



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1

TESIS:

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARTICIPATIVA PARA FORTALECER EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICOS A MUJERES EMBARAZADAS DE BAJO RIESGO ADSCRITAS A LA UMF 7, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

PRESENTA:

Sara Eleonor Maldonado Fernández.

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Asesora: Dra. Erika Lorena Vega Silva

Aguascalientes, Aguascalientes. Febrero 2016.



AGUASCALIENTES, AGS., FEBRERO 2016.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
PRESENTE

Por medio de este conducto le informo que la **DRA. SARA ELEONOR MALDONADO FERNANDEZ**, Médico Residente de Tercer Año de la Especialidad en Medicina Familiar, del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes, ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación nombrado:

“EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARTICIPATIVA PARA FORTALECER EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICOS A MUJERES EMBARAZADAS DE BAJO RIESGO ADSCRITAS A LA UMF 7, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.”

Número de registro del Comité Local de Investigación No. 101-36.

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

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

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

ATENTAMENTE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Erika Lorena Vega Silva'.

DRA. ERIKA LORENA VEGA SILVA

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 7



AGUASCALIENTES, AGS., FEBRERO 2016.

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad en Medicina Familiar, del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes:

DRA. SARA ELEONOR MALDONADO FERNANDEZ.

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación nombrado:

“EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARTICIPATIVA PARA FORTALECER EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICOS A MUJERES EMBARAZADAS DE BAJO RIESGO ADSCRITAS A LA UMF 7, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.”

Número de registro del Comité Local de Investigación No. 101-36.

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

La Dra. **Sara Eleonor Maldonado Fernández**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin más otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos A. Prado A.'.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

SARA ELEONOR MALDONADO FERNÁNDEZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

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

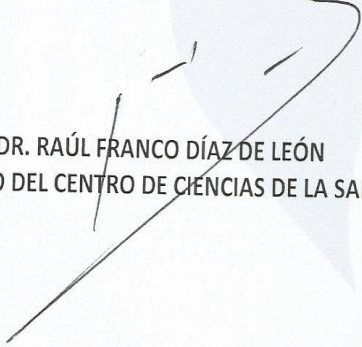
“EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARTICIPATIVA PARA FORTALECER EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICOS A MUJERES EMBARAZADAS DE BAJO RIESGO ADSCRITAS A LA UMF 7, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

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

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

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”

Aguascalientes, Ags., 15 de Febrero de 2016.


DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AGRADECIMIENTOS

A Dios que se ha manifestado en todo lo que me rodea, confié en que tiene un plan mejor para mí del que yo he creído hasta hoy.

A mi familia, mamá y papá: gracias por todo el apoyo, mi educación es gracias a ustedes, que durante toda su vida se han esforzado por ser un ejemplo digno de responsabilidad y trabajo. Ustedes me han enseñado la importancia de trascender como ser humano. Cynthia y Angélica: por su cariño y comprensión, han sido parte importante de mi crecimiento, la vida sin ustedes definitivamente no sería la misma.

A mi novio y mejor amigo Flavio: que me ha acompañado durante los últimos ocho años, este logro es nuestro, y lo que inicialmente parecían obstáculos hoy son oportunidades, gracias por resistir a mi lado y ser mi inspiración.

A mis maestros por todas sus enseñanzas. A mi asesora de tesis por orientarme, gracias por su tiempo.

A mis compañeros y amigos residentes, así como a todos los que han contribuido a mi aprendizaje y crecimiento personal.

Y sobre todo a cada uno de mis pacientes que han sido la mejor enseñanza, que con su agradecimiento me ofrecen la verdadera satisfacción.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

"Si tuviese que reducir toda la psicología educativa a un solo principio, enunciaría este: El factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe. Averígüese esto y enséñele consecuentemente".

David Ausubel.

