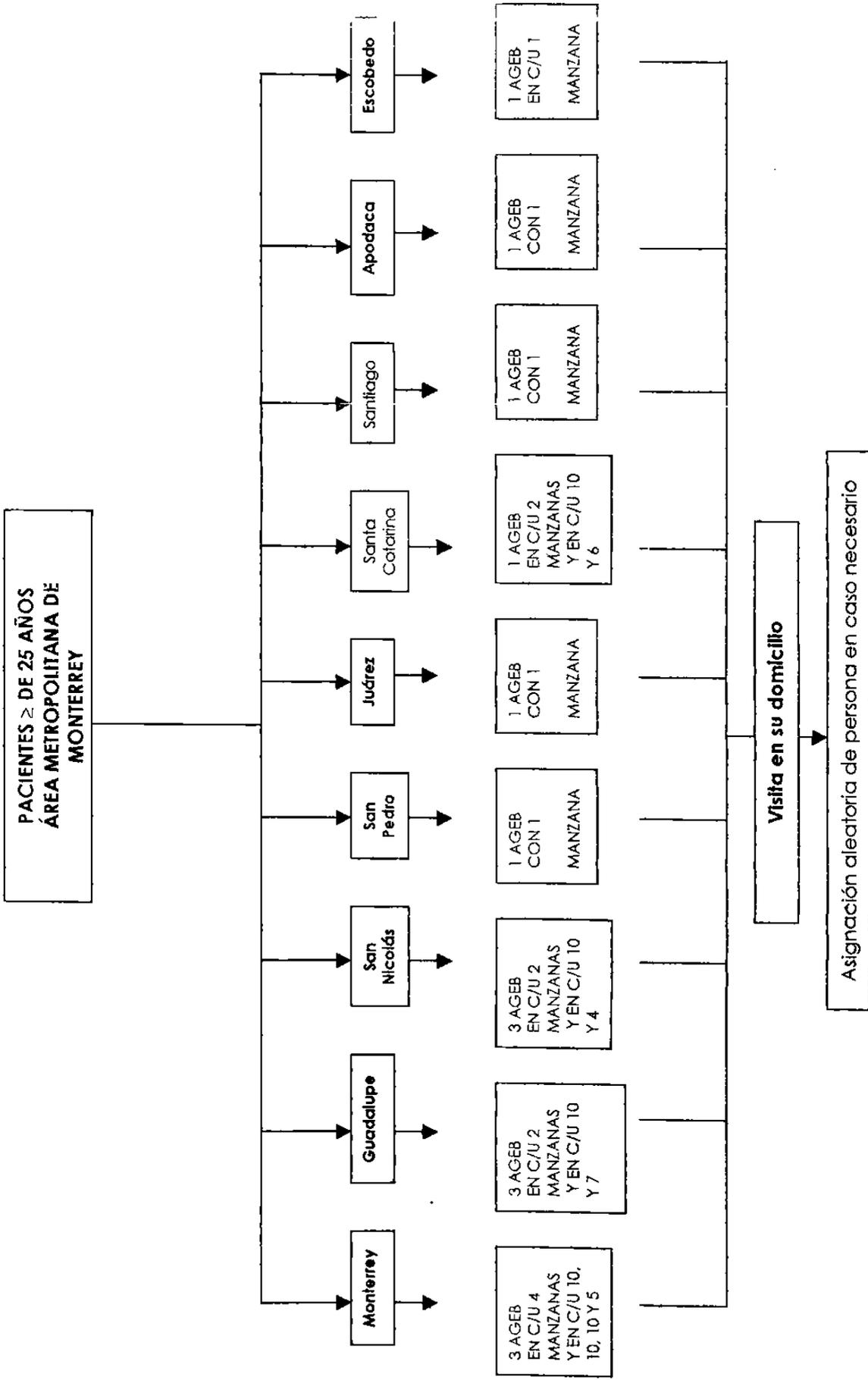


Figura 3. Personal que enviaron a 138 personas del área metropolitana de Monterrey al servicio de medicina preventiva.

