

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL
CUIDADO MATERNO – INFANTIL EN MUJERES EMBARAZADAS
DE UN CENTRO DE SALUD URBANO**

TESIS

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA
ALEJANDRA GONZALEZ FONTES

DIRECTORA M.C. Claudia Figueroa Ibarra

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
RESUMEN	3
CAPITULO I. Planteamiento del problema	4
1.1 Pregunta de investigación	6
1.2 Objetivos	6
1.3 Justificación	7
1.4 Viabilidad	8
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	9
Antecedentes.....	9
CAPITULO III. Marco referencial	12
CAPITULO IV. Metodología	19
4.1 Tipo de investigación	19
4.2 Hipotesis de la investigación.....	19
4.3 Etica de la investigación	19
4.4 Población, muestra y muestreo	21
4.5 Tecnica e instrumento para la recolección de datos	22
4.6 Procedimiento para la recolección de información	22
4.7 Procesamiento y presentación de los datos	23
CAPITULO V. Analisis de resultados	25
5.1 Datos sociales generales.....	25
5.2 Conocimientos previos y posteriores.....	28
5.3 Visitas de seguimiento	32
DISCUSIÓN	33
CONCLUSION	37
PROPUESTAS	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	42
Instrumento “Conociendo mi embarazo”	43
Evidencias fotográficas	51
Carnet	54

INTRODUCCIÓN

La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país. Como las acciones emprendidas para el mejoramiento de la salud madre-hijo se encuentran todas aquellas concernientes a los cuidados durante el embarazo (Alfaro, N.A. 2008).

Uno de los principales problemas en la comunidad es que, a pesar de que los centros de salud se encuentran relativamente cerca, se percibe la falta de asistencia por parte de las mujeres gestantes a sus respectivos controles prenatales, lo cual es consecuencia en primera instancia por la falta de educación sobre el autocuidado y la importancia de acudir al control médico y de enfermería, provocando que la morbi-mortalidad materna sea uno de los principales problemas en la población, el cual, además involucra otros factores, como la edad de la madre, la calidad de los servicios de salud, factores socioeconómicos, culturales y demográficos.

Como sucede en el mundo, en México las condiciones en las que se desarrollan los embarazos y nacimientos varían mucho. Para algunas mujeres, la gestación se desarrolla con una alimentación y actividad física adecuadas, con información suficiente sobre los cambios fisiológicos propios de esta etapa, así como de los signos de alarma y con una vigilancia médica del curso del embarazo suficiente y de buena calidad. Para otras, en cambio, se experimentan carencias y problemas en cada uno de estos ámbitos, los que conducen a problemas de salud tanto de la madre como de su hijo, los que finalmente pueden conducir a la discapacidad o a la muerte. (González, R.; Castro, J. M.; Moreno, L. 2012).

De acuerdo con algunos registros, las primeras estimaciones sobre la magnitud de la mortalidad materna en el mundo se efectuaron a finales de 1980, y se calculó que cada año morían aproximadamente 500 000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo. Para finales de 1990, la cifra se ajustó a 600 000

defunciones por año, la mayoría en países en desarrollo, en los que se calculó que uno de cada 12 fallece por causas relacionadas con el embarazo, mientras que en países desarrollados esta cifra es de una por cada 4 000 mujeres. Las medidas dirigidas a evitar la exposición a algunos factores de riesgo durante el embarazo y en la infancia incluyen la acción sobre ellos y la detección temprana de su exposición (González, R.; Castro, J. M.; Moreno, L. 2012).

El presente proyecto de investigación consiste en implementar y evaluar un programa de intervención educativa en el cuidado materno infantil dirigido a las madres que estén cursando el periodo gestacional con la finalidad de recibir educación para la salud, con referencia a la importancia del control antes, durante y después del embarazo, alimentación adecuada, signos de alarma y lactancia materna; realizando una evaluación del antes y después de recibir educación resaltando los beneficios del recibimiento de la misma.

En este sentido cada una de las intervenciones y etapas del proyecto fueron encaminadas para generar conocimientos en relación a los cuidados materno-infantiles en usuarias durante su embarazo y por lo tanto favorecer su salud y bienestar.

El trabajo se estructura en cinco capítulos, el primer capítulo refiere el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos, la justificación y la viabilidad de la investigación. El segundo capítulo aborda el marco teórico, en el que se plantean resultados de investigación previa; el tercer capítulo aborda el marco referencial; en el cuarto capítulo se refiere a la metodología, la cual contempla el tipo de estudio, la población y muestra, las técnicas e instrumentos para la investigación, tabulación y análisis de datos y el procedimiento; el capítulo cinco presenta los resultados de la investigación.

RESUMEN

Introducción: La salud de la madre y el niño está contemplada como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención. Como las acciones emprendidas para el mejoramiento de la salud madre-hijo se encuentran todas aquellas concernientes a los cuidados durante el embarazo.

Objetivos: evaluar el impacto de un programa de intervención educativa en el aprendizaje del cuidado materno-infantil en mujeres que acudieron al Centro de Salud Urbano.

Metodología: se presenta la implementación y evaluación de un programa de intervención educativa en el cuidado materno infantil dirigido a mujeres gestantes para brindar educación sobre los cuidados antes, durante y después del embarazo así como el cuidado al recién nacido. La intervención se realizó en un Centro de salud Urbano en el municipio de Hermosillo, Sonora mediante un diseño cuasi experimental. La muestra estuvo constituida por 25 mujeres embarazadas de 16 a 24 años que asisten a sus citas de control prenatal en el Centro de Salud Urbano. Se realizaron 5 curso-taller en total a lo largo de un año, se les aplicó un instrumento de evaluación a las gestantes antes y después de la impartición del curso para medir los conocimientos previos y posteriores a este.

Resultados: queda demostrado que la capacitación en la mujer embarazada incrementa la seguridad de un embarazo saludable y reduce los factores de riesgo, al obtener información veraz y oportuna; se observó un gran avance en el conocimiento de las usuarias participantes sobre todo en el tema de lactancia materna, donde se aumentó de un 36% a un 100% el conocimiento de sus beneficios tanto para la madre como para el bebé, y los síntomas de peligro después del parto, donde de un 48% de conocimiento de estos se aumentó a un 92%.

Palabras claves: promoción a la salud, intervención educativa, embarazadas, evaluación.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nada justifica una muerte materna; sin embargo, hoy en día a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno, la sociedad e instituciones privadas y no lucrativas, la morbi-mortalidad materna y perinatal continúa siendo un problema de salud pública. Para una mejor comprensión de ello, es necesario pensar en la ausencia de estas mujeres y en el rol social que tienen en nuestra sociedad mexicana; además de que aportan de manera importante a la fuerza productiva del país, porque muchas de estas mujeres son trabajadoras asalariadas (Rivas, A.M. 2008)

En México se presentan 2.1 millones de embarazos cada año, cerca de 250 a 300 mil tienen complicaciones, de estos 30 mil mujeres quedan con secuelas obstétricas como dolor perineal crónico, dispareunia, incontinencia urinaria y fecal que las pueden convertir en discapacitadas; fallecen anualmente en promedio 1,000 mujeres. En 2007 en Sonora fallecieron 22 mujeres y en 2009 fallecieron 1,207 mujeres a nivel nacional (INEGI, 2014).

La mayor parte de los comités de morbimortalidad materna emiten recomendaciones y promueven acciones de mejora de las unidades hospitalarias, la atención prenatal y abordaje de riesgo ha tenido un gran impacto en la reducción de la mortalidad materna, esta es una acción que favorece la vinculación comunitaria y la salud perinatal.

De acuerdo con la medicina basada en evidencia, la división de maternidad segura de la OMS, publicó las buenas prácticas obstétricas que incluye: Promoción de las prácticas que han demostrado ser útiles como utilización de métodos no farmacológicos para el dolor, libertad de movimiento materno, uso de partograma y contacto piel a piel de madre a hijo, eliminación de las prácticas que resultan perjudiciales e ineficaces (control del dolor por agentes sistémicos, uso de anestesia epidural, oxitocina preparto, amniotomía temprana y enema), realización con cautela de las prácticas cuya evidencia es escasa hasta que se sustente su

uso o eliminación (rasurado del vello púbico y ayuno,) y la reducción de aquellas prácticas inadecuadas que son utilizadas excesivamente (episiotomía y limpieza uterina) (Matus, C.R. 2008).

A nivel mundial, los programas de planificación familiar han demostrado un efecto positivo en el desaceleramiento del crecimiento de la población, la reducción de la mortalidad materna e infantil y mejoría en la calidad de vida de la población. Desafortunadamente, a través de los años el programa ha perdido su lugar preponderante como intervención en salud pública, no sólo en México, sino en muchos países.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que el índice de Mortalidad Materna (RMM) a nivel mundial se encuentra a razón de 400 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que corresponde a 529.000 defunciones maternas anuales, de las cuales de los 300 millones de mujeres del mundo entero que padecen actualmente enfermedades de corta o larga duración son atribuibles al embarazo o parto.

Las características determinantes de las usuarias que asisten a consultas de control prenatal al Centro de Salud Urbano que llevaron a la realización de las intervenciones educativas son usuarias principalmente en unión libre, con estudios truncos hasta preparatoria, cuentan con un nivel socioeconómico bajo, son desempleadas, cuentan con mala alimentación y sobrepeso previo al embarazo y en su mayoría son adolescentes, siendo estos factores de riesgo según lo mencionado en la guía de práctica clínica de control prenatal con enfoque de riesgo en 2009, donde se puntualiza que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, independientemente de la edad gestacional, donde en la primera consulta, el médico familiar, debe identificar los factores de riesgo que son modificables y dar indicaciones precisas. (Guía de práctica clínica, control prenatal con enfoque de riesgo, 2009)

Por lo antes mencionado es importante que las mujeres gestantes que asisten a este Centro de Salud cuenten con herramienta que les permitan llevar de manera segura su embarazo, por lo cual el presente trabajo de investigación pretende incidir sobre las mismas para poder generar conocimientos en relación al cuidado materno-infantil y mejorar la calidad de vida en relación a su embarazo. Las intervenciones que se llevan a cabo son la de impartición de curso-talleres donde se miran temas con relación al embarazo además de los cuidados al recién nacido, de una visita domiciliar después del parto para verificar y retroalimentar lo visto en los curso-talleres. Por lo anterior se plantea la siguiente.