La educación y la salud están hermanadas y se refuerzan mutuamente, contribuyendo a sacar a la gente de la pobreza y a ofrecerle la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial humano.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL.....	1
INDICE DE TABLAS.....	2
INDICE DE GRAFICAS O FIGURAS.....	3
I. RESUMEN.....	4
II. ABSTRACT.....	6
III. INTRODUCCIÓN.....	7
IV. MARCO TEÓRICO.....	12
V. JUSTIFICACIÓN.....	18
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
VII. OBJETIVOS.....	28
VIII. HIPOTESIS.....	29
IX. MATERIAL Y METODOS.....	30
X. RESULTADOS.....	39
XI. DISCUSION.....	45
XII. CONCLUSIONES.....	46
XIII. GLOSARIO.....	47
XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	53

INDICE DE TABLAS

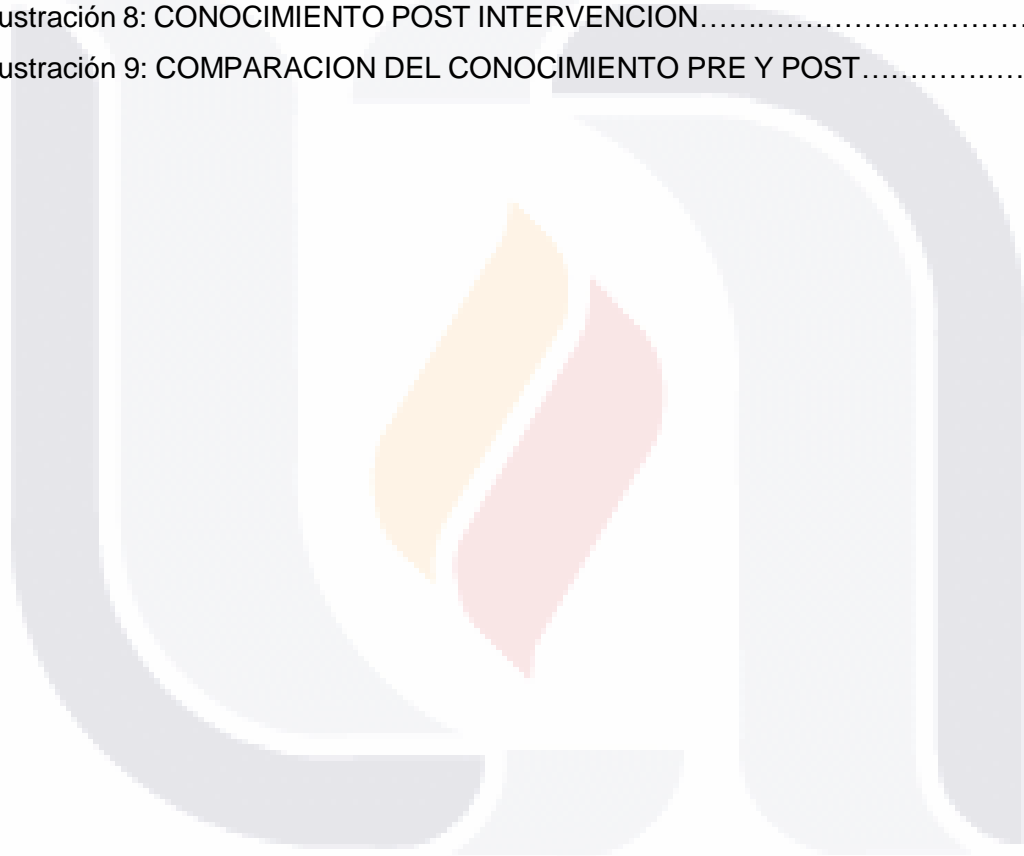
Tabla 1: RESULTADOS PRE INTERVENCION.....42.

Tabla 2: RESULTADOS POST INTERVENCION.....43.



INDICE DE GRAFICAS O FIGURAS

Ilustración 1: EDAD.....	39
Ilustración 2: TIPO DE SEGURO.....	39
Ilustración 3: ESTADO CIVIL.....	40
Ilustración 4: EDUCACION.....	40
Ilustración 5: OCUPACION.....	41
Ilustración 6: GESTAS.....	41
Ilustración 7: CONOCIMIENTO PRE INTERVENCION.....	42
Ilustración 8: CONOCIMIENTO POST INTERVENCION.....	43
Ilustración 9: COMPARACION DEL CONOCIMIENTO PRE Y POST.....	44