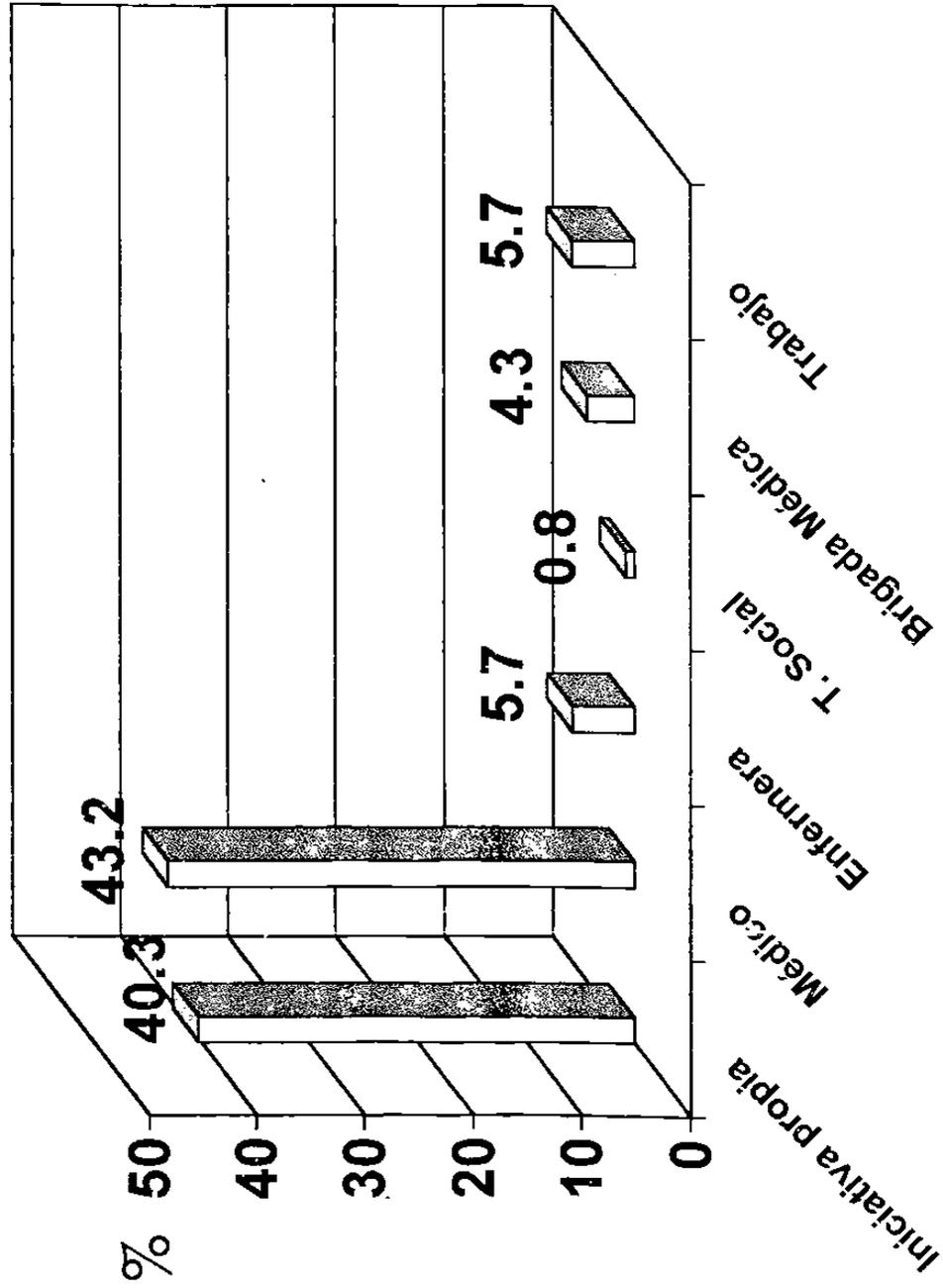


Figura 4. Percepción de importancia de 254 personas del área metropolitana de Monterrey.