1.1 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la eficacia del aprendizaje que obtienen las mujeres que cursan el periodo gestacional sobre el cuidado materno-infantil ante una intervención educativa sobre dichos cuidados?

1.2 Objetivos

General:

Evaluar el impacto de un programa de intervención educativa en el aprendizaje del cuidado materno-infantil en mujeres que acudieron al Centro de Salud Urbano.

Específicos:

- Evaluar los conocimientos previos al programa de intervención educativa en las usuarias asistentes al curso-taller sobre cuidado materno- infantil.
- Implementar el programa de enseñanza sobre dichos cuidados a mujeres que acuden a sus citas en el Centro de Salud.
- Evaluar los conocimientos generados al finalizar la implementación del programa de intervención educativa en las usuarias asistentes al curso-taller sobre cuidado materno- infantil.

- Implementar un sistema de seguimiento mediante la realización de visitas domiciliarias que permitan corroborar la efectividad del programa.

1.3 Justificación

El aprendizaje que las mujeres obtienen acerca del cuidado materno–infantil es muy importante tanto para mantener como para preservar su salud y estar preparadas para el parto y llevar a cabo los cuidados inmediatos al recién nacido.

El considerar que no deben iniciar control prenatal de inmediato podría estar relacionado con la culpabilidad, temor e inseguridad que muchas mujeres tienen al enterarse de estar embarazadas y por lo tanto un rechazo a realizar cualquier tipo de seguimiento o control prenatal que señale o ponga en evidencia su estado de gravidez, debido a que mayormente no estuvo planificado. Para algunas mujeres, el embarazo sería una dificultad en su vida cotidiana, pues al no estar planeado, truncaría sus expectativas de “proyecto de vida” de estudio y trabajo, modificando su estilo de vida anterior al embarazo (Mengole, T. 2009).

Sobre los datos de la salud materna, en 2013, aproximadamente 289 000 mujeres murieron de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En la mayoría de los casos hay intervenciones médicas bien conocidas que podrían evitar esas muertes. El principal obstáculo es la falta de acceso de las embarazadas a una atención de calidad antes, durante y después del parto (OMS, 2014).

Dentro del Centro de Salud Urbano se ve la necesidad de realizar un proyecto para generar aprendizaje en las mujeres sobre el cuidado materno–infantil que deben recibir al acudir a sus citas de control prenatal y en el posparto, por tal motivo se propone un programa enfocado a generar y evaluar este aprendizaje, así como también reforzarlo con el fin de que las mujeres lleven a cabo los respectivos cuidados para tener un embarazo saludable sin complicaciones tanto para ellas como para sus futuros hijos.

1.4 Viabilidad

La investigación resultó viable dado que se trabajó con una población comprometida, se contó con recursos humanos, participación directa de la profesora asesora del proyecto, colaboración del personal dedicado al área de materno infantil del Centro de Salud Urbano, intervención directa de las pasantes de enfermería en servicio social, personal administrativo, médico y de enfermería del Centro de Salud Urbano; los recursos financieros y materiales fueron aportados por el apoyo económico del proyecto de investigación otorgado por el programa de desarrollo profesional y las aportaciones de las pasantes investigadoras.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Según lo citado en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Nos da respuesta a la forma de como las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud ilustrando la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado de salud; enfatizando el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

En este modelo se expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

El primero postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas; señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención, retención, reproducción y motivación. El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo.

La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

El modelo de promoción a la salud expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos en la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

Dentro del modelo de promoción a la salud de Pender se ubican varios componentes, el primero de ellos trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. El primero se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Los componentes centrales del modelo se relacionan con los conocimientos y afectos específicos de la conducta, comprende seis conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la auto eficacia percibida, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.

La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a

adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo.

En resumen el modelo de promoción a la salud plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (Aristizábal, G.P.; Blanco, D.M.; Sánchez, A.; Ostiguín, R.M. 2011).

El programa de intervención educativa, dirigido a la mujer embarazada sobre el cuidado materno-infantil, está íntimamente relacionado con el modelo de Promoción a la Salud, dado que al impartir un curso-taller, donde se abordan temas que abarcan desde cuidados previos a la concepción hasta cuidados dirigidos al recién nacido, se pretende generar y modificar la conducta de las usuarias hacia su bienestar óptimo, teniendo resultados de salud positivos al impartir información oportuna y verás sobre el tema; al momento de generar conocimientos y cambiar los hábitos nocivos de conducta se lleva a la usuaria a tener comportamientos de salud.

CAPÍTULO III. MARCO REFERENCIAL

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez (NOM-007-SSA2-1993).

Aunque las causas de la alta morbilidad materna y perinatal y las medidas para prevenirla y tratarla son bien conocidas, los progresos siguen siendo lentos en muchos países. Sin embargo, algunos países a veces muy pobres han tenido éxito en lo que respecta a reducir la mortalidad materna. La mortalidad materna y neonatal puede reducirse considerablemente mediante intervenciones de salud materna basadas en la evidencia, confiables, costoeficaces y factibles incluso en entornos pobres (ODM, 2003).

Numerosos estudios se han realizado en relación a la mujer embarazada, con la finalidad de disminuir la mortalidad materno-infantil se han establecido varias estrategias, entre ellas las relacionadas con la capacitación de la mujer gestante.

Un estudio realizado en Cuba en el año 2007 sobre la efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud, que incluyó a 160 embarazadas divididas en dos grupos, uno de intervención y otro de comparación, compuesto de 80 mujeres cada uno, señala que las embarazadas del grupo de intervención se convirtieron en sujetos activos del cuidado de su salud mediante una intervención que constó de un diagnóstico inicial de los

problemas en salud de las embarazadas y con esto se pudo incidir en una adecuada psicohigiene del embarazo, el parto y el puerperio desarrollando una acción intersectorial con el grupo; lo que se manifestó en la disminución del número de mujeres con enfermedades evitables durante la gestación 19 (23.8 %) en relación con el grupo de comparación, 41 (51.3 %), además nacieron menos bebés con bajo peso (2.5%), fue mayor el número de mujeres que amamantaron a su bebé con lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes (73.8 %) y donde se apreció una mejor evolución de la relación peso/talla de los hijos en el primer semestre de la vida; señalando así que la intervención educativa fue efectiva (Beltrán, B.M.; Ruíz, M.; Grau, R.; Álvarez, I. 2007).

En la investigación realizada en 2008, sobre los conocimientos de las mujeres de Costa Rica y Panamá sobre el cuidado de la salud durante el embarazo, nos dice que las mujeres costarricenses tuvieron una mayor puntuación que las panameñas en la mayoría de los dominios del conocimiento sobre los cuidados de la salud durante el embarazo; puntualizando que Los únicos factores significativos que determinaron esos conocimientos fueron el país de origen y el nivel educacional. Los resultados indican que las mujeres de Costa Rica tienen más conocimiento sobre los cuidados necesarios durante el embarazo que las de Panamá y que esa diferencia puede estar relacionada con la educación directa sobre los cuidados prenatales y su promoción en Costa Rica. Esto podría indicar que hay una influencia de la cultura de concientización del cuidado de la salud que va más allá de la correlación negativa ya conocida entre la mortalidad infantil y el nivel de educación de la madre (Guilford, W.; Downs, E.K.; Royce, T.J. 2008).

En la investigación realizada por García M. en el 2003 sobre el efecto de una intervención educativa en la competencia cognitiva de la mujer embarazada, sobre signos y síntomas de alarma señala que diversos autores manifiestan la necesidad de proporcionar información clara y oportuna sobre los cuidados que la mujer debe tener durante el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido, así como los problemas y síntomas que pueden poner en riesgo la salud o la vida de la madre o del producto y proponen programas de educación para la salud,

enfocados al conocimiento de factores de riesgo reproductivo. Dicho autor encuentra que en ocasiones y debido al poco tiempo de que se dispone durante la consulta, esta actividad no se lleva al cabo o se brinda en forma simultánea al control prenatal sin tomar en cuenta, los conocimientos previos de la paciente, por lo que el aprendizaje no se da en forma efectiva, lo anterior aunado a factores socioeconómicos y culturales que contribuyen a que la embarazada no acuda en forma oportuna a solicitar atención cuando se presente un signo o síntoma de alarma (García M. 2003).

Durante el año 2007 en Manizales, Colombia se elaboró una investigación sobre los errores o equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención dirigidas a gestantes, donde se encontró que los errores y equivocaciones por parte de los profesionales se resaltaban la falta de interrogatorio, no seguimiento a inasistentes, escasas explicaciones durante el control o la consulta y omisión de exámenes paraclínicos; también se identificaron errores en el sistema relacionados con falta de oportunidad en la entrega de medicamentos y en la asignación de citas. Los autores señalan que en cada uno de los contactos que el profesional tenga con los usuarios se debe insistir en la información clave que éstos requieren sobre su condición de salud, nada debe considerarse como obvio, ni repetitivo, ya que éstos manifiestan que la requieren (Vélez. C.; Gómez, D.E.; González, M.C. 2008).

En la investigación realizada por Kotliarenco M.A. y su equipo en 2009, sobre las características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana, se obtuvo que los programas de visita domiciliaria orientados a la intervención en infancia temprana, clarificando los alcances y limitaciones de la investigación y sus ámbitos de aplicación se ha mostrado efectiva para una variedad de áreas relevantes, especialmente sobre el desarrollo de competencias parentales y la relación cuidador-infante. En términos generales, los programas más efectivos comenzaban en el embarazo, durante más de un año, contaban con personal especialmente entrenado y se focalizaban

en construir una relación de confianza y en modelar la interacción cuidador-infante (Kotliarenco, M.A.; Gómez. E.; Muñoz, M.M.; Aracena, M. 2009).