I. RESUMEN

TITULO: Efecto de una intervención educativa de tipo participativa para fortalecer el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a mujeres embarazadas de bajo riesgo adscritas a la UMF7, delegación Aguascalientes. **ANTECEDENTES:** Rodríguez E. y col (2008) concluyeron que una intervención comunitaria mejoró los conocimientos de las mujeres sobre signos de alarma de complicaciones maternas. **INTRODUCCIÓN.** El asesoramiento a través del desarrollo de programas educativos sobre signos y síntomas de alarma obstétricos pretende que las mujeres reconozcan las posibles complicaciones en el embarazo y sepan qué hacer cuando se presente un signo y síntoma. El enfoque de una estrategia de tipo participativa se orienta a transferir la información además de favorecer el desarrollo de habilidades que les permitan actuar oportunamente ante ellos, y con ello ayudar a reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal. **OBJETIVO:** Evaluar el efecto una intervención educativa participativa para fortalecer el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a mujeres embarazadas de bajo riesgo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio cuasi experimental, se incluirán mujeres embarazadas de bajo riesgo, afiliadas que reciban atención prenatal en la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Aguascalientes inscritas a los grupos de trabajo social durante el mes de enero 2016, como criterio de no inclusión se estableció el que la paciente contara con alguna discapacidad mental y como criterio de exclusión el que decidiera retirarse del estudio. El muestreo se hizo de forma aleatoria por conveniencia formando un grupo a cuál que se aplicó la intervención educativa con prueba pre y post. El instrumento de evaluación fue un cuestionario auto aplicado, que evalúa el nivel de conocimiento, el cual consta de 14 preguntas, cada una con valor de 5 puntos dando un total de 70. 41-70 puntos conocimiento alto 21- 40 puntos conocimiento medio y de 0- 20 puntos conocimiento bajo. Dicho instrumento cuenta con una validez aparente determinada por expertos. Y el análisis estadístico se realizó por medio del programa SPSS V 21. Los recursos humanos para este trabajo fueron dados por un médico familiar, un médico familiar con posgrado en educación y equipo de trabajo social, en cuanto al financiamiento fue cubierto por los investigadores. Experiencia de grupo el tesista tiene especialidad en medicina familiar y el asesor maestría en educación. **RESULTADOS:** Se observó mejoría en el nivel de conocimientos ya que el puntaje promedio previo a la intervención fue de 32.96 (nivel medio) en comparación con el puntaje promedio post intervención que fue de 53.33 (nivel alto), con la cual hubo un aumento de 20.37 puntos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

CONCLUSIONES: El efecto de la intervención educativa de tipo participativo mejoro el conocimiento de las mujeres embarazadas acerca de los signos y síntomas de alarma obstétricos. Es importante el realizar estudios comparativos entre diversas técnicas con el fin de establecer cuáles son las más eficaces, así como considerar habilidad y actitud para valorar la competencia como resultado de la intervención educativa, lo cual lo volvería aún más enriquecedor.



II. ABSTRACT

BACKGROUND: Some studies concluded that an educational intervention improved women knowledge about warning signs of maternal complications. **INTRODUCTION.** The main goal of educational programs on obstetric alarm signs and symptoms is that all women recognize pregnancy complications and what to do when they appear. The approach of a participatory strategy aims to transfer information and develop skills that allow them to act promptly, decreasing maternal morbidity and neonatal mortality. **OBJECTIVE:** To evaluate the effect of participatory educational intervention in the knowledge of obstetrics alarm signs and symptoms in a low risk pregnant women. **MATERIALS AND METHODS:** A quasi-experimental study in low-risk pregnant women population, who receive prenatal care in the Family Medicine Unit No. 7 of the Mexican Social Security Institute on the Aguascalientes City, registered in pregnancy work groups between January 2016. Not inclusion criteria was mental disability and exclusion criteria was the study withdrawal. All the patients was underwent to an educational intervention with pre and post-test. The assessment tool was a self- applied questionnaire, which assesses knowledge, this questionnaire consists of 14 questions, each one with a value of 5 points. A total of 41-70 points means higher knowledge, 21- 40 points average knowledge and 0- 20 points low knowledge. This instrument has expert panel validation. Statistical analysis was performed by SPSS V 21 program. Human resources for this work will be given by a family physician, an education master and two social workers, in funding will be covered by researchers. **RESULTS:** Improvement in the level of knowledge was observed. The mean score before the educational strategy was of 32.96 (average) compared to the average score after the educational strategy, which was 53.33 (high level) 20.37 points increase. **CONCLUSIONS:** The effect of participatory educational intervention improved the knowledge about obstetrics alarm signs and symptoms in pregnant women, It is important to perform comparative studies of various techniques to know what is the best, and consider skill and attitude to evaluate the competition as a result, to enrich future research.