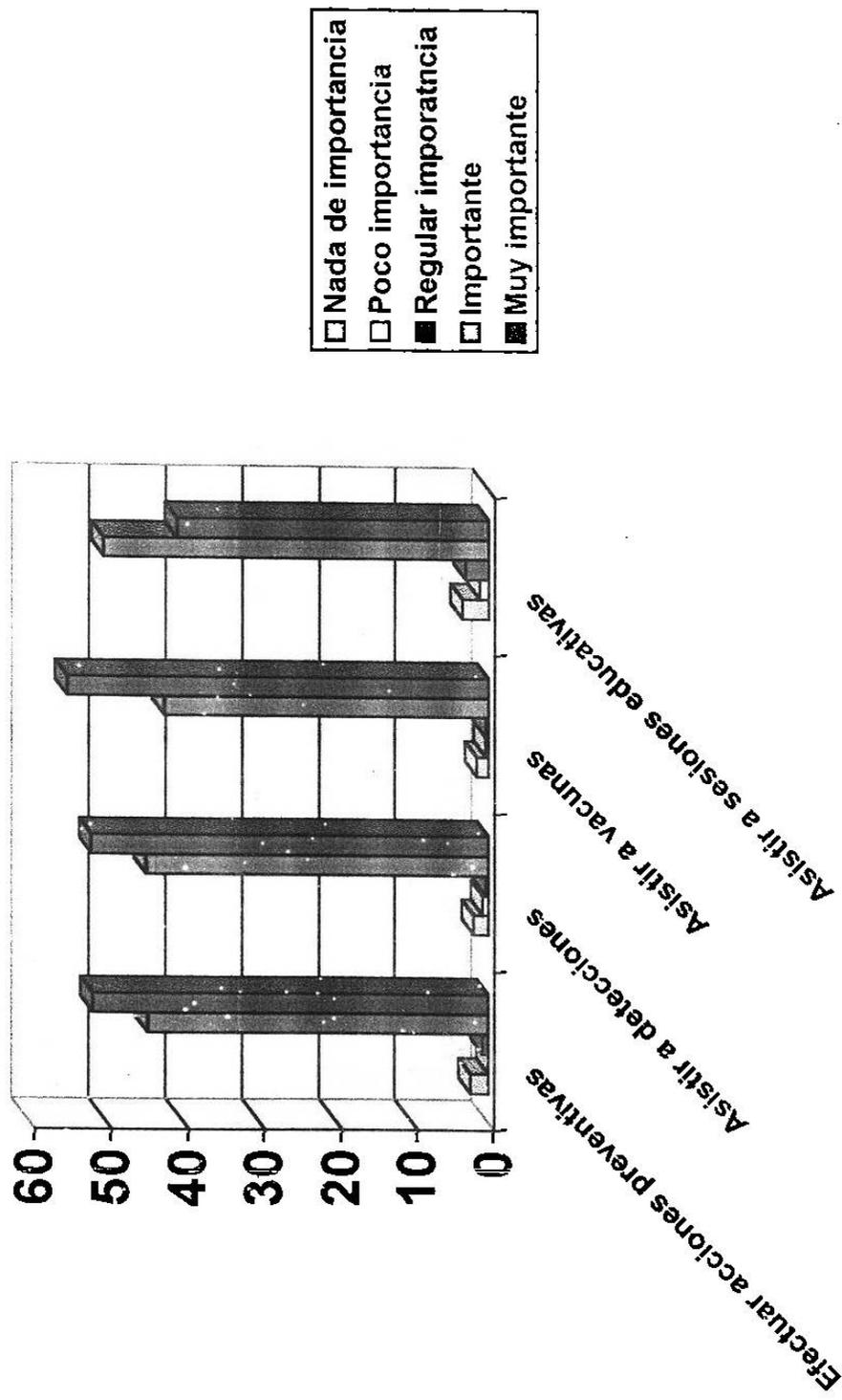


Figura 5. Personal que enviaron a 45 hombres del área metropolitana de Monterrey al servicio de medicina preventiva.

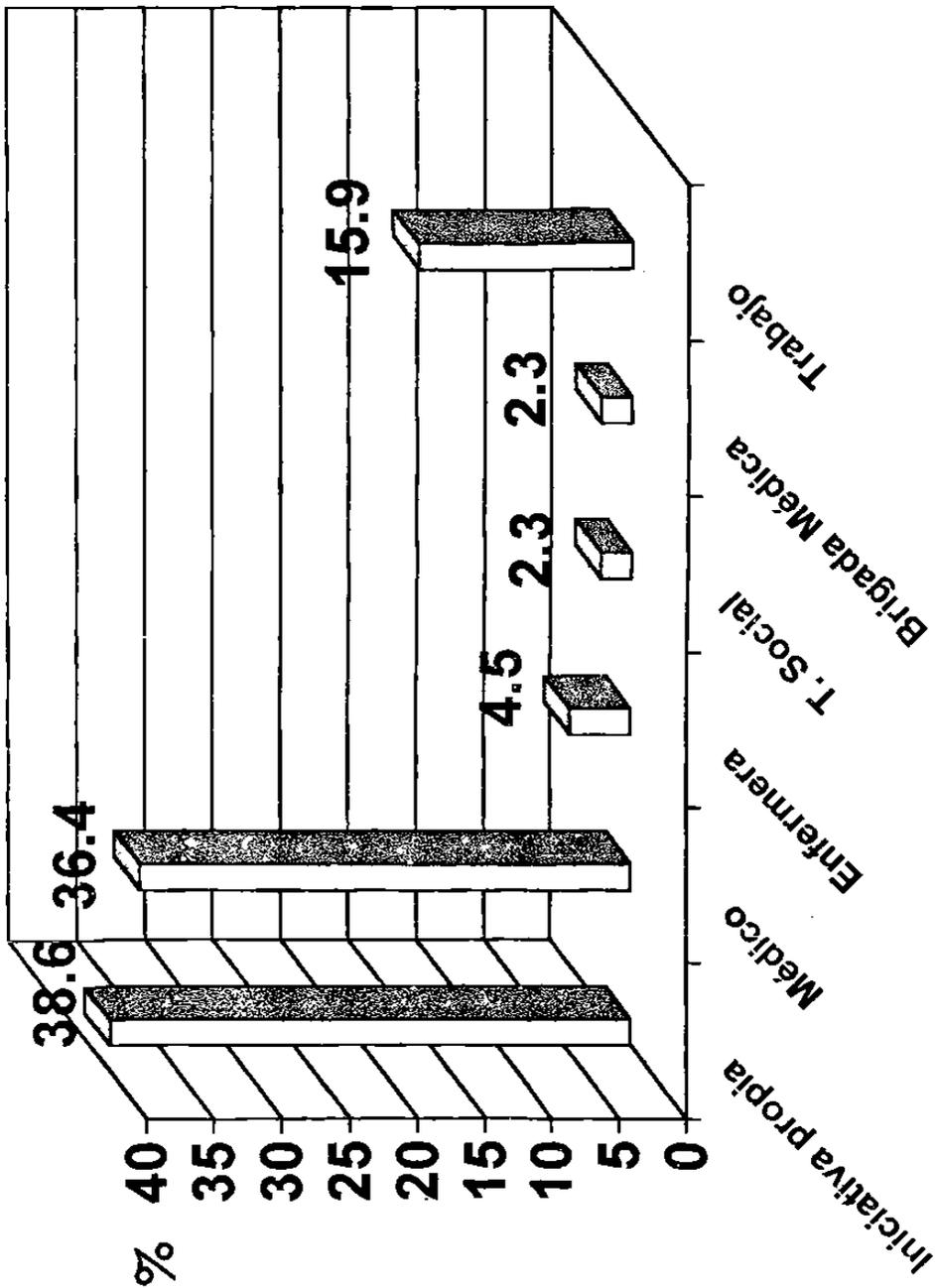


Figura 6. Percepción de importancia de 88 hombres del área metropolitana de Monterrey.

