

Toma de decisiones en mujeres que acuden al control sano de un programa infantil

Health decision making in women's that attends to well baby care

Solange Campos Romero,

Enfermera Matrona Magíster Psicología Social Comunitaria ©

Profesor Auxiliar Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Francisca Márquez Doren,

Enfermera Matrona, Diplomada en Atención Primaria

Profesora Auxiliar Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen

Se realizó estudio descriptivo y transversal cuyo objetivo fue identificar áreas de toma de decisiones de salud de mujeres que llevaban a control a un niño en un consultorio de atención primaria de Santiago, Chile (N= 1.640). Se aplicaron dos instrumentos a 308 mujeres: Pictograma de Lange, Jaimovich, Campos y O'Connor (1999) y Valoración de Necesidades de Apoyo Decisional de la población de O'Connor, A. & Jacobsen, M.J. (1998)¹. La edad promedio de las mujeres fue 30,1±7,6 años, 54,5% eran casadas, la escolaridad promedio era 10,5±2,8 años y 78,6% eran dueñas de casa. El 91,5% de las mujeres correspondía a las madres de los niños con que acudían. El 62% estaban tomando decisiones respecto a su salud o la de su familia, de ellas 43% presentaba conflicto decisional. El 37% de las decisiones estaba centrado en el niño que llevaban a control, el 33,9% en ellas y un 29,1% en otro familiar. Destacaban decisiones relacionadas con la forma de acceder y utilizar el sistema de salud. El conocimiento de esta situación por parte de la enfermera, le permitirá diseñar estrategias de apoyo y el desarrollo de habilidades para la acción del usuario.

Palabras claves Mujeres, toma de decisiones, conflicto decisional, control niño sano.

Abstract

A descriptive and cross-sectional study was made, whose objective was to identify areas of decision making in women that took to a child to baby well care on primary clinic of Santiago, Chile (N: 1.640). This study pretended to collect data to design strategies to support the decision making. Two instruments to 308 women were applied: Pictograma de Lange, Jaimovich, Fields and O'Connor (1999) and Valuation of necessities of decisional support of the population of O'Connor, A. & Jacobsen, M.J. (1998). The age average of the women was 30.1+7.6 years, 54.5% were married, the schooling average was 10.5+2.8 years and a 78.6% were owners of their house. 91.5% were mothers of the child who took to control. 62% were taking decisions with respect to their health or someone from their family, of them 43% presented decisional conflict. Some decisions considered important were centered in the child that took to control (37%), 33.9% in herself and 29.1% in the rest of their family. They emphasized decisions related to the form to accede and to use the health system. The knowledge of this by the nurse will allow hem to design support strategies and to develop of abilities to revert this situation.

Key words: Women, decision making decision conflict aids, baby well care.

¹ "Elecciones y decisiones en salud: una alianza entre profesionales y usuarios aplicando transferencia tecnológica canadiense/chilena". (DECIDE). Investigadores principales: Ilta Lange H. (Chile), Annette O'Connor (Canadá). Coinvestigadoras (Chile): Mila Urrutia, Cecilia Campos, Angela Castellano S., Sonia Jaimovich, María Sylvia Campos, Solange Campos, María Soledad Rivera. Coinvestigadores (Canadá): Helen Bunn, M.J. Jacobsen, Peter Tugwell, Janet Hatcher-Roberts, Wendy McBride. Financiamiento: Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI). Desde enero 1999 a diciembre 2003.

Introducción

Una de las recomendaciones entregadas por la Conferencia de Alma Ata en el año 1978, y confirmada en la renovación de la estrategia “Salud para todos en el año 2000” a través de la Política Global de Salud del año 1995 (Alvarez, 2000), es la autorresponsabilidad y participación de las personas y comunidad en la planificación, organización, funcionamiento y el control de la atención primaria. Para ello se requiere la capacitación de las personas en los procesos de participación, que implica la capacidad de los usuarios para tomar decisiones en salud, la que se relaciona directamente con las capacidades de autocuidado. Asimismo, la Carta de Ottawa establece dentro de sus estrategias para la promoción de la salud el desarrollo de aptitudes personales a través de informar y educar en materia de salud para permitir tomar decisiones acertadas. (Sánchez, 2000).