III. INTRODUCCIÓN

A nivel internacional la Organización Mundial de la Salud ha publicado prácticas fundamentales en mujeres embarazadas, en las cuales incluye que ellas reconozcan las señales de peligro durante el embarazo.

Y en América Latina el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OMS) señala que uno de los factores elementales en la atención a mujeres embarazadas es lograr que posean conocimiento de los signos y síntomas de las complicaciones en su embarazo. Lo anterior es debido a que actualmente muchas de las complicaciones en el embarazo son tratables; y la mayoría de las de las muertes son evitables si las mujeres reciben información oportuna sobre los signos y síntomas de alarma obstétricos.

El contar con información pertinente y adecuada además les permitirá a las mujeres embarazadas ser conscientes y capaces de responder acertadamente cuando estos síntomas ocurran. Una de las estrategias para que las mujeres embarazadas se encuentren asesoradas y posean información sobre estos signos y síntomas de alarma obstétricos es acudiendo a sesiones educativas diseñadas por expertos de la salud.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Sánchez Jiménez y col (2006, México) llevaron a cabo una investigación: “Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el auto cuidado durante el control prenatal” Realizaron un estudio transversal descriptivo, en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, en los años 2005 y 2006. Utilizaron una estrategia educativa implementando un taller, en el cual se aportaron elementos para que las mujeres tuvieran un aprendizaje sobre cómo detectar signos y síntomas de alarma durante el embarazo e inicio del trabajo de parto, además de higiene personal y dietética. Se analizó la información con medidas de dispersión y tendencia central. Se concluyó que 98% de las participantes tuvieron un embarazo de bajo riesgo, siendo posible que la estrategia de salud implementada por enfermería contribuyera a ello. ⁽¹⁾

Gagnon y Sandall (2007), realizaron un metanálisis en que cual se incluyeron 9 ensayos clínicos realizados sobre 2284 mujeres que acudían a programas de EM (educación maternal) de estructura y diferentes contenidos, Incluyó estudios realizados por todo el mundo: Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá, México, Brasil, Finlandia, Australia, Japón, Irán, Alemania y China. Se descartaron 37 estudios y los 9 aceptados pertenecían a Estados Unidos, China e Irán. Se midieron ítems como la adquisición de conocimiento, el sentido del control, los factores relacionados con las competencias de la atención al lactante y algunos resultados del trabajo de parto y el nacimiento. Se concluyó que siguen sin conocerse los efectos de la educación prenatal general para el parto o la paternidad o ambos y que todavía no están claros los beneficios de la EM para el parto y cuáles son los mejores enfoques educativos a implementar. ⁽²⁾

Martínez Rodríguez y col. (2007) Realizaron un estudio con el objetivo de conocer la presión asistencial de los cursos de Educación Maternal en los centros de salud gallegos, así como su temporalización y las actividades teóricas y prácticas realizadas. Diseño del estudio: observacional de prevalencia mediante cuestionario auto administrado y auto franqueado de todos los Centros de Salud de la Comunidad Autónoma de Galicia que disponen de matrona. El análisis estadístico consistió en un estudio descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Se encontró que el 81,5 % de las encuestas recibidas refiere la existencia del Programa de Educación Maternal. Además, el 93,4 % de los casos las mujeres que inician el programa lo finalizan. Los contenidos teóricos del programa más frecuentemente desarrollados fueron los cuidados en el recién nacido, lactancia y cuidados en el puerperio que están

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

presentes en el 100 % de los casos; y el menos frecuentemente abordado ha sido medicación y embarazo. Los contenidos prácticos del programa más desarrollados fueron las técnicas de respiración (100 %), seguidas de la preparación física preparto (98,1 %); y el menos desarrollado fue la recuperación física posparto. En cuanto al mes de gestación en el que se inició el programa tuvo como mediana 6,5. El programa tuvo una duración como mediana 10 semanas. Se encontró que en el 100 % de las encuestas recibidas indicaron que el responsable del programa es la matrona. Concluyo que existe una buena implementación del Programa de Educación Maternal. Sin embargo, en cuanto a los contenidos teóricos y prácticos abordados en el período preparto, se observa una gran homogeneidad entre las distintas Unidades, ya que abarca gran variedad de aspectos. Ya que se enfatiza en el programa preparto respecto al posparto, por el tiempo que es limitado en el último. ⁽³⁾