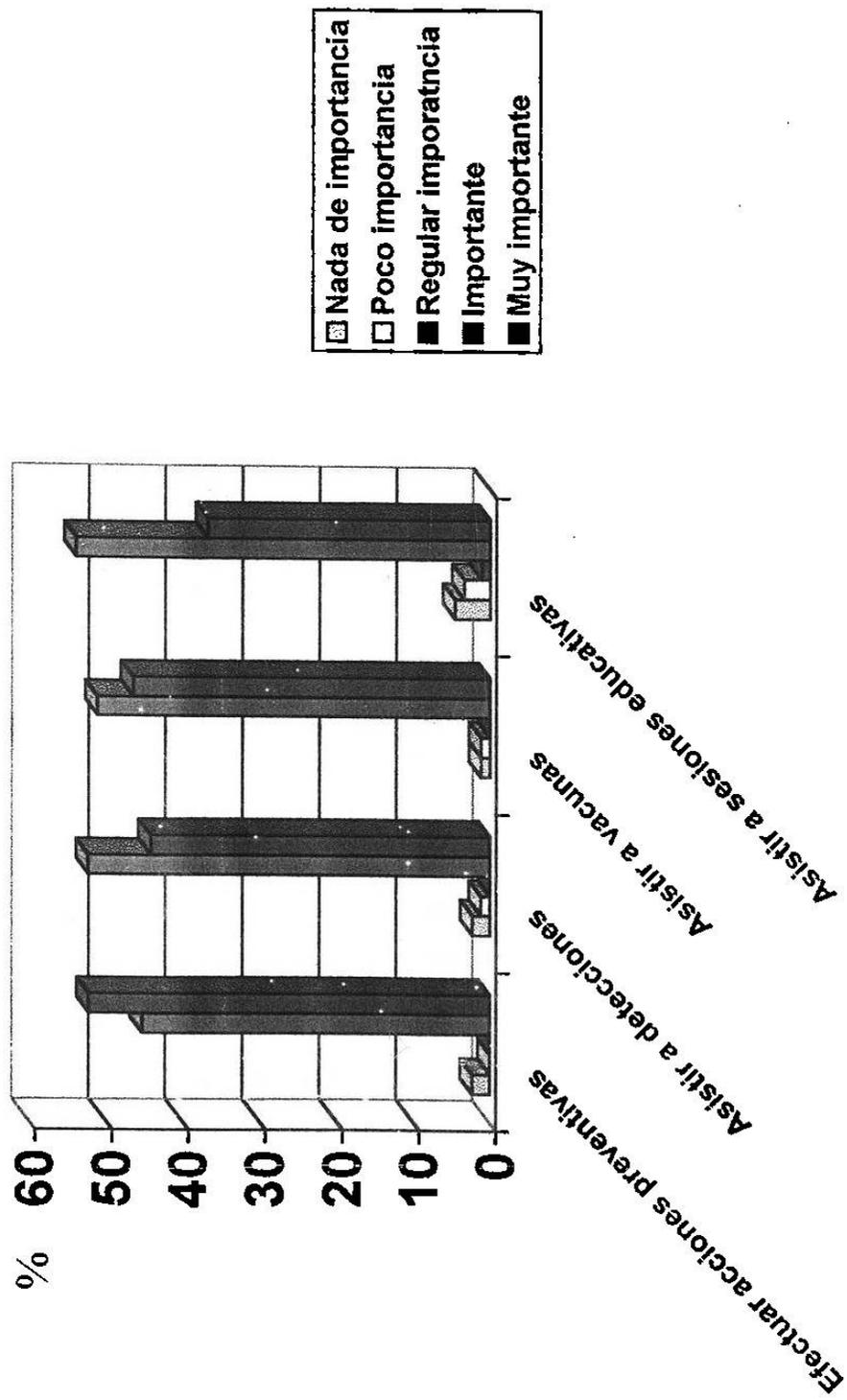


Figura 7. Personal que enviaron a 93 mujeres del área metropolitana de Monterrey al servicio de medicina preventiva.