En la investigación realizada en 2011 por Fernández I. y su equipo de investigación se llevó a cabo una intervención educativa en los adolescentes con riesgo de embarazo donde se puntualiza que el embarazo en la adolescencia es un problema no solo relacionado con los resultados perinatales, sino por todas las implicaciones psicosociales que la maternidad trae aparejada a esta edad, donde el conocimiento acerca del embarazo en la adolescencia antes de la intervención era superficial e insuficiente dado que el interés de estos por la misma era escasa, con la intervención se logró que los adolescentes ganaran conocimiento y habilidades para evitar embarazos en estados tempranos (Fernández, I., Torrencillo, M., Morales, A., Báez, E. 2011).

Dentro de la investigación realizada por Cordero J.A. en 2005 sobre la lactancia materna en Madrid, España se consumó que las prácticas en los servicios de salud son fundamentales para la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna. Cuando las madres no transmiten a sus hijos los conocimientos y las habilidades para que la lactancia sea vista como un gesto natural, hay que transmitir esos conocimientos a la población infantil (Cordero, J.A. 2005).

En la investigación realizada por Menéndez G.E. en 2012 en Minas, Camagüey sobre el embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente se realizó una intervención educativa para modificar los criterios sobre el embarazo y sus riesgos y uno de los resultados que se obtuvo fue que los motivos por los cuales las adolescentes decidían continuar con su embarazo es que al inicio de esta etapa la adolescente se encuentra bajo la autoridad y el control absoluto de los mayores, minada de angustias, conflictos y contradicciones generadas por la incomprensión y el mal manejo de las personas encargadas de su educación, sumando a que existen tabúes, temores, e inseguridades que los conducen a imponer regulaciones represivas a los adolescentes, convirtiéndose en un freno

que ocasiona trastornos en su desarrollo (Menéndez, G.E.; Navas, I.; Hidalgo, V.; Espert, J. 2012).

La Norma Oficial Mexicana para la atención de la Mujer durante el embarazo, parto y recién nacido, (NOM-007-SSA2-1993), en las especificaciones de promoción de la salud, manifiesta que dicha actividad se debe llevar al cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social, las instituciones y unidades deben de establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud; el programa educativo debe de contener entre otros apartados, los cuidados durante el embarazo y el puerperio y los signos y síntomas de alarma que requieren atención médica urgente.

En 2011 Chávez N.C. realizó un estudio sobre el estado nutricional en el embarazo y su relación con el peso del recién nacido donde se estudió la calidad de la dieta de la gestante y su correlación con la falta de asesoramiento nutricional obteniendo al final que el control nutricional con una asesoría especializada durante el embarazo es de suma importancia para lograr un adecuado peso en el recién nacido, particularmente cuando existen comorbilidades.

El programa de acción específico 2007-2012 Promoción de la salud: una nueva cultura; señala que la mortalidad materna e infantil son dos de los indicadores más relevantes de injusticia social e inequidad de género, que afectan a las localidades con menor desarrollo socioeconómico, a las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas. En mortalidad materna la reorientación de los servicios de salud para el acceso al paquete garantizado de las madres, el desarrollo de sus competencias y la utilización, para el traslado oportuno de las embarazadas a las unidades de salud, de las plataformas municipales y de las redes sociales que tejen la organización comunitaria (servicios de promoción de la salud) son contribuciones centrales para enfrentar este reto. Dicho programa nos indica que el promover la educación saludable es el recurso más poderoso para

poder alcanzar mejores niveles de salud y promover el desarrollo humano mediante la educación (Secretaría de salud, 2008).

En el nuevo modelo de control prenatal de la OMS (LIMA, A. E. 2003), se analizan las preocupantes estadísticas de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo y reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. Tradicionalmente, en los países en desarrollo se han recomendado programas de control prenatal siguiendo los lineamientos de los programas que se usan en los países desarrollados, incorporando sólo adaptaciones menores de acuerdo con las condiciones locales. Muchos de los componentes de estos programas prenatales no han sido sometidos a una rigurosa evaluación científica para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia sólida ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y por lo tanto la asignación óptima de recursos. En los países en desarrollo, estos programas frecuentemente son mal implementados y las visitas a las clínicas pueden ser irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres.

Está aceptado en todo el mundo que, en neonatos la lactancia materna disminuye la morbilidad y en los países en bajo desarrollo disminuye la mortalidad, mientras numerosas iniciativas para aumentar la incidencia y la aceptación de la lactancia materna; para ello, organizaciones gubernamentales, gobiernos y organizaciones no lucrativas definen programas basados para dar a conocer los beneficios de la lactancia materna.

Pese a las recomendaciones de la OMS y de muchas otras agencias y asociaciones, las tasas de lactancia materna son mucho más bajas de lo deseado en todo el mundo. En algunos países, esto se debe a una tasa de inicio muy insatisfactoria; en las islas británicas, por ejemplo, y en muchos hospitales, menos del 50 % de las madres inicia el amamantamiento. Pero aun en los países donde el inicio de la lactancia materna se aproxima al 100 % de las mujeres, tiene lugar una caída de su práctica, y en especial de la lactancia exclusiva, en diferentes

edades; en las primeas semanas tras el parto, porque es costumbre introducir otros alimentos o líquidos, o en los primeros meses, por otras varias razones. De hecho, son una minoría en todo el mundo los niños que reciben leche materna hasta los 6 meses. Esta cantidad se reduce en los amamantados hasta el primer año de vida, y, en muchos países, aún más en los que la reciben hasta los 2 años de edad o más.

La promoción de la salud es una de las funciones esenciales de la salud pública y su objetivo es aplicar métodos y estrategias para ayudar a las personas a asumir estilos de vida saludables, usar mejor los servicios de salud, adoptar prácticas de autocuidado y participar activamente en la identificación de necesidades y problemas en salud, así como en el diseño y ejecución de programas para desarrollar la salud. En el contexto de las políticas de salud pública, la promoción de la salud se convierte en una estrategia fundamental para brindar alternativas de trabajo intersectorial que favorezcan la disminución de las desigualdades sociales, la potenciación de la salud a nivel individual y colectivo, y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

CAPITULO IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

De acuerdo al objetivo general y la pregunta de investigación el estudio es de carácter cuantitativo, descriptivo, ya que se busca analizar los conocimientos previos y posteriores a la intervención educativa mediante curso-talleres impartidos a las futuras madres que cursen el periodo gestación con relación al cuidado materno-infantil, que estén asistiendo a sus citas de control prenatal en el Centro de Salud Urbano.

Desde la perspectiva cuasi-experimental, la asignación de los usuarios no es aleatoria y el factor de exposición es manipulado por el investigador, donde se incluyen grupos ya constituidos de forma previa; se emplea un estudio antes/después donde se establece una medición previa a la intervención y otra posterior (Segura C.M. 2003).

4.2 Hipótesis de la investigación

Tras una intervención educativa la mujer embarazada incrementará su nivel de conocimiento en relación al embarazo, parto y cuidados del recién nacido.

4.3 Ética de la investigación

El aspecto ético del estudio se fundamenta en los principios básicos de la investigación científica en seres humanos apegados también a lo establecido por la Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki y a los tres principios primordiales postulados en Belmont, teniendo como base de sustentación , los beneficios directos que pueden recibir los sujetos en estudio, el tratar de modificar aquellos aspectos que en los resultados se evidencian y complementan la

investigación; el proyecto además fue analizado y autorizado por personal de la Secretaria de Salud y del Centro de Salud al cual se le prestó servicio social.

Principios éticos comunes:

- Autonomía: Se incluyen los derechos individuales, intimidad y elección de cada participante.
- Confidencialidad de la información: Se mantendrá confidencialidad en los resultados obtenidos en la investigación.
- Fidelidad: Se deberá cumplir con los compromisos hechos con cada persona.
- Respeto a las personas: Deben ser respetados las decisiones de las personas, incluso el de no participar en el investigación.
- Veracidad: Obligación de decir la verdad y no mentir o engañar.
- Consentimiento informado: Expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud (Centro del conocimiento bioético, 2015).

La autorización para la realización del presente trabajo se obtuvo mediante la revisión del mismo por parte de personal de secretaria de salud y del centro de salud donde se realizó el estudio en el mes de Julio del 2014 siendo aprobado antes del primero de agosto del mismo año.

El consentimiento informado se obtuvo, por parte de las usuarias asistentes a los curso-talleres, por medio de una explicación del estudio a realizar y del contenido temático que se impartiría dentro de las sesiones, además se añaden los detalles con respecto a los beneficios a obtener por parte del curso, una vez explicados los puntos las usuarias que aceptaron la participación procedieron a firmar dicho documento.

4.4 Población, muestra y muestreo

El universo de estudio son mujeres embarazadas de 16 a 24 años que asisten a sus citas de control prenatal en el Centro de Salud Urbano.

El muestreo es no probabilístico, por conveniencia, ya que al mes acuden al Centro de Salud 11 usuarias primigestas de las cuales 6 o 7 son referidas a segundo nivel de atención por ser usuarias, en su mayoría menores de edad, con embarazo de alto riesgo. Se trabajó con la totalidad de 25 mujeres interesadas en recibir el curso-taller de capacitación.

El muestreo por conveniencia o no probabilístico se trata de un proceso en el que se selecciona intencionalmente los elementos del universo que formaran parte de la muestra. Esto indica que las usuarias que están en la muestra son las que tienen fácil acceso y son voluntarios a participar y además cumplen con los criterios de inclusión de la investigación (López R. 2009).