Rodríguez E. y col (2008, México), “Efecto de una intervención comunitaria para mejorar conocimientos sobre signos de alarma de complicaciones maternas en mujeres mayas de Yucatán, ensayo controlado, aleatorizado”. Realizaron un ensayo comunitario controlado, aleatorizado, con un grupo experimental (n = 28) y un grupo control (n = 28). En el cual utilizaron estrategias participativas para capacitar, encabezadas con líderes locales traductoras de lengua maya. El efecto de la intervención fue evaluado mediante un análisis de diferencias en diferencias. En la cual observaron que la intervención incrementó el conocimiento sobre signos de alarma para pre eclampsia-eclampsia en 42.9%, hemorragia obstétrica en 32.1% y sepsis puerperal en 25.0%. Concluyendo que la intervención comunitaria mejoró los conocimientos de las mujeres sobre los signos de alarma. ⁽⁴⁾

Ngai FW y col. (2009) realizó un estudio para determinar el impacto de un programa de psicoeducación para el parto en la competencia materna y en los síntomas depresivos en mujeres chinas durante el parto. El diseño del estudio fue cuasi-experimental, realizando una pre y post prueba. Las mujeres que recibieron el programa de psicoeducación parto tuvieron una mejoría significativa a las 6 semanas después del parto y una reducción general en los síntomas depresivos desde el inicio hasta 6 meses después del parto en comparación con aquellos que sólo recibieron la educación para el parto de rutina después ajustar por diferencias entre los grupos de referencia sobre la edad y el apoyo social. No se encontraron diferencias significativas en el grupo de competencia materno. Se concluye que el programa de psicoeducación para el parto parece ser una intervención muy prometedora para promover el aprendizaje y reducir al

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mínimo el riesgo de depresión perinatal en mujeres chinas primigestas. Se requiere de trabajos experimentales futuros para determinar la efectividad de la ampliación del programa de psicoeducación para el parto en el postparto temprano para la promoción de la competencia materna durante el parto. ⁽⁵⁾

Laura Beatriz Ayavaca Ludizaca y col. (2011) Diseñaron una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento en las adolescentes embarazadas sobre los riesgos y complicaciones que trae consigo el embarazo a esta edad.

El sistema de Enfermería de Apoyo Educacional se apoyó mediante charlas sobre Modificaciones Físico-gravídicas, cuidados durante la gestación y determinación de riesgos y complicaciones, estos últimos incluyen señales de alarma durante el embarazo. Es un estudio descriptivo, que valoró la eficacia de una intervención educativa sobre los conocimientos en riesgos y complicaciones durante el embarazo en adolescentes. El universo fue la totalidad de las embarazadas adolescentes que asistieron a consulta externa del Hospital "Vicente Corral Moscoso", se tomó como muestra a las adolescentes embarazadas que asistieron a la consulta externa prenatal del Hospital durante los meses de Marzo, Abril y Mayo en los turnos de la mañana y tarde. Se realizó revisión de historias clínicas, para identificar la frecuencia, factores de riesgo y complicaciones que se presentan en adolescentes embarazadas. La evaluación fue mediante la utilización de un formulario. Y el análisis por tabulación de datos con la información obtenida en los formularios. Entre sus conclusiones cabe mencionar que sugieren elaborar un programa de concientización dirigida al personal de enfermería para que cumplan con las funciones que están encomendadas, sobre todo en el área de control prenatal, e implementar charlas educativas a las adolescentes embarazadas sobre los principales signos de peligro que ponga en riesgo la vida de la madre y el feto. ⁽⁶⁾

Martínez Galiano y col (2013) Realizaron un estudio con el objetivo de determinar la asociación de la educación maternal (EM) y el ingreso del recién nacido (RN) la duración del ingreso de este y la madre tras el parto en el hospital. Fue un estudio multicéntrico y observacional llevado a cabo en 4 hospitales de Andalucía desde enero de 2011 a enero de 2012, su población de estudio fueron mujeres primíparas que dieron a luz en alguno de estos centros. Se estudiaron diferentes variables sociodemográficas y del uso de los servicios sanitarios. Los datos se recogieron a través de una entrevista y la historia clínica. El total de Participantes fueron 520 mujeres primíparas. La población de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

referencia fueron las mujeres que dieron a luz en algunos de estos centros y que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: primípara, gestación única y mayor de 18 años. La proporción de mujeres que asisten a la EM es de un tercio, aproximadamente, según se ha referenciado. El efecto principal del estudio fue la reducción en la cifra de cesárea. No se detectó asociación entre la realización de la EM y el número de días que la mujer permanece ingresada tras el parto ($p = 0.691$), ni en los días de hospitalización del RN ($p = 0.305$). La EM no parece tener influencia sobre la duración de la estancia hospitalaria de la madre y del RN.⁽⁷⁾