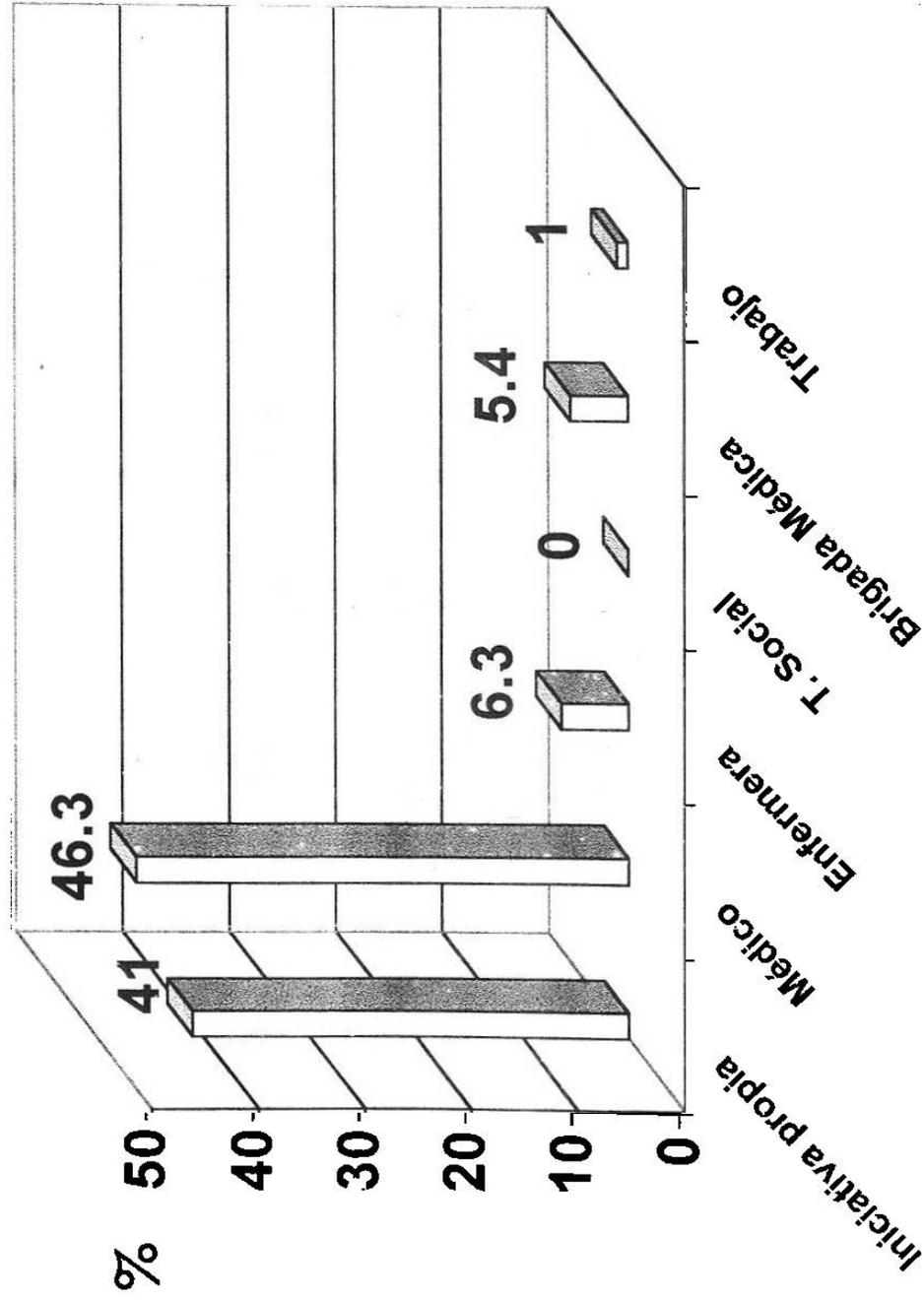
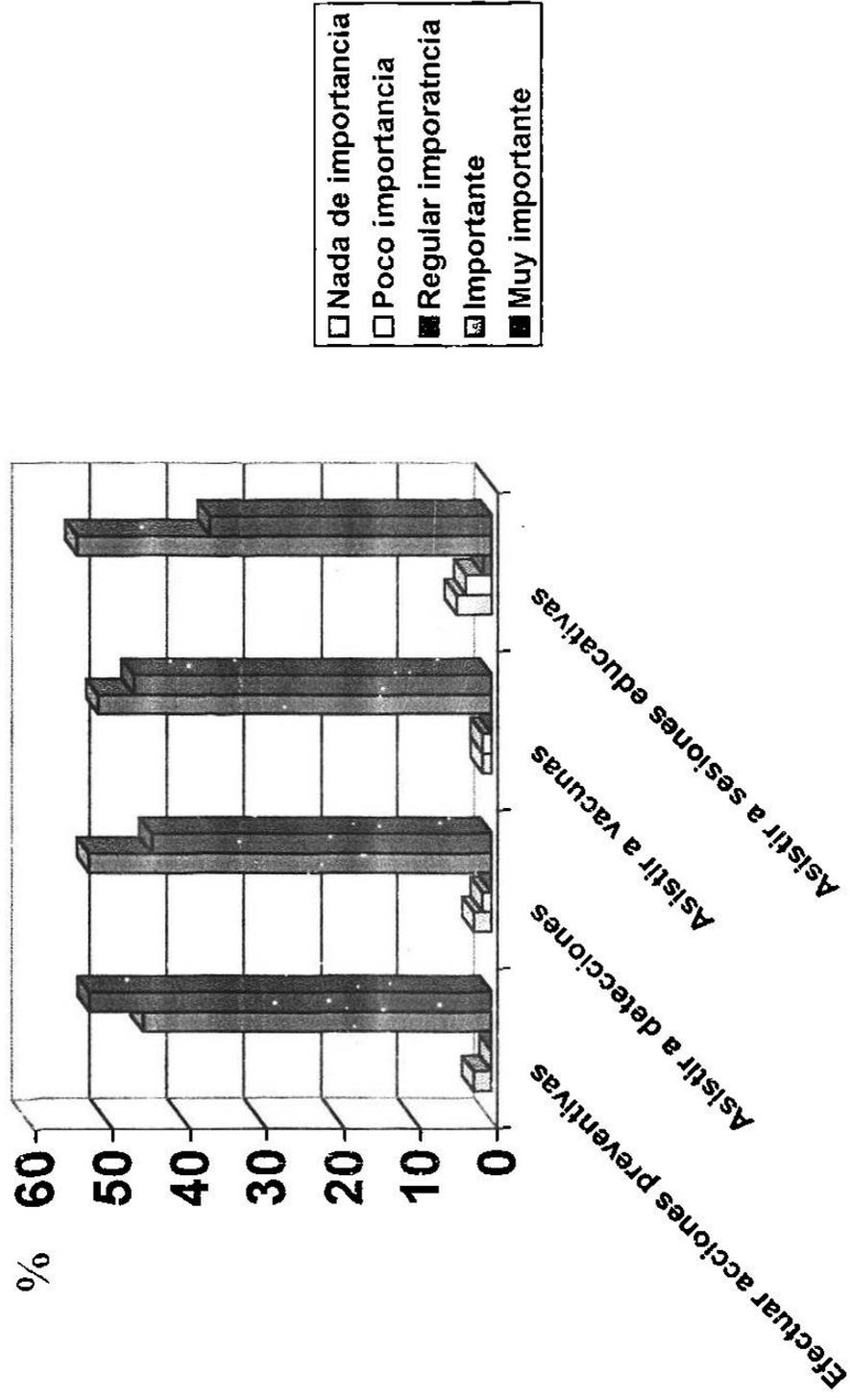