4.4.1 Criterios de Inclusión

- Usuarias que pertenezcan al Centro de Salud
- Mujeres que se encuentren embarazadas
- Pacientes con bajo riesgo obstétrico
- Gestantes que estén interesadas en participar en el estudio

4.4.2 Criterios de Exclusión

- Usuarias que no acepten participar en el estudio
- Gestantes que no culminen con la capacitación
- Mujeres que sean nulíparas

4.5 Técnica e instrumento para la recolección de datos

Las usuarias que participaron dentro del estudio realizado fueron captadas mediante los carnets obstétricos utilizados en la consulta externa del Centro de Salud Urbano, donde el día de sus citas de control se les informó de la capacitación que se impartiría sobre el cuidado materno-infantil dándoles así la fecha de impartición del curso-taller y los horarios a cumplir.

Se elaboró y aplicó un instrumento de evaluación a la población seleccionada con el fin de obtener datos generales de las usuarias, y se presentaron preguntas con relación a su nivel de conocimiento sobre el cuidado materno-infantil. El instrumento de evaluación consta de 48 ítems.

El instrumento de evaluación recoge datos generales de las usuarias y se compone de 48 reactivos divididos en 39 preguntas de opción múltiple que están formadas por un enunciado o pregunta con una respuesta y de 3 a 5 distractores, incluye 2 preguntas de respuesta alterna (verdadero o falso) y 6 preguntas de relación de conceptos donde se busca una respuesta concreta al relacionar columnas y/o imágenes. La forma de evaluación fue por medio de listas de verificación.

4.6 Procedimiento para la recolección de información

Para la recolección de la información, se solicitó autorización a través del consentimiento informado el día de la impartición de la primera sesión del curso-taller a las usuarias participantes del estudio, al aceptar y firmar dicho consentimiento se les aplica el primer instrumento de evaluación para realizar la pre-evaluación, al finalizar el curso-taller se aplica la evaluación final para ver el cambio de antes y después del curso. Un mes antes del primer curso, se aplicaron 8 instrumentos como pruebas piloto a usuarias embarazadas que esperaban su consulta en el área de consulta externa del Centro de Salud Urbano, al no haber observaciones al instrumento se procede a realizar los cursos-talleres.

utilizando particularmente las medidas de tendencia central, media, mediana, así como frecuencia y porcentaje para las variables de tipo nominal.

Para representar de manera gráfica los resultados se utilizan gráficas de pastel, y de barras.

Se realizan 5 cursos-talleres en total a lo largo de un año, donde se siguió la estrategia de educación para la salud por medio de presentaciones dirigidas en mesa redonda, que cuentan con tiempo de explicación y dudas en cada tema impartido, donde al inicio y al final se aplican los instrumentos de evaluación; se realizan dos talleres en los temas de lactancia materna y cuidados al recién nacido. Los primeros dos cursos impartidos se dieron en 6 sesiones cada uno con una duración de una hora, después del segundo curso se llegó a la conclusión de que a la cuarta sesión se perdían asistentes al curso, por lo que se cambió la estrategia al impartir los curso-talleres a dos sesiones en vez de 6 y con la duración de dos horas y media en vez de una, presentando resultados favorables al no perder participantes. Se da seguimiento a las usuarias al realizar visitas domiciliarias después del parto, realizando un “check out” para valorar las citas correspondientes después del parto, los cuidados al recién nacido y el inicio de vacunación oportuna del mismo.

El procedimiento para el proceso de recolección de los datos cuantitativos es por medio de la encuesta, a través del método cuestionario con la finalidad de obtener los datos por medio de la consultada, que son llenados por ellas mismas de forma individual y confidencial. Durante la aplicación la investigadora está presente, aclarando dudas de forma breve pero suficiente, y dando los agradecimientos por la colaboración al final de la aplicación.

4.7 Procesamiento y presentación de los datos

La tabulación y el análisis de los datos cuantitativos se realizaron en el programa estadístico SPSS para versión Windows 20. El tratamiento estadístico de los datos consistió en la captura de los mismos, diferenciando las variables de acuerdo a su naturaleza (ordinal, dicotómica, normal, continua). Las variables relacionadas con los datos generales y las que describen su nivel de conocimiento sobre el cuidado materno-infantil, fueron analizadas con estadística descriptiva,

CAPITULO V. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en los cuestionarios, se analizaron con estadística descriptiva con medida central (media, mediana), se presentan resultados con cuadros de frecuencia, porcentaje, gráficos de pastel y de barras para su interpretación y análisis.

5.1 Datos sociales generales

Se aplicaron instrumentos a 25 usuarias que fueron el objeto de estudio. De las mujeres evaluadas se encontró que 56% correspondían al rango de edad de 20 a 24 años siendo este el grupo etario dominante y un 44% correspondía al rango de 16 a 19 años (gráfica 1). La escolaridad predominante de las usuarias era de preparatoria con un 40%, seguido del 24% correspondiente a secundaria, un 12% pertenecía de igual manera a primaria y universidad y un 4% representaba a la carrera trunca como minoría (gráfica 2).

GRÁFICA 1. GRUPOS ETARIOS

Hermosillo, agosto 2014-2015

Edad en años

■ 20-24 años ■ 16-19 años

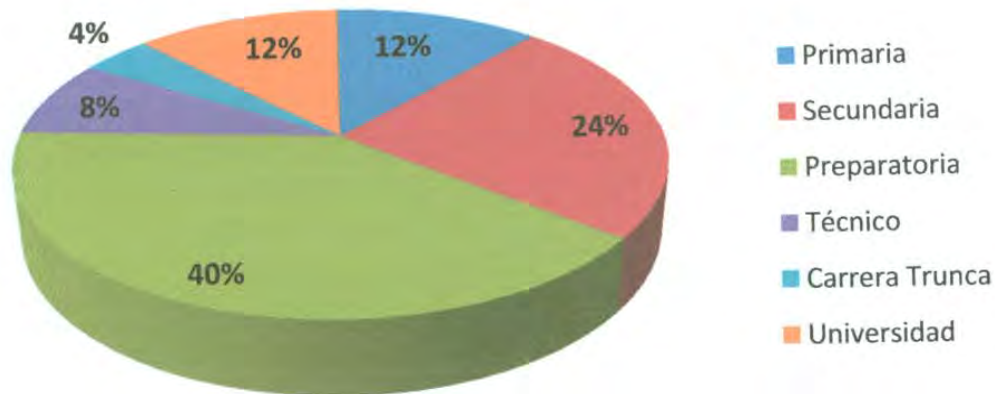


Fuente: Instrumento de evaluación a mujeres embarazadas 2014–2015.n: 25

GRÁFICA 2. NIVEL EDUCATIVO

Hermosillo, agosto 2014-2015

Escolaridad

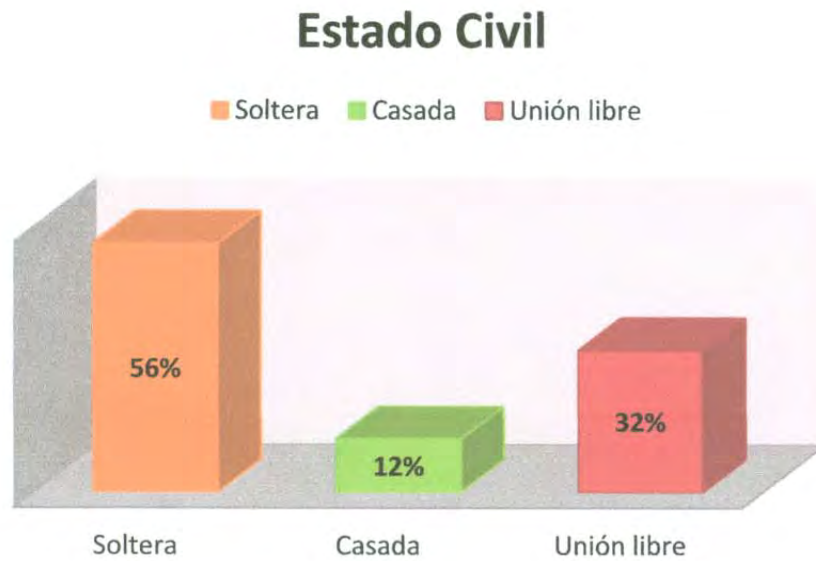


Fuente: Instrumento de evaluación a mujeres embarazadas 2014–2015.n: 25

El estado civil predominante es soltero con un 56%, seguido de 32% con unión libre (gráfica 3). Al curso acuden 32% acompañadas de las cuales en su mayoría son acompañadas por su madre con uno 20%, seguida por su pareja con el 8%; el 68% no acuden acompañadas por diversas razones entre las cuales destacan que su pareja se encuentra trabajando o que no reciben apoyo por parte de sus familias directas (gráfica 4).

GRÁFICA 3. ESTADO CIVIL

Hermosillo, agosto 2014-2015



Fuente: Instrumento de evaluación a mujeres embarazadas 2014–2015.n: 25

GRÁFICA 4. ACOMPAÑANTE

Hermosillo, agosto 2014-2015



Fuente: Instrumento de evaluación a mujeres embarazadas 2014–2015.n: 25

En el pre-evaluación de las usuarias el 12% de las usuarias conocían los cambios normales durante el embarazo, al ser impartido el curso este número aumentó a 92% dejando al 8% sin conocerlos aun (gráfica5). Las mujeres que

conocían las situaciones por las cuales debían dirigirse al área de urgencias de forma inmediata en la pre-evaluación fueron 24% las cuales aumentaron en la evaluación final a 96% dejándonos solo un 4% de usuarias que las desconocían al final (gráfica 6).