Izquierdo Lara (2014) realizó intervenciones de Enfermería basadas en la Orientación y Educación del auto cuidado para prevenir complicaciones en la Gestante Adolescente de 15- 19 años que presentan Infecciones de Vías Urinarias en el Centro de Adolescentes del Hospital Cantonal de Daule “Dr. Vicente Pino Moran” en el periodo de Abril a Junio 2013. Su objetivo fue aplicar una intervención educativa sobre las infecciones de vías urinarias en las mujeres embarazadas, además determinar los factores que influyen en las complicaciones, ya que pueden ser evitados con un programa educativo que eleve su nivel de conocimientos sobre las infecciones de vías urinarias. Constituyeron el universo cien madres y la muestra treinta embarazadas que presentaban la infección según los resultados exámenes de laboratorio realizado, a las que se le aplicó un cuestionario de preguntas, el cual constituyó la fuente primaria para la obtención de los datos. Como resultados se observó que antes de recibir la intervención educativa se consideraron escasos los conocimientos en unas, en otros desconocimientos totales acerca de las infecciones urinarias y sus complicaciones durante el embarazo, sus localizaciones, los gérmenes más frecuentes, las normas de prevención, el control de las infecciones nosocomiales, así como su autocuidado. Cabe mencionar que luego de la intervención educativa se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se la considera efectiva la intervención.⁽⁸⁾

IV. MARCO TEÓRICO

El embarazo es un estado fisiológico el cual conlleva cambios importantes en el organismo las cuales pueden poner en riesgo la vida del binomio, por ello es importante el dar a conocer a las mujeres embarazadas los principales signos y síntomas que la orientan hacia posibles complicaciones durante su estado grávido, y ayudar a reducir la morbi-mortalidad materna. ⁽⁹⁾

El desconocimiento de los signos y síntomas de alarma y su oportuna atención es una de las causas de demoras documentadas por el sector salud y los organismos no gubernamentales con mayor frecuencia. ⁽¹⁰⁾

Los signos y síntomas de alarma se definen como todos los datos que indican que la salud materna o del producto está en peligro. Por lo que es importante mencionarlos junto con principales complicaciones:

Náuseas y vómitos excesivos: Son consecuencia de las hormonas placentarias, en especial la gonadotropina coriónica y la progesterona. Las cuales hacen que el proceso digestivo sea mucho más lento motivo por el cual los alimentos permanecen más tiempo en el estómago ^(11, 17). Mayormente en primigestas y madres adolescentes. ⁽¹⁸⁾. El exceso de vómitos puede condicionar a la madre a estado de deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico y a deficiencias nutricionales. ^(11,16).

Presencia de hemorragia. Previo al trabajo de parto puede ser consecuencia de alteraciones como placenta previa o bien al desprendimiento prematuro de placenta normo inserta. Siendo la primera causa de muerte materna a nivel nacional ^(11,16,44).

Pérdidas transvaginales de líquido amniótico, La ruptura prematura de membranas es pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas antes del inicio de trabajo de parto, y si no es referida oportunamente puede condicionar infecciones de madre o el recién nacido. ^(11,13)

Presencia de contracción uterina, Es importante el dar a conocer a las pacientes que podrá presentar contracciones uterinas durante toda la gestación, de intensidad leve a intervalos irregulares.

Si estas aumentan en frecuencia e intensidad, pueden ser el indicio de parto pretermino el cual se define como dilatación progresiva del cérvix demostrable, así como contracciones uterinas entre las 20.0 -36.6 semanas de gestación ^(11,14)

Disminución de la movilidad fetal, la percepción de menor movimiento fetal por la madre es de suma importancia, ya que el movimiento fetal es el primer indicio de vitalidad que ella percibe. ^(11,15)

Cefalea: o dolor de cabeza no asociado a otra causa aparente, **Acufenos