Figura 8. Percepción de importancia de 166 mujeres del área metropolitana de Monterrey.



CUADROS

Cuadro I. Distribución 250 personas, en el área metropolitana de Monterrey.

CIUDAD	POBLACION	%	No. MUESTRA	No. AGEB	No. MANZANAS POR AGEB
Monterrey	1069238	41.07	105	3	4
Guadalupe	535560	20.57	51	3	2
Apodaca	115913	4.45	11	1	1
Escobedo	98147	3.77	10	1	1
San Pedro	113040	4.34	11	1	1
Juárez	28014	1.08	3	1	1
San Nicolás	436603	16.77	43	3	2
Santa Catarina	163848	6.29	16	2	2
Santiago	30182	1.16	3	1	1
García	13264	0.51	1	1	1
Total	2603709	100.00	254	17	16

Cuadro II. Total de correlaciones de las variables independientes con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS).

Variables Independientes	Correlación con el ICPS
Antecedente familiar de diabetes mellitus	-0.007
Antecedente familiar de hipertensión arterial	0.08
Antecedente familiar de cáncer cérvico uterino	0.04
Percepción de importancia de efectuar acciones preventivas	0.04
Percepción de importancia de asistir a detecciones	0.18
Percepción de importancia de asistir a inmunizaciones	0.07
Percepción de importancia de asistir a sesiones de educación para la salud	0.01
El haber sido enviados al servicio de medicina preventiva	-0.05
El haber asistido a sesiones de educación para la salud	0.15
Trabajo	0.06
Escolaridad	-0.11
Estado civil	-0.09
Edad	0.26
Sexo	-0.13

Cuadro III. Modelo de regresión lineal con variables que alcanzaron mayor correlación con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS). (n = 245).

ICPS	R ² = 0.12	Pseudo R ² = 0.11	F = 7.06			P ≤ 0.00001
			Beta	t	p	
Constante			-5.22	-2.03	0.04	-10.27, -0.17
Importancia de asistir a detecciones			0.83	2.34	0.02	0.13, 1.53
Haber asistido a sesiones de educación para la salud			1.69	2.52	0.01	0.37, 3.02
Escolaridad			1.05	1.45	0.14	-0.37, 2.48
Edad			0.07	3.86	≤ 0.00001	0.03, 0.11
Sexo			-1.11	-2.14	0.03	-2.13, -0.17

Cuadro IV. Regresiones simples de las variables independientes con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS).

ICPS	R ²	Beta	Constante	F	p	IC 95%	n
Antecedente familiar de diabetes mellitus	0.15	-0.20	4.02	0.15	0.69	-1.24, 0.83	251
Antecedente familiar de hipertensión arterial	0.002	-0.41	4.32	0.63	0.42	-1.44, 0.61	252
Antecedente familiar de cáncer cérvico uterino	0.001	1.16	2.34	0.27	0.60	-3.27, 5.59	165
Antecedente familiar de cáncer mamario	0.02	-3.67	7.27	4.43	0.03	-7.04, -0.22	165
Percepción de importancia de efectuar acciones preventivas	0.003	0.30	2.41	0.76	0.38	-0.37, 0.97	248
Percepción de importancia de asistir a efectuarse detecciones	0.02	0.83	0.09	5.82	0.01	0.15, 1.51	250
Percepción de importancia de asistir a efectuarse inmunizaciones	0.002	0.28	2.48	0.57	0.45	-0.45, 1.01	252
Percepción de importancia de asistir a sesiones educativas de salud	0.008	0.42	1.94	2.13	0.14	-0.14, 1.00	252
Ser enviados al servicio de medicina preventiva	0.001	-0.22	7.24	0.23	0.63	-1.17, 0.71	136
Haber asistido a sesiones de educación para la salud	0.04	2.35	1.04	12.37	0.0005	1.03, 3.67	250
Trabajo	0.0004	0.16	3.52	0.10	0.74	-0.84, 1.16	254
Escolaridad	0.0007	-0.27	4.27	0.16	0.68	-1.61, 1.06	254
Estado civil	0.004	0.66	2.59	1.22	0.27	-0.52, 1.84	252
Eddad	0.05	0.06	1.01	13.72	0.0003	0.03, 0.10	253
Sexo	0.009	-0.83	5.15	2.47	0.11	-1.88, 0.21	254

Cuadro V. Modelo de regresión lineal con variables que se relacionan con el índice de cultura de prevención en salud en las regresiones simples. (n = 161).