5.2 Conocimientos previos y posteriores

GRÁFICA 5. CAMBIOS NORMALES DURANTE EL EMBARAZO
Hermosillo, agosto 2014-2015

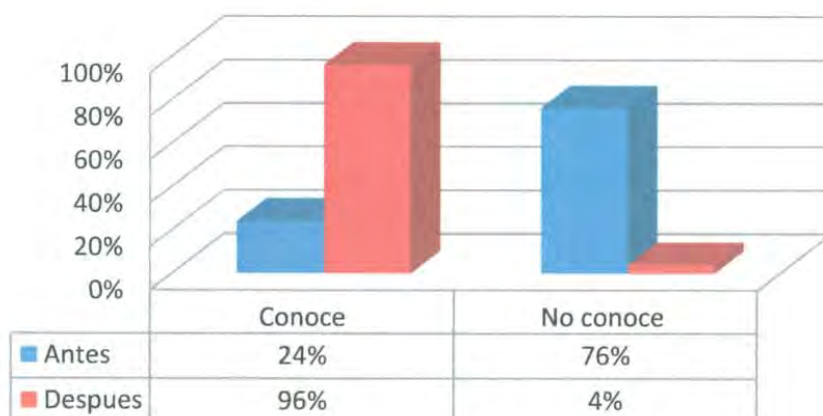


Fuente: Instrumento de evaluación a mujeres embarazadas 2014–2015.n: 25

GRÁFICA 6. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

Hermosillo, agosto 2014-2015

Situaciones para dirigirse al área de urgencias de forma inmediata



Fuente: Instrumento de evaluación a mujeres embarazadas 2014–2015.n: 25

En el cuestionamiento del número de visitas de control prenatal a las cuales las usuarias deben asistir en promedio durante su embarazo en el pre-examen se arrojó que 28% conocían el dato y al finalizar el curso este subió a 84% (gráfica 7). En el tema de lactancia materna fue preocupante que antes de impartir los cursos solo el 36% conocieron los beneficios de la lactancia, por lo que se puso gran hincapié en este tema, al finalizar este curso aumentó el conocimiento a 100% dando un buen resultado de aprendizaje (gráfica 8).

GRÁFICA 7. VISITAS DE CONTROL PRENATAL

Hermosillo, agosto 2014-2015

¿A cuántas visitas de control prenatal, en promedio, debo asistir?

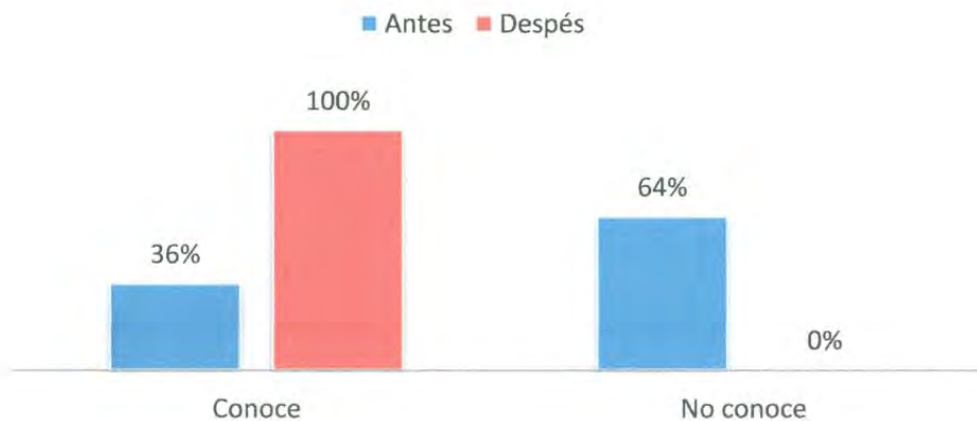


Fuente: Instrumento de evaluación a mujeres embarazadas 2014–2015.n: 25

GRÁFICA 8. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Hermosillo, agosto 2014-2015

Beneficios de la lactancia materna para el bebé



Fuente: Instrumento de evaluación a mujeres embarazadas 2014–2015.n: 25

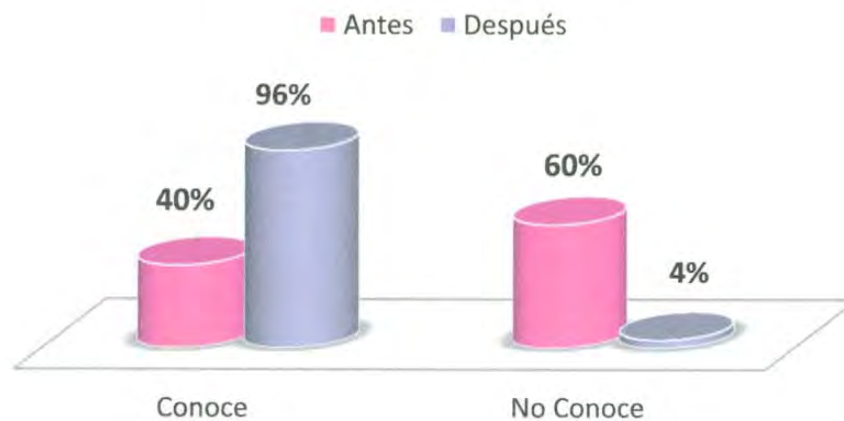
Al inicio de la evaluación el 40% de las usuarias conocían la importancia del peso adecuado durante el embarazo, este dato aumentó a 96% después de la impartición del curso-taller (gráfica 9). Con respecto a los síntomas del peligro después del parto antes de impartirse los cursos el 48% los conocía de forma

empírica, al finalizar el curso-taller esto se aumentó a 92% dejando solo un 8% de usuarias no se concientizaban sobre los síntomas de peligro (gráfica 10).

GRÁFICA 9. IMPORTANCIA DEL PESO ADECUADO DURANTE EL EMBARAZO.

Hermosillo, agosto 2014-2015

¿Por qué es importante tener un peso adecuado durante el embarazo?



Fuente: Instrumento de evaluación a mujeres embarazadas 2014–2015.n: 25

GRÁFICA 10. SÍNTOMAS DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO.

¿Cuáles son los síntomas de peligro después del parto?



Fuente: Instrumento de evaluación a mujeres embarazadas 2014–2015.n: 25

empírica, al finalizar el curso-taller esto se aumentó a 92% dejando solo un 8% de usuarias no se concientizaban sobre los síntomas de peligro (gráfica 10).

GRÁFICA 9. IMPORTANCIA DEL PESO ADECUADO DURANTE EL EMBARAZO.

Hermosillo, agosto 2014-2015

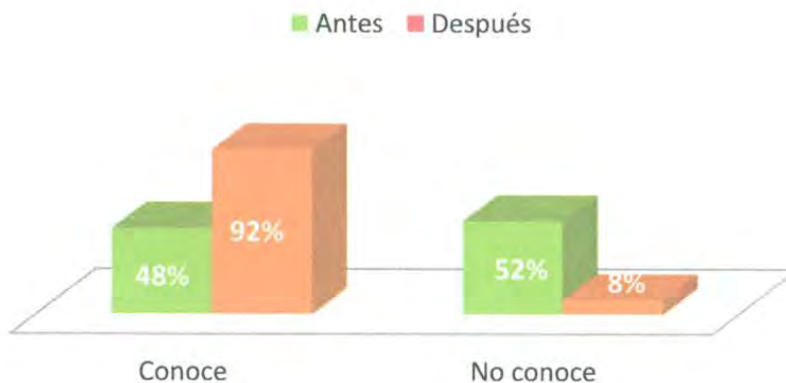
¿Por qué es importante tener un peso adecuado durante el embarazo?



Fuente: Instrumento de evaluación a mujeres embarazadas 2014–2015.n: 25

GRÁFICA 10. SÍNTOMAS DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO.

¿Cuáles son los síntomas de peligro después del parto?



Fuente: Instrumento de evaluación a mujeres embarazadas 2014–2015.n: 25

5.3 Visitas de Seguimiento

Se realizaron visitas domiciliarias a 16 usuarias después del nacimiento de sus bebés donde se valoró el inicio de vacunación temprana al recién nacido, los cuidados del recién nacido que incluían el tipo de ropa que portaba el recién nacido, el área donde dormía el bebé, el método que se utilizaba para dar el baño al recién nacido y los cuidados al cordón umbilical.

Los resultados fueron favorables ya que se encontró el 12.5% de usuarias que no tenían la cuna del recién nacido de forma adecuada a lo visto durante la sesiones de curso-taller ya que poseían almohadas y peluches de felpa en el área; el 6.25% de las usuarias no realizaban el baño al recién nacido de forma adecuada al realizarlo en áreas con corrientes de aire; se volvió a recordar el contenido educativa para solucionar estas situaciones.

Se preguntó durante estas visitas posibles complicación después del parto y durante el puerperio inmediato; donde solo una de las madres mencionó tener complicaciones después del parto que correspondía a 6.25%, la cual consistía en una hernia inguinal a causa de parto prolongado, la cual se procedería a intervenir quirúrgicamente.

GRAFICA 11. VISITA DOMICILIARIA

Hermosillo, agosto 2014-2015



Fuente: “check out” de evaluación después del parto 2014–2015. n:16

DISCUSIÓN

Con el desarrollo de este proyecto queda demostrado que la capacitación en la mujer embarazada, incrementa la seguridad de un embarazo saludable y reduce los factores de riesgo, al obtener información veraz y oportuna.

Observamos que la edad predominante de las usuarias es de mayor de 20 años mostrando más interés en este grupo de edad probablemente debido a la madurez y grado de escolaridad que estas presentan, en cambio el grupo de menores de 20 años pone en manifiesto la característica del adolescente al no mostrar tanto interés en relación a la responsabilidad de su embarazo, tal y como lo puntualiza Fernández, I. en la investigación realizada en 2011 donde se manifiesta la falta de interés por este grupo etario en relación a temas de embarazo.

Se obtiene que la mayoría de las usuarias son solteras y acuden al curso sin acompañante lo cual puede influir en sentir menor apoyo o estabilidad emocional y económica al no contar con alguien para compartir la corresponsabilidad del embarazo, en cambio las que acuden acompañadas por su madre o pareja tiene mayor beneficio al compartir esta responsabilidad. Menéndez G.E. en 2012 describió que al inicio de la etapa del embarazo la usuaria embarazada se encuentra bajo la autoridad y el control absoluto de los mayores, por lo que existen tabúes, temores, e inseguridades que los conducen a imponer regulaciones represivas, convirtiéndose en un freno que ocasiona trastornos en su desarrollo.