Considerando que en Chile las mujeres son las que habitualmente toman las decisiones respecto a su propia salud y la de sus familias por costumbres culturales, se hace necesario realizar una valoración de este proceso. Para ello se desarrolló un estudio cuyo propósito fue conocer las áreas en que las mujeres (que acuden con un niño a control de niño sano en el nivel primario de atención) estaban tomando alguna decisión en salud, para desarrollar estrategias de apoyo durante este proceso. Para ello nos propusimos identificar las áreas, los factores y los conflictos del proceso de toma de decisiones de estas mujeres.

Marco de referencia teórico

La Conferencia de Alma Ata del año 1978, propuso la meta: “Salud para todos en el año 2000”, siendo una de las estrategias, el desarrollo de la Atención Primaria en Salud. Dentro de las acciones para lograr los objetivos, se planteó la necesidad de la participación activa de las personas en el fomento y cuidado de su salud. En el año 1995 la Organización Mundial de la Salud analizó y concluyó que no fueron alcanzados los resultados esperados en todos los países. Sugirió que a partir de la experiencia obtenida, y mirando los desafíos del futuro, se elaborara una Política Global de Salud con base en la Equidad, Solidaridad y la Salud, enfatizando en la responsabilidad de las personas y las familias para el desarrollo económico y social (Alvarez, 2000). Una estrategia para lograr el cumplimiento de esta Política Global de Salud es entregar a la población herramientas que le permitan tomar decisiones acertadas con respecto a su salud.

La toma de decisiones, de acuerdo a Orem (1995) en su teoría de autocuidado, se considera como la primera etapa del autocuidado deliberado. Esto requiere tomar conciencia de cuáles son las decisiones que deben enfrentar las personas respecto de su propia salud y la de sus familias. El *autocuidado* definido como “*la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar*” (Orem, 1993, p. 131) es entendido como una acción intencionada, es decir, es consciente y persigue un objetivo o algún resultado. Esta acción intencionada de autocuidarse, lleva implícita dentro de sus primeras etapas la toma de decisiones de los individuos.

La *toma de decisiones* comprende un proceso de elegir entre alternativas de acción, incluyendo la alternativa de no hacer nada (O'Connor & Jacobsen, 2000). Lauri (Lauri en Caballero, 2001) la define como un proceso complejo que implica una serie de pasos como la observación de la situación, evaluación de los datos observados y las acciones dirigidas a lograr los resultados deseados.

Muchas de las decisiones relacionadas con la salud de las personas presentan opciones cuyos resultados favorables presentan simultáneamente resultados desfavorables, o bien, una opción satisface parcialmente los objetivos buscados. Esto provoca incertidumbre frente a identificar la mejor alternativa, por el riesgo que conlleva, por la duda de los resultados que se obtendrían, por la necesidad de hacer un juicio de valor frente a las ganancias o pérdidas que presentan las diferentes opciones (Keeney en O'Connor, 2000) y por el arrepentimiento anticipado de los aspectos positivos de las opciones que puedan ser rechazadas (Sjoberg en O'Connor, 2000). Esta situación es conocida como el *conflicto decisional*, definido como "las tendencias opuestas simultáneas dentro del individuo para aceptar o rechazar un curso de acción dado" (Janis en O'Connor & Jacobsen, 2000, p. 46).

Las personas pueden manifestar un *conflicto decisional* a través de las siguientes expresiones: verbalizar incertidumbre acerca de la opción a elegir, verbalizar preocupación acerca de los resultados no deseados, vacilar entre las opciones, posponer la decisión, cuestionarse acerca de lo que es más importante para ella frente a la situación específica, preocuparse con la decisión, presentar signos físicos de angustia y tensión. Una persona puede presentar una o todas estas manifestaciones (Nanda en O'Connor & Jacobsen, 2000). Janis plantea que las manifestaciones son mayores cuando se comienza a considerar las opciones y comienzan a disminuir cuando la decisión ha sido tomada (Janis en O'Connor & Jacobsen, 2000).

Los conflictos decisionales provienen de dos fuentes: la primera está referida a la naturaleza misma de la decisión, es decir, la decisión por sí sola es complicada, dado que sus opciones presentan potenciales ventajas y desventajas. La segunda fuente está dada por factores personales que hacen aún más difícil una decisión que por sí sola ya es compleja. Dentro de estas características personales se pueden mencionar:

La falta de conocimiento acerca de las opciones existentes y de los resultados en términos de ventajas y desventajas presentes en las opciones.