ICPS	R ² = 0.16	Pseudo R ² = 0.14	F = 7.55		P ≤ 0.00001	
			Beta	t	p	IC 95%
Constante			-2.29	-0.81	0.41	-7.86, 3.27
Algún familiar directo con cáncer de mama			-3.29	-1.99	0.04	-6.54, -0.03
Importancia de asistir a detecciones			0.89	2.17	0.03	0.08, 1.70
Haber asistido a sesiones de educación para la salud			1.22	1.62	0.10	-0.26, 2.72
Edad			0.08	4.15	≤ 0.0001	0.04, 0.13

Cuadro VI. Modelo de regresión lineal con variables de percepción de importancia que se relacionan con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS). (n = 245).

	R ² = 0.03	Pseudo R ² = 0.02	F = 2.83	P = 0.03	
ICPS	Beta		t	p	
	IC 95%				
Constante	1.18		0.65	0.51	-2.37, 4.74
Importancia de efectuar acciones preventivas	-0.19		-0.41	0.68	-1.11, 0.72
Importancia de asistir a detecciones	1.42		2.76	0.006	0.41, 2.44
Importancia de asistir a aplicación de vacunas	-0.65		-1.14	0.25	-1.78, 0.47

Cuadro VII. Modelo de regresión lineal con variables sociodemográficas que se relacionan con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS). (n = 251).

ICPS	R ² = 0.07	Pseudo R ² = 0.05	F = 3.66		P = 0.003	
			Beta	t	p	IC 95%
Constante			0.85	0.26	0.79	-5.56, 7.28
Trabajo			-0.43	-0.55	0.57	-1.95, 1.09
Escolaridad			0.66	0.89	0.37	-0.80, 2.14
Estado civil			0.70	1.16	0.24	-0.49, 1.91
Edad			0.07	3.59	≤ 0.0001	0.03, 0.11
Sexo			-1.17	-1.49	0.13	-2.72, 0.37

Cuadro VIII. Total de correlaciones de las variables independientes con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS), en el estrato de hombres.

Variables Independientes	Correlación con el ICPS
Antecedente familiar de diabetes mellitus	-0.021
Antecedente familiar de hipertensión arterial	-0.08
Percepción de importancia de efectuar acciones preventivas	0.01
Percepción de importancia de asistir a detecciones	0.25
Percepción de importancia de asistir a inmunizaciones	0.12
Percepción de importancia de asistir a sesiones de educación para la salud	0.40
El haber sido enviados al servicio de medicina preventiva	0.17
El haber asistido a sesiones de educación para la salud	0.17
Escolaridad	-0.05
Estado civil	0.37
Edad	0.03

Cuadro IX. Modelo de regresión lineal con variables que alcanzaron mayor correlación con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS). (n = 83).

ICPS	R ² = 0.12	Pseudo R ² = 0.07	F = 2.77		P = 0.03	
			Beta	t	p	IC 95%
Constante			-1.99	-1.81	0.07	-4.17, 0.19
Antecedente de familiar directo con diabetes mellitus			-0.009	-0.03	0.97	-0.59, 0.57
importancia de asistir a detecciones			0.37	1.58	0.11	-0.09, 0.84
Importancia de asistir a sesiones de educación para la salud			0.11	0.63	0.52	-0.23, 0.45
Estado civil			0.59	1.90	0.06	-0.02, 1.21

Cuadro X. Regresiones simples de las variables independientes con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS), en el estrato de hombres.

ICPS	R ²	Beta	Constante	F	p	IC 95%	n
Antecedente familiar de diabetes mellitus	0.003	-0.15	1.34	0.28	0.59	-0.73, 0.42	87
Antecedente familiar de hipertensión arterial	0.009	-0.25	1.48	0.78	0.37	-0.84, 0.32	87
Percepción de importancia de efectuar acciones preventivas	0.02	0.27	-0.08	2.12	0.14	-0.10, 0.66	86
Percepción de importancia de asistir a efectuarse detecciones	0.06	0.44	-0.77	6.20	0.01	0.08, 0.80	86
Percepción de importancia de asistir a efectuarse inmunizaciones	0.02	0.30	-0.18	2.10	0.15	-0.11, 0.71	86
Percepción de importancia de asistir a sesiones educativas de salud	0.04	0.30	-0.07	4.42	0.03	0.01, 0.58	87
Ser enviados al servicio de medicina preventiva	0.05	0.37	1.78	2.55	0.11	-0.10, 0.85	42
Haber asistido a sesiones de educación para la salud	0.09	1.12	-0.09	9.08	0.003	0.38, 1.86	85
Escolaridad	0.001	-0.06	1.29	0.08	0.77	-0.49, 0.37	88
Estado civil	0.05	0.64	0.03	6.63	0.03	0.04, 1.23	87
Edad	0.0008	0.008	0.81	0.77	0.38	-0.10, 0.02	88

Cuadro XI. Modelo de regresión lineal con variables que se relacionan con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS), estratificado por hombres. (n = 81).