Podemos observar que antes de recibir la orientación las usuarias no conocían todos los cambios normales del embarazo, o aunque identificaban algunos no los veían como un cambio relacionado con este proceso; al darles la información se pudo aclarar el porqué de los cambios y cuales eran normales al estar embarazadas, aquí se puede demostrar lo dicho por García M. en el 2003 donde se manifestaban las necesidad de proporcionar información clara y

oportuna sobre los cuidados que la mujer debe tener durante el embarazo, proponiendo programas de educación para la salud.

De igual manera se observa que las participantes al menos conocían un signo de alarma, pero no eran conscientes del peligro que representaban, por lo tanto lo dejaban pasar y en algunas ocasiones generaban complicaciones por tal motivo se les explico de forma clara que cuando se presente cualquiera de estos signos y síntomas debían dirigirse al área de urgencias de forma inmediata; García M. en 2003, aclara que no se toman en consideración los conocimientos previos de la paciente, por lo que el aprendizaje no se da en forma efectiva, lo anterior aunado a factores socioeconómicos y culturales que contribuyen a que la embarazada no acuda en forma oportuna a solicitar atención cuando se presente un signo o síntoma de alarma.

Al aplicar la primera parte de esta evaluación se observó que el 28% de las participantes conocían el número de visitas mínimas para llevar un control adecuado de su embarazo así como también la importancia de las mismas. Al finalizar y evaluar la información otorgada se observó un avance ya que del 28% se incrementó a 84% y solo una minoría de 16% aún no tenían claro este punto, según lo señalado por la OMS en el 2003 donde se describe el componente básico del nuevo modelo de control prenatal se provee instrucciones detalladas sobre cómo conducir el programa de cuatro visitas por ende al ellas conocer este proceso se garantiza una forma de llevar el control de forma oportuna.

En relación a los beneficios de la lactancia materna, se aumentó de un 36% a 100% dejándonos en claro que después de una intervención educativa se aclaró el punto de beneficio, ya que citando lo que puntualizó Cordero, J.A. en 2005 sobre la lactancia materna en Madrid, España, las prácticas en los servicios de salud son fundamentales para la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna y además León C.N. en 2002 señala que prevalece la superioridad de la lactancia materna sobre los diferentes métodos de alimentación alternativos. Cuando las madres no transmiten a sus hijos los conocimientos y las habilidades

para que la lactancia sea vista como un gesto natural, hay que transmitir esos conocimientos a la población infantil.

Se obtuvo que antes de impartir el curso sólo el 40% conoció la importancia del peso adecuado del embarazo ya que no relacionan el sobrepeso como un inconveniente para llevarlo de forma adecuada; teniendo en cuenta lo que mencionó Chávez N.C. en 2011 sobre el apoyo nutricional durante el embarazo donde el control obstétrico debe ser multidisciplinario y debe incluir orientación nutricional, se correlaciona con la educación que se dio durante el curso-taller mostrándonos un incremento a 96% en el conocimiento de este tema.

Se obtuvo al inicio de la evaluación que solo el 48% de las usuarias tenían conocimientos sobre los síntomas de peligro después del parto ya que en su mayoría se preocupa más por el bebé que por su salud después del parto o al ser sometida a una cesárea, y al finalizar se aumentó a 92% después de haberles explicado la importancia después del proceso. Retomando a García M. se relaciona la intervención con lo señalado por este autor al mencionar la necesidad de proporcionar información clara y oportuna sobre los cuidados que la mujer debe tener durante el embarazo, parto, puerperio para que la usuaria acuda en forma oportuna a solicitar atención cuando se presente un signo o síntoma de alarma (García M. 2003).

Al momento de la realización de las visitas domiciliarias a las usuarias que ya habían tenido a sus hijos se pudo evaluar lo impartido con relación a los cuidados al recién nacido, las posibles complicaciones de la madre y el inicio de la vacunación de forma oportuna, Kotliarenco en 2009 obtuvo mediante su investigación que los programas de visita domiciliaria orientados a la intervención en infancia temprana, se muestran de forma efectiva para una variedad de áreas relevantes, especialmente sobre el desarrollo de competencias parentales y la relación cuidador-infante (Kotliarenco, 2009).

Se observó un gran avance en el conocimiento de las usuarias participantes del estudio lográndose así lo planteado al inicio del proyecto, donde se evaluó de

forma efectiva la intervención educativa dejando resultados positivos en cuanto a los cuidados materno-infantiles en las madres participantes.

CONCLUSIÓN

Las intervenciones de promoción a la salud son fundamentales en el ámbito de educar a una población tan vulnerable como es la mujer embarazada principalmente en etapas tempranas de su vida, donde se obtiene principalmente que la falta de educación asía ellas por parte de los servicios de salud nos da un foco rojo para actuar de forma oportuna y prevenir complicaciones que se pudieran solucionar con una simple intervención.

Al momento de darnos el tiempo de brindar la posibilidad de generarle este conocimiento a la mujer en estado de gravidez, se logró demostrar que el cambio puede darse para bien ya que la información otorgada es de índole prioritario al reducir con ello las posibles complicaciones durante el embarazo por falta de conocimiento.

Por tanto durante la realización de este estudio se logró evaluar la efectividad de la intervención educativa concluyendo así que solo es cuestión de brindar la información adecuada en el momento más oportuno, educando a las madres jóvenes garantizándonos así que ese conocimiento se pasará a las siguientes generaciones.

PROPUESTAS

Se propone seguir realizando proyectos de servicio social para seguir con el programa implementado durante el año de servicio para así seguir brindando educación a este grupo en particular.

Con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materno–infantil se propone implementar el curso–taller a la embarazada para brindar educación a mujeres gestantes principalmente a las usuarias que estén cursando su primer embarazo dado que de esta manera se brindarán intervenciones desde un primer momento y así para los embarazos posteriores se contará ya con la información previa.

Ejecutar estrategias de promoción para que las mujeres embarazadas muestren más interés para asistir al curso–taller, además de imponer pautas sobre otorgar la referencia a segundo nivel si no se lleva el curso a su finalización y el otorgamiento de la constancia de asistencia al curso.

Se sugiere la implementación de dinámicas y actividades didácticas para que se les facilite el aprendizaje a las asistentes y así retengan la información que se les estará brindando.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro, N.A.; Farías, M.J.; Figueroa, I.V.; et al. (2008). Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. En *mediagraphic 1* (8), pp. 50.
2. Aristizábal, G.P.; Blanco, D.M.; Sánchez, A.; Ostiguín, R.M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. En: *Enfermería universitaria ENEO-UNAM*, 4, pp. 17.
3. Beltrán, B.M.; Ruíz, M.; Grau, R.; Álvarez, I. (2007), Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. En: *Revista Cubana de Salud Pública*, 2, pp.: 33.
4. Colombia. Ministerio de la protección social. Normas técnicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Santa Fé de Bogotá. 2007. 17 p
5. Cordero, J.A. (2005). Lactancia materna. Madrid, España. Elsevier.
6. Comisión Nacional de Bioética (2015). Consentimiento informado. En: *Secretaría de Salud*. Consultado el 11 de Septiembre del 2015. Disponible en http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html.
7. Chávez, N.C.; Smeke, K. et all. (2011). Estado nutricional en el embarazo y su relación con el peso del recién nacido. En: *Anales médicos*, 56, pp.: 126.
8. Fernández, I., Torrencillo, M., Morales, A., Báez, E. (2011). Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo. *Revista Cubana De Enfermería*, 4, pp: 281.
9. Guilford, W.; Downs, E.K.; Royce, T.J. (2008), Conocimientos de las mujeres de Costa Rica y Panamá sobre el cuidado de la salud durante el embarazo. En: *Rev. Panam Salud Pública*, 6, pp.369.
10. Gutiérrez M. (2010). Hemorragias en el embarazo. En: *Per GinecolObstret*, 56, pp. 8.
11. García M. (2003) *Efecto de una intervención educativa en la competencia cognitiva de la mujer embarazada, sobre signos y síntomas de alarma*. Tesis de maestría, Facultad de enfermería, Universidad autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí.

12. Kotliarenco, M.A.; Gómez. E.; Muñoz, M.M.; Aracena, M. (2009). Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana. En: *Salud pública*, 12, pp: 184.
13. Maya, P.D.; Guiza, I.J.; Mora, M.A. (2010). *Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil*. En revista *cuidarte*, 8, pp. 44.
14. Matus, C.R, (2008). Retos de la mortalidad materna en México. En *Salud.edu*. Consultado el 13 de Julio de 2014. Disponible en http://salud.edumexico.gob.mx/cevece/doc/Resultados/3_MM.pdf.
15. Mengole, T. Iamacone, J. (2009). Factores socioculturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el hospital José Agurto Tello Chosica, Lima, Perú. En: *The Biologist*, 8, pp. 164.
16. Menéndez, G.E.; Navas, I.; Hidalgo, V.; Espert, J. (2012), El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. En: *Revista Cubana de obstetricia y Ginecología*, 3. pp.: 333.
17. Norma oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. (2014) Consultado el 15 de marzo del 2015. Disponible en www.salud.gob.mx.
18. López R. (2009). Interpretación de datos estadísticos. En: *Universidad de Managua*. Consultado el 11 de Septiembre del 2015. Disponible en <http://www.ricardonica.com/Interpretacion/Muestreo.pdf>.
19. Organización mundial de la salud. (2014). "mortalidad materna". En *Centro de prensa*. 348. Consultado el 12 de julio de 2014. Disponible en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/.
20. OMS. (2014). 10 Datos sobre la salud maternal. En Organización mundial de la salud. Consultado el 13 de Julio de 2014. Disponible en www.who.int/features/factfiles/maternal_helt/es/.
21. OMS (2015) Planificación familiar. En Organización Mundial de la Salud. Consultado el 15 de Mayo de 2015. Disponible en: who.int/mediacentre/factsheets/fs35/es/.