Las expectativas no realistas sobre los probables resultados obtenidos con las diferentes opciones, lo que *podría aumentar o minimizar los riesgos*.

Valores no claros, entendidos como la poca claridad de la importancia o deseo personal por lograr los resultados.

Las percepciones no claras de otros respecto a la opinión y conductas de otras personas frente a una toma de decisión específica.

La presión social que pueda estar sintiendo la persona que toma la decisión.

La falta de apoyo para poder tomar la decisión.

La falta o déficit de habilidades personales para tomar la decisión, tales como experiencias, motivaciones, entre otros.

La falta de recursos externos, como acceso a servicios de salud, financiamiento, entre otros (O'Connor, 1995 en O'Connor y Jacobsen, 2000).

Prochaska y Velicer (1997), citado en O'Connor y Jacobsen (2000), han desarrollado un modelo conceptual, que permite comprender aquellas decisiones que presentan mayor desafío para implementarlas y mantenerlas, especialmente las relacionadas con los cambios de estilo de vida. (Pardío & Plazas, 1998). El modelo "*Etapas del Cambio*" de Prochaska y Velicer (1997), citado en O'Connor y

Jacobsen (2000), proponen que aquellas personas que logran hacer un cambio intencionado en sus conductas habituales lo logran a través de un proceso integrado de cinco etapas: a) *Precontemplación*, donde la persona ni siquiera ha comenzado a pensar sobre el cambio y sus opciones, o bien, conoce la existencia de un problema de salud, pero está renuente al cambio; b) *Contemplación*, donde la persona advierte un problema de salud y está dispuesta a cambiar dentro de 6 meses; c) *Preparación*, la persona piensa seriamente en modificar su conducta dentro de los próximos treinta días; d) *Acción*, la persona ha modificado su conducta desde hace menos de 6 meses; e) *Mantenimiento*, la persona ha modificado su conducta desde hace más de 6 meses.

Las personas se ubicarían en las diferentes etapas, de acuerdo a la disposición que tengan para cambiar su conducta. Pueden presentar recaídas y volver a etapas anteriores, lo que revela el carácter circular del proceso, en el que no necesariamente las personas se mantienen definitivamente en una etapa. Considerando que no todas las personas se encuentran en una misma etapa, la disposición al cambio es también diferente. Esta situación de diferencia entre las personas frente a su disposición al cambio es relevante al momento de realizar campañas de promoción de la salud, ya que la persona puede estar en una etapa en la que ni siquiera identifica la presencia de ese problema de salud, por lo que los efectos de cualquier campaña serán mínimos o nulos (Pardío & Plazas, 1998; O'Connor y Jacobsen, 2000).

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformado por 1.640 mujeres que acuden a control sano con un niño, habitualmente el hijo, durante los meses de diciembre del año 1999, enero y febrero del año 2000, excluyéndose a los hijos de madres adolescentes, los cuales cuentan con un programa especial dentro del mismo Centro de Salud de la Comuna de La Pintana. Se tomó una muestra representativa del universo con un 95% de nivel de confianza y un 5% de error, constituyéndose una muestra definitiva de 311 casos.

Se aplicó el instrumento de *Valoración de necesidades de apoyo a la toma de decisiones* y una escala abreviada de *Evaluación de conflicto decisional* (Pictograma). Ambos instrumentos fueron desarrollados originalmente por O'Connor (1995, 1998a y b) y fueron traducidos y adaptados para Chile en el año 1999 por Lange, Jaimovich, Campos & O'Connor. Los instrumentos se aplicaron a través de una entrevista en sala de espera, en aquellas mujeres que llevaban a un niño(a) a control de niño sano, y aceptaron participar del estudio, previa aplicación de un consentimiento informado (se adjunta). Los resultados fueron analizados con apoyo de un programa computacional *Epiinfo 6*, realizándose análisis estadístico con medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados y Discusión

Caracterización sociodemográfica:

Es una población de mujeres eminentemente jóvenes, casi el 50% tiene menos de 30 años, sólo el 2% tiene 50 o más años. En cuanto al estado civil, la gran mayoría de las mujeres (73,3%) cuenta con una pareja, de las cuales el 54,5% son casadas y el 18,8% convive. La escolaridad de las mujeres

INVESTIGACIÓN

corresponde en promedio a $10,5 \pm 2,8$ años. Un 38,5% posee Educación Media Completa, un 25,7% Media Incompleta y un 7,8% Básica Completa. Sólo un 14% posee Educación Básica Incompleta, lo que permitiría entregar información por medios escritos y de mayor complejidad. Un 78,6% de las mujeres son dueñas de casa, un 15,3% refiere realizar otra actividad entre las que se encuentran auxiliares de enfermería, costurera, operaria, entre otras.

En el 91,5% de los casos, la mujer que llevaba al niño a control era la madre del niño.

La percepción del estado de salud en el aspecto físico, emocional, cognitivo y social mayoritariamente (entre el 40% y 60%) fue percibido como bueno, destacando el aspecto social con un 61,8%.

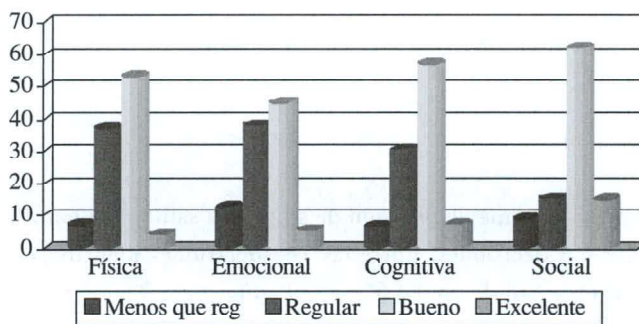


Figura 1: Distribución de la población según percepción del estado de salud en las dimensiones física, emocional, cognitiva y social.

Respecto a la percepción de las encuestadas con relación a la satisfacción de las necesidades de acuerdo a sus ingresos, un 45,6% considera que no lo cubre muy bien, un 44% lo considera suficiente, un 7,5% considera que es completamente insuficiente y sólo un 2,6% considera que cubre muy bien sus necesidades. Esto podría incidir en la toma de decisión al requerir algún recurso para la implementación de la opción elegida, especialmente de tipo económico.

Proporción de mujeres que enfrentaban una decisión en salud y un conflicto decisional:

La identificación de la proporción de mujeres que refirieron tener que tomar una decisión en salud fue de un 62%.

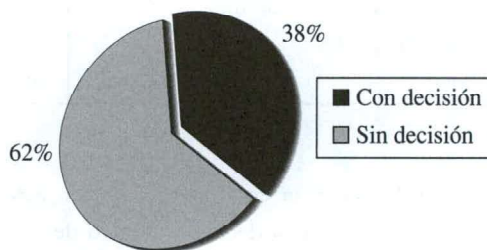


Figura 2: Distribución de la población de acuerdo a la presencia de toma de decisiones en salud.

De las personas que están enfrentadas a una toma de decisión en salud, un 42,7% n=82, presenta un conflicto decisional evaluado a través del Pictograma.

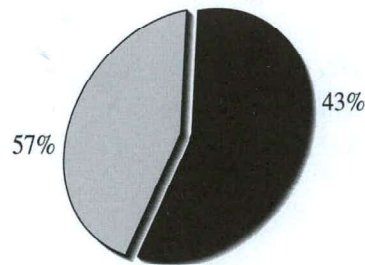


Figura 3: Distribución de la población según presencia de conflicto decisional.

Áreas en que toman decisiones:

Al consultar sobre las áreas de toma de decisión de su propia salud o su familia, un 54,2% (n=167) respondieron tomar 1, 2 o 3 decisiones. Entre las 167 decisiones identificadas, un 62,3% de ellas están centradas en su propia salud, un 12,6% en el niño y un 25,1% en la familia. En su gran mayoría (42%) las decisiones se relacionan con navegación dentro del Sistema de Salud, entendiéndose éste como la decisión de acudir o no a algún servicio de salud y a qué lugar específicamente acudir.

Tabla 1: Distribución de la población según área en que toma decisiones respecto a su salud o de su familia.

Área	F	%
Navegación	70	42
Tratamiento y terapias	29	17,2
Fertilidad	26	15,6
Trabajo	16	9,6
Casa	10	6
Estudio (de ella, del hijo, otros)	9	5,4
Cuidados generales del hijo	4	2,4
Aspectos legales	3	1,8
Total	167	100

Al consultar sobre la Toma de Decisión en relación a éste u otro niño que lleva a control, un 37,33% (n=115) refiere estar enfrentando una decisión, dentro de las que se encuentran: un 51,3% relacionadas con la navegación dentro del sistema de salud (llevar al hijo a control, al pediatra, al médico especialista, cambiar de lugar de atención, entre otras), un 14,8% está enfrentada a una

INVESTIGACIÓN

decisión relacionada con la Alimentación del niño (dar lactancia materna exclusiva o agregar lactancia artificial, comenzar a dar comida a su hijo, como alimentar más saludablemente a su hijo, entre otras), un 13,9% esta enfrentada a una decisión relacionada con la educación de su hijo (colocar al hijo en jardín infantil o en colegio, cambiar de colegio al niño, entre otros).

Tabla 2: Distribución de la población según tipo de decisión en relación al niño.

Tipo de decisión	F	%
Navegación en el sistema de salud	59	51,3
Alimentación	17	14,8
Educación	16	13,9
Tratamientos	12	10,5
Cuidados generales	9	7,8
Legales	2	1,7
Total	115	100

El tipo de decisión que más se repitió fue relacionada con la navegación dentro del sistema de salud.

Estos resultados son similares a los encontrados en mujeres inscritas en Centros de Salud de La Pintana en el año 1999 (Lange et al., 1999), en el que los conflictos decisionales más frecuentes enfrentados por las mujeres fueron “cuándo y dónde resolver un problema de salud” y con relación al control de la natalidad.

En cuanto a la decisión percibida como más importante, se encontró que un 37% se centraba en torno al niño que llevaban a control, un 33,9% el foco se centraba en su propia salud y un 29,1% en decisiones relativas a la salud de su familia.

Del 37% de las mujeres que identificaron como más importante la decisión relacionada con el niño que llevaban a control (n=71), un 42,3% de las decisiones se relacionaba con “navegación” dentro del sistema de salud como llevar al niño al pediatra o a un especialista, controlar o no al hijo en el consultorio, entre otras. Un 22,5% se relacionaba con la alimentación del niño (lactancia materna exclusiva o agregar lactancia artificial, comenzar a dar comida al hijo, como alimentar más saludablemente a su hijo, entre otras). Un 16,9% identificó una toma de decisión relacionada con los cuidados generales del niño (cuidado del hijo por trabajo o estudio, controlar al hijo más veces de lo presupuestado, entre otros). Un 15,5% refirió una decisión relacionada con la educación de niño (colocar al hijo en jardín infantil o en colegio, cambiar de colegio al niño). Un 2,8% refiere enfrentar una decisión relacionada con aspectos legales (recuperar al hijo que le quitaron, dejar o no que el padre visite al niño).

Etapa en que se encontraban para tomar la decisión:

De acuerdo a las categorías de Prochaska, la etapa del proceso de toma de decisión más frecuente en que se encuentran las encuestadas (63,5%) corresponde a las fases tempranas de contemplación, en

Tabla 3: Distribución de la población según tipo de decisión considerada más importante relacionada con el niño.

Tipo de decisión	F	%
Alimentación	16	22,5
Navegación	30	42,3
Cuidados generales	12	16,9
Aspectos legales	2	2,8
Educación	11	15,5
Total	71	100

donde hay una alta receptabilidad a la información y apoyo. En cambio un 19,8% se encuentra cercanas a tomar la decisión (preparación), etapa en que las usuarias pueden ser menos receptiva a la entrega de información y apoyo.

Tabla 4: Distribución de la población según categorías de Prochaska.

Etapa	F	%
Precontemplación	8	4,2
Contemplación	122	63,5
Preparación	38	19,8
Acción y mantención	24	12,5
Total	192	100

Percepción de otros:

El 54,5% de las encuestadas refirió que el marido estaba involucrado en la toma de decisión y un 26,2% refiere no tener a nadie involucrado. Al consultarles cómo participan estas personas involucradas en la toma de decisión, el 50% refirió que “dándole apoyo o consejería para que ella decidiera por sí misma” y un 46,5% estaban “compartiendo la decisión con ella”.

Recursos:

Sobre las estrategias que se podrían poner en práctica para recibir apoyo en el proceso de toma de decisiones respecto a su salud, un 89,4% piensa que sería útil la consejería de un profesional de la salud, identificando en primera lugar al médico (56,8%), seguido de la enfermera y el psicólogo (13,6%).

El recurso discusiones grupales fue considerado útil en el 54,8% de las encuestadas; un 78,5% considera útiles los folletos y panfletos, mientras que solo un 28,9% encuentra útil el recurso video. Piensan que son los profesionales expertos médicos o del equipo de salud, quienes deberían preparar estos materiales (40,5%).

Implicaciones para la práctica de Enfermería

De los resultados obtenidos y a la luz de la literatura revisada, se desprende la importancia que tiene la toma de conciencia del personal de salud acerca de la capacidad y la necesidad de toma de decisiones que tiene el usuario sobre su propia salud y la su familia.

Se trata de una oportunidad para que Enfermería encauce de manera eficaz los recursos con que se cuenta, para satisfacer las necesidades sentidas por los usuarios, apoyándolos en la resolución de conflictos. Mediante estas intervenciones se establece una mejor relación entre profesional, proveedor de salud y usuario y es posible aumentar su conciencia respecto a aquellos comportamientos, hábitos o estilos de vida que aumentan y disminuyen el riesgo de enfermar.

La navegación dentro del sistema de salud es una de las áreas de toma de decisión más frecuente de estas mujeres, coincidiendo con otros estudios realizados por el equipo DECIDE. Este hallazgo desafía al sistema a proveer estrategias que aumenten la orientación de los usuarios dentro del sistema. Apoyar a los usuarios para tomar buenas decisiones respecto a su salud y la de su familia, implica todo un proceso de transferencia de información y acompañamiento personal, que, además de aumentar la satisfacción usuaria, podría disminuir las consultas innecesarias, descongestionar servicios de urgencia y así optimizar los recursos existentes, los cuales siempre son menores a las necesidades.

Referencias Bibliográficas

- Alvarez R. (2000). *La enfermera y la trabajadora social en la salud pública*. México: El Manual Moderno.
- O'Connor, A. (1995). Validation of Decisional Conflict Scale. *Medical Decision Making*, 15, 25-30.
- O'Connor, A. (1998a). Escala de la Decisión Genérica de la Decisión de Conflicto. (p. 51). En A. O'Connor., & M.J. Jacobsen., H. Bunn., & P. Tugwell. *Desarrollo de Habilidades y Destrezas en el Proceso de Decisión Compartida y en el Apoyo a la Decisión*. Documento de trabajo no publicado. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- O'Connor, A. (1998b). Entrevista personal. (p. 173-177). En A. O'Connor., & M.J. Jacobsen., H. Bunn., & P. Tugwell. *Desarrollo de Habilidades y Destrezas en el Proceso de Decisión Compartida y en el Apoyo a la Decisión*. Documento de trabajo no publicado. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile
- O'Connor, A., & Jacobsen, M.J. (2000). *Conflicto Decisional: Valorando y Apoyando a las Usuaris que tienen dificultad para Tomar Decisiones que afectan su salud*. Apunte del taller de capacitación "Elecciones y decisiones en salud: una alianza profesional y usuario" (DECIDE). PUC. Santiago, Chile.
- Lange, I., Jaimovic, S., Campos, S., & O'Connor, A. (1999). *Elecciones y Decisiones en Salud: Situación de mujeres de la comuna de La Pintana*. [Abstract] *ICongreso Chileno de Promoción de la Salud*. Vida Chile/MINSAL. p. 92. Santiago, Chile.
- Caballero, E. (2001). *Conflicto decisional y necesidades educativas en madres de recién nacidos*. Tesis de Magister en Diseño Instruccional. Escuela de Educación. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem*. (4° edición). Barcelona, España: Editorial Masson-Salvat.
- Pardó, J., & Plazas, M. (1998). Modelos para el cambio de conducta. *Cuadernos de Nutrición*, 21(5), 58-64.
- Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, (1), 38-48.

Correspondencia: Solange Campos Romero, Profesora. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Campus San Joaquín. Casilla 306. Correo 22. Código Postal 6904411. Santiago - Chile.