ICPS	R ² = 0.15	Pseudo R ² = 0.11	F = 3.60		P = 0.009	
			Beta	t	p	IC 95%
Constante			-2.67	-2.15	0.03	-5.14, -0.20
Importancia de asistir a detecciones			0.42	1.63	0.10	-0.09, 0.95
Importancia de asistir a sesiones de educación para la salud			0.08	0.42	0.67	-0.30, 0.46
Haber asistido a sesiones de educación para la salud			0.98	2.57	0.01	0.22, 1.75
Estado civil			0.26	0.83	0.40	-0.37, 0.90

Cuadro XII. Total de correlaciones de las variables independientes con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS), en el estrato de mujeres.

Variables Independientes	Correlación con el ICPS
Antecedente familiar de diabetes mellitus	-0.02
Antecedente familiar de hipertensión arterial	0.10
Antecedente familiar de cáncer cérvico uterino	0.04
Percepción de importancia de efectuar acciones preventivas	0.02
Percepción de importancia de asistir a detecciones	0.17
Percepción de importancia de asistir a inmunizaciones	0.06
Percepción de importancia de asistir a sesiones de educación para la salud	0.02
El haber sido enviados al servicio de medicina preventiva	-0.03
El haber asistido a sesiones de educación para la salud	0.13
Trabajo	0.02
Escolaridad	-0.12
Estado civil	-0.10
Edad	0.31

Cuadro XIII. Modelo de regresión lineal con variables que alcanzaron mayor correlación con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS), estratificado por mujeres. (n = 160).

ICPS	R ² = 0.03	Pseudo R ² = 0.02	F = 2.83		P = 0.03	
			Beta	t	p	IC 95%
Constante			-3.83	-2.54	0.01	-6.80, -0.85
Antecedente de familiar directo con hipertensión			0.17	0.59	0.55	-0.41, 0.76
Importancia de asistir a detecciones			0.41	1.98	0.04	0.002, 0.83
Haber asistido a sesiones de educación para la salud			0.45	1.20	0.23	-0.29, 1.20
Escolaridad			0.30	0.71	0.47	-0.53, 1.14
Estada civil			0.06	0.18	0.85	-0.65, 0.78
Edad			0.05	4.48	≤ 0.0001	0.02, 0.07

Cuadro XIV. Regresiones simples de las variables independientes con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS), en el estrato de mujeres.

ICPS	R ²	Beta	Constante	F	p	IC 95%	n
Antecedente familiar de diabetes mellitus	0.00001	-0.02	1.77	0.01	0.93	-0.62, 0.57	164
Antecedente familiar de hipertensión arterial	0.0003	-0.06	1.83	0.05	0.81	-0.65, 0.52	165
Antecedente familiar de cáncer cérvico uterino	0.001	0.62	1.09	0.31	0.57	-1.56, 2.81	163
Antecedente familiar de cáncer mamario	0.02	-1.77	3.55	4.34	0.03	-3.46, -0.09	163
Percepción de importancia de efectuar acciones preventivas	0.0002	-0.03	1.89	0.04	0.84	-0.42, 0.34	162
Percepción de importancia de asistir a efectuarse detecciones	0.009	0.25	0.61	1.52	0.21	-0.15, 0.65	164
Percepción de importancia de asistir a efectuarse inmunizaciones	0.0001	0.02	1.62	0.01	0.90	-0.39, 0.44	166
Percepción de importancia de asistir a sesiones educativas de salud	0.002	0.10	1.24	0.37	0.54	0.24, 0.46	165
Ser enviados al servicio de medicina preventiva	0.003	-0.15	3.32	0.28	0.59	-0.74, 0.43	94
Haber asistido a sesiones de educación para la salud	0.03	0.87	0.69	5.26	0.02	0.12, 1.62	165
Trabajo	0.01	-0.48	2.33	1.87	0.17	-1.18, 0.21	166
Escolaridad	0.003	-0.27	2.24	0.55	0.46	1.02, 0.46	166
Estado civil	0.0008	-0.12	1.98	0.12	0.72	-0.84, 0.59	165
Edad	0.10	0.04	-0.12	18.54	0.00001	0.02, 0.06	165

Cuadro XV. Modelo de regresión lineal con variables que se relacionan con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS), en las regresiones simples estratificado por mujeres. (n = 161).

ICPS	R ² = 0.13	Pseudo R ² = 0.11	F = 7.91		P = 0.0001	
			Beta	t	p	IC 95%
Constante			0.88	0.84	0.40	-1.18, 2.95
Edad			0.03	3.60	≤ 0.0001	0.01, 0.05
Antecedente de familiar directo con cáncer de mama			-1.53	-1.86	0.06	-3.16, 0.09
Haber asistido a sesiones de educación para la salud			0.68	1.81	0.07	-0.06, 1.43

Cuadro XVI. Modelo de regresión lineal con variables sociodemográficas que se relacionan con el índice de cultura de prevención en salud (ICPS), en el estrato de mujeres. (n = 164).

ICPS	R ² = 0.11	Pseudo R ² = 0.09	F = 5.14		P = 0.0006	
			Beta	t	p	IC 95%
Constante			-0.86	-0.63	0.52	-3.56, 1.82
Trabajo			-0.22	-0.60	0.54	-0.95, 0.50
Escolaridad			0.41	1.01	0.31	-0.39, 1.23
Estado civil			0.04	0.10	0.91	-0.71, 0.80
Edad			0.04	4.17	≤ 0.0001	0.02, 0.07