22. ODM. (2003). Objetivo de salud del Milenio camino hacia el futuro. Informe sobre la salud en el mundo.
23. Rivera, A.M. (2008). *Control Prenatal*. Manuscrito no publicado.
24. Secretaría de salud. (2008). *Programa de acción específico 2007-2012 Planificación familiar y anticoncepción*. México, D.F. Ediciones ISBNx
25. Segura A.M. (2003). Diseños cuasiexperimentales. En: *Galerías Renacip*. Consultado el 11 de septiembre del 2015. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/renacip/disenos_cuasiexperimentales.pdf
26. Towle, M. A. (2010). *Asistencia de enfermería materna-neonatal*. Madrid, España: Pearson Educación.
27. Vélez. C.; Gómez, D.E.; González, M.C. (2008) Errores o equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención dirigidas en gestantes en Manizales. En: *Hacia la promoción de la salud*, 13, pp: 61.

Anexos

Anexo 1. Instrumento “Conociendo mi embarazo”



Universidad de Sonora
División de ciencias biológicas y de la salud
Departamento de enfermería



Proyecto de investigación de pasantes de la licenciatura en enfermería

Con la finalidad de evaluar el aprendizaje obtenido en relación a los cuidados perinatales en mujeres gestantes que acudan al Centro de Salud Urbano Dr. Domingo Olivares, los pasantes de la licenciatura en enfermería de la Universidad de Sonora le solicitamos responda de forma veraz a las interrogantes que a continuación se le presentan, las cuales son de carácter anónimo. Agradecemos de antemano su participación.

I. Datos generales

Nombre (siglas): _____ Edad: _____ Estado civil: _____
Escolaridad: _____ Acude a este curso acompañada: _____ Si la respuesta es afirmativa señale ¿Por quién? : _____

II. Cuestionamientos

Palomee o marque con una “X” la respuesta que considere correcta

1. ¿Qué es la maternidad sin riesgo?

Es la preparación física, emocional, social y económica de la mujer y su pareja para vivir un embarazo saludable para ella y su hija o hijo.

Es una forma de vivir un embarazo de forma saludable.

Es una forma de planificar embarazos consecutivos para disminuir el riesgo de muerte materna

2. ¿Cuál es la edad adecuada para decidir embarazarse?

Entre 15 y 20 años

Entre 25 y 35 años

Entre 36 y 41 años

3. Durante el embarazo está prohibido realizar estas actividades, señale cuales son.

Realizar ejercicio, comer pescado y conducir automóviles.

Fumar, beber alcohol y drogarse.

Tener relaciones sexuales, beber café y nadar.

4. Señale con una V si la frase es verdadera o con una F si es falsa

La matriz de una adolescente aún no es lo suficientemente madura para albergar a un bebé, más sin embargo se adapta de tal forma que es capaz de llevarlo y madurarlo dentro de sí hasta el momento del parto.

La comunicación entre la pareja es NECESARIA para tomar la decisión de formar una familia, ya que es un trinomio familiar que está formado por la madre, el padre y el bebé.

El tiempo entre un embarazo y otro deberá ser de por lo menos 2 años, para conservar la salud de la madre y el hijo o hija

5. ¿Qué es el embarazo?

- Se denomina embarazo al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta el momento del parto
- Se le dice embarazo al estado donde la madre pierde su periodo menstrual por 9 meses.
- Estado donde la madre sube de peso con la ausencia de la menstruación acompañado de náuseas y vómitos durante 9 meses.

6. El embarazo no es una enfermedad, pero puede producir enfermedades tales como presión alta y diabetes si no se tiene los debidos cuidados, estos problemas son causados principalmente por:

- El aumento descontrolado de peso
- Herencia por parte de la madre de la mujer embarazada
- Desnutrición antes del embarazo

7. Señale con una "X" los cambios normales durante el embarazo

- Alza de peso acelerado No sentir al bebé
- Dolor de cabeza Dolor al orinar
- Mirar lucecitas Obscurecimiento de pezones y vagina
- Orinar mucho y más por la noche Palpitaciones
- Sangrado por la Vagina Mayor sensibilidad afectiva
- Salida de líquido por vagina Varices

8. En la siguiente tabla se muestran situaciones, señale con una "X" por cuales de estas situaciones se dirigiría de forma inmediata al área de urgencias de su unidad hospitalaria.

Situación	Respuesta
No siento que mi bebé se mueva desde hace más de tres horas	
Me duele la cabeza y veo luces además de tener la visión borrosa	
Mi corazón está muy acelerado y me siento mareada	
Me sale sangre por mi vagina y siento dolor en el vientre	
Estoy orinando con mayor frecuencia que antes de mi embarazo	
Tengo fiebre sin una razón aparente	
Me zumban los oídos, tengo dolor al orinar y mis tobillos manos y cara están inflamados	
Tengo de 3 a 5 contracciones cada 10 minutos y me dura cada una un minuto	

9.- ¿Qué es el control prenatal?

- Acciones médicas y de enfermería para controlar la evolución del embarazo, brindando contenido educativo para tener preparación para el nacimiento y crianza del recién nacido
- Metas del personal médico y de enfermería donde se tratan temas relacionado con el embarazo
- Oportunidad de llevar un embarazo normal con el mantenimiento del orden del mismo

10.- Marque con una "X" los objetivos del control prenatal

- Brindar educación para la salud Preparar a la embarazada para el nacimiento
- Toma de signos vitales Brindar apoyo a las madres adolescentes
- Vigilar el crecimiento del bebé Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.

Programa de intervención en el cuidado materno–infantil en mujeres embarazadas de un Centro de Salud Urbano

11.- ¿Qué características definen al control prenatal?

- Precoz, periódico, completo y de alta cobertura
- Rápido, conciso y fiable
- Pertinente, de buena calidad y con grandes méritos

12.- ¿En qué momento debe realizarse la primer visita de control prenatal?

- A pocas semanas de termino de mi embarazo
- Durante el primer trimestre o antes de cumplir 12 semanas de gestación
- Solo cuando mi médico me lo indique

13.- ¿A cuántas visitas de control prenatal, en promedio, debo asistir?

- De 4 a 5 De 3 a 6
- De 1 a 3 Sólo una

14.- Marque con una "X" las metas de los cuidados prenatales

- Vigilar a la mujer embarazada como al bebé a lo largo de todo el embarazo
- Buscar cambios que puedan llevar a un embarazo de alto riesgo
- Explicar el tipo de nutrición antes y después del embarazo
- Brindar apoyo a la mujer embarazada y a su familia
- Dar información de obesidad y diabetes
- Explicar los motivos de consulta
- Motivar a los familiares de la mujer embarazada en la crianza del bebé

15.- Existen diferentes mitos y leyendas durante el embarazo, a continuación se le presentan algunos, marque con una V si considera el mito como verdadero o con una F si lo considera falso.

La forma y altura del vientre indican el género de mi bebé	
La frecuencia cardiaca de mi bebé indica su género	
Debo comer para dos	
No debo hacer ejercicio	
Puedo comer comidas crudas, semi-crudas o pescado	
Si tengo nauseas durante el embarazo predisponen a que mi hijo presente anomalías	
Es mejor que tenga una dieta vegetariana	
No puedo entrar en tinas ni nadar en albercas ya que puedo contraer una infección	
No puedo tener relaciones sexuales	
No puedo teñirme el cabello	
No debo acercarme a un microondas	
Si me golpeo la panza pongo a mi bebé en riesgo	
Si tengo agruras mi bebé nacerá con mucho pelo	
Si mi madre tubo un parto difícil yo también lo tendré	
Debo tomar ácido fólico	
No debo tomar alcohol	
No debo dormir boca arriba	
Las manchas en mi piel son normales	

16.- ¿Los alimentos que consumes durante tu embarazo deben ser?

Programa de intervención en el cuidado materno–infantil en mujeres embarazadas de un Centro de Salud Urbano

- A) Buenos y muy ricos
- B) Deben proveer los nutrimentos necesarios que necesita mi bebé para desarrollarse
- C) Grandes y verdes

17.- Durante mi embarazo, ¿Cuál es el peso que debo subir de forma normal?

- A) Entre 10 y 12 kilos
- B) Entre 9 y 14 Kilos
- c) No debo subir nada de peso

18.- Son factores de riesgo para mi nutrición durante mi embarazo

- A) Enfermedades crónicas, consumo de alcohol, tabaco o drogas y edad menor a 17 años
- B) Ejercicio excesivo y bajo peso
- C) Dolor de cabeza y haber tenido muchos hijos

19.- ¿Qué es el calostro?

- A) es la primera leche que produce la madre después del parto
- B) Es la grasa que se ubica en mis pechos
- C) Es un tipo de proteína animal que está en las formulas de la leche comercial

20.- ¿Por cuánto tiempo es necesaria la lactancia materna exclusiva?

- A) Hasta los 6 meses
- B) Los primeros tres días
- C) No es necesario darles leche materna

21.- Marque con una X la posición correcta del bebé al momento de estar amamantándolo

A)

B)



22.- Marque con una "X" los beneficios de la lactancia materna para el bebé, según su criterio

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No necesita otros líquidos ni alimentos | <input type="checkbox"/> Lo ayuda a hablar más rápido |
| <input type="checkbox"/> Es gratis | <input type="checkbox"/> Me da mayor tiempo de convivencia con mi hijo |
| <input type="checkbox"/> Lo protege contra enfermedades | <input type="checkbox"/> No le provoca alergias |
| <input type="checkbox"/> Les brinda una nutrición completa | <input type="checkbox"/> Disminuye el riesgo de cáncer de mama |

23.- ¿Cuáles son las ventajas para la familia por utilizar una lactancia materna exclusiva?

- A) Disminuye el riesgo de enfermedades, se ahorra dinero e integra a la familia
- B) Ayuda a las tareas del hogar, hace que mi hijo tenga mayor ventaja académica y es más barata
- C) El bebé no se enfermará, es más rápido de preparar y nos da libertad

24.- ¿En qué trimestre del embarazo hay mayor ganancia de peso por parte del producto?

- a) Primero
- b) Segundo
- c) Tercero.

25.- ¿Por qué es importante tener un peso adecuado durante el embarazo?

- a) Por qué asegura un adecuado crecimiento y desarrollo infantil, favorece la lactancia y mantiene un buen estado nutricional luego de la gestación
- b) Por qué de esta manera se consigue un mejor desarrollo para el feto y la madre corre menos riesgo de afecciones durante el parto
- c) Por qué así se logra un desarrollo materno infantil favorable tanto para la madre como para el producto

26.- ¿Qué tipos de ejercicios son recomendables durante el embarazo?

- a) Caminata, natación y yoga prenatal con estiramiento
- b) Atletismo, pesas y yoga
- c) Pesas, tenis y karate

27.- ¿Cuáles son los síntomas de peligro después del parto?

- a) Fiebre sin razón, sangrado abundante, piel fría y sudorosa, debilidad excesiva o desmayos, escalofríos, mal olor en el sangrado y dolor o ardor al orinar.
- b) Dolores fuertes en el vientre o cabeza, enrojecimiento, dolor grietas o hinchazón en los senos, mareos persistentes e hinchazón de piernas o generalizado.
- c) Todas las anteriores

28.- ¿Cuándo acudir al médico a revisión de rutina después del parto?

- a) La primera consulta a los siete días después del parto o cesárea y la segunda al mes.
- b) La primera a los 7 y diez días después del parto y la segunda solo si se requiere
- c) La primera a las dos semanas y la segunda a los dos meses después del parto

29.- Une con una línea la clasificación de los métodos de planificación familiar con sus correspondientes métodos

Métodos naturales	Condón, DIU y anticonceptivos hormonales
Métodos temporales	Vasectomía y Salpingoclasia
Métodos definitivos	Temperatura basal y el ritmo

30.- ¿Qué es la depresión postparto?

- a) Desarrollo de depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo el cual puede desarrollarse aun cuando el amor por el recién nacido sea intenso.
- b) Es la acción de la madre por sentir odio e indiferencia por el producto de la concepción
- c) Es un estado de tristeza profundo que está acompañado de dolor y malestar general en la madre que puede evolucionar a una enfermedad crónica o aguda como la diabetes.

31.- Marca con una "X" los síntomas de la depresión postparto

- Irritabilidad Dolor de cabeza Pulmonía

- Fatiga Insomnio Adicción al tabaco
- Pérdida de apetito ansiedad Pérdida de interés por el trabajo

32.- ¿Qué es el parto respetado?

- a) El término "parto respetado" o "parto humanizado" hace referencia a una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento.
- b) Cuando se habla de parto humanizado, se habla de generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible
- c) El inciso a y b son correctos

33.- ¿Qué derechos tengo durante el trabajo de parto?

- a) La Ley de Parto Humanizado, promueve que se respete a la familia en sus particularidades raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas.
- b) A ser tratado con libre albedrío, sin importar si atento contra mi integridad física y moral atenuada
- c) A tener una forma de elegir lo que yo quiero sin tomar en cuenta a las decisiones de mis familiares, solo se respeta mi decisión.

34.- ¿Cuántas etapas del trabajo de parto existen?

- a) 3
- b) 2
- c) 1

35.- ¿En qué etapa del trabajo de parto se da el nacimiento del bebé?

- a) Segunda
- b) En la Primera y Segunda
- c) En la tercera

36.- ¿Cada cuánto tiempo se le debe de dar de comer al recién nacido?

- a) Cada 2 o 3 horas o cada vez que lo pida.
- b) Cada 3 o 4 horas
- c) Cada hora

37.- ¿Durante el baño al recién nacido, si este tiene el pañal sucio, como debo de proceder?

- a) Antes de sumergirlo limpiaremos la zona genital, si tiene el pañal sucio, para no ensuciar el agua de la bañera
- b) Antes de ducharlo debo de retirar el pañal y proceder a bañarlo
- c) Debo retirar el pañal y sumergirlo en el agua para proceder a limpiar sus genitales

38.- ¿Qué es lo más importante que debo tener en cuenta para cuidar el cordón umbilical de mi hijo?

- a) Lo importante es mantener el pañal por debajo del cordón para permitir que se seque con el contacto con el aire, y vigilar que la zona no se torne colorada o dura
- b) Vigilar que la zona no se torne colorada o dura
- c) Vigilar que se caiga antes del tercer día y limpiar con abundante alcohol

39.- ¿Cuál es la forma adecuada en que debe dormir mi bebé?

- a) Durante los primeros seis meses de vida él bebe debe dormir en una cuna sin almohadas o muñecos de peluche con los que se pueda sofocar
- b) El bebé debe dormir boca abajo para que esté más cómodo
- c) El bebé debe de dormir sobre una almohada la primera media hora y retirársela las siguientes horas que este duerma.

40.- ¿Cuál es la forma correcta de acomodar al bebé al momento de que esté durmiendo?

- a)
- b)

Programa de intervención en el cuidado materno–infantil en mujeres embarazadas de un Centro de Salud Urbano



- 41.- ¿Por qué se debe llevar un buen control pediátrico?
- a) La niñez es una época de crecimiento y cambios rápidos
 - b) Durante la niñez se dan los mayores cambios a nivel sistémico en el infante
 - c) El desarrollo del niño se ve comprometido durante la etapa de la niñez
- 42.- ¿Durante el examen físico que realiza el médico, que es lo que este verifica?
- a) El crecimiento y desarrollo del bebé o del niño pequeño con el fin de encontrar o prevenir problemas.
 - b) El crecimiento y llanto del niño durante la consulta
 - c) La relación entre los padres del niño al momento de valorarlo
- 43.- Después de la primer consulta al recién nacido ¿cuál es el orden de consultas subsecuentes que este llevará?
- a) Al mes, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 y hasta los dos años
 - b) A los 2, 4, 6 y 8 meses únicamente
 - c) Solamente cuando mi hijo se encuentre enfermo
- 44.- ¿Mi hijo solo debe acudir a sus consultas de control de niño sano?
- a) No, además de estas, llame y consulte al médico en cualquier momento en que el bebé luzca enfermo
 - b) Si, no requiere ninguna otra
 - c) Mi hijo no requiere ir al médico ya que puedo curarlo en casa con remedios caseros
- 45.- ¿Qué es la estimulación temprana?
- a) Es el conjunto de medios, técnicas, y actividades que se emplea en niños desde su nacimiento hasta los seis años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas
 - b) Es la forma de desarrollar de forma precoz a mi hijo para que sea superdotado
 - c) Es la manera de estimular a mi hijo a un buen y mejor desarrollo en su etapa más difícil que es la niñez.
- 46.- ¿Por qué recibir estimulación temprana?
- a) Durante esta etapa se perfecciona la actividad de todos los órganos de los sentidos, esto le permitirá reconocer y diferenciar colores, formas y sonidos.

b) los procesos psíquicos y las actividades que se forman en el niño durante esta etapa constituyen habilidades que resultarán imprescindibles en su vida posterior.

c) a y b son correctas

47.- ¿Qué es lo que busca la estimulación temprana?

a) Busca estimular al niño de manera oportuna, ofreciendo una gama de experiencias que le permitirán formar las bases para la adquisición de futuros aprendizajes

b) Busca fomentar una buena estimulación tanto para el bebé como para la madre y fomentar el vínculo afectivo entre madre e hijo

c) a y b son correctas

48.- ¿Qué áreas comprende la estimulación temprana?

a) Área cognitiva, motriz de lenguaje y socio emocional.

b) Motriz, de lenguaje y social

c) Emocional, motriz y de lenguaje

Siéntase libre de escribir sus comentarios y/o sugerencias:

Muchas gracias por su valiosa colaboración

Atentamente

Responsables del estudio

2015

R. T160043

Anexo 2 Evidencias fotográficas



Foto1. Usuaris asistentes a primer curso – taller durante la sesión final.



Foto 2. Usuaris durante la explicación de ejercicios durante el embarazo.



Foto 3. Usuarías y sus acompañantes durante una sesión.



Foto 4. Impartición de taller de lactancia materna.



Foto 5. Usuaris contestant instrumento de evaluación.





Foto 6. Impartición de temática durante una sesión.



Foto 7. Entrega de constancias de asistencia a curso – taller

Anexo 3. Carnet utilizado

<p><i>El portar de un hijo es siempre obra de su madre, cuidarla a ti misma es cuidar de tu hijo.</i></p>  <p>Contactos: PLEN. Alejandra Gonzalez 682 34 049 14 PLEN. Magaly Garcia 682 18 189 89</p>	<p>CITAS PROGRAMADAS PARA MI CURSO - TALLER</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>HORA</th> <th>ASISTENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	FECHA	HORA	ASISTENCIA																																							
FECHA	HORA	ASISTENCIA																																									
<p>Carnet de Reuniones Curso-taller a la embarazada</p>  <p>Nombre: _____ Folio: _____</p>	<p>REGISTRO DE SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>TA</th> <th>FC</th> <th>PC</th> <th>DIAM</th> <th>DEG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Reunión</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>2 Reunión</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>3 Reunión</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>4 Reunión</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>5 Reunión</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>6 Reunión</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table>		TA	FC	PC	DIAM	DEG	1 Reunión						2 Reunión						3 Reunión						4 Reunión						5 Reunión						6 Reunión					
	TA	FC	PC	DIAM	DEG																																						
1 Reunión																																											
2 Reunión																																											
3 Reunión																																											
4 Reunión																																											
5 Reunión																																											
6 Reunión																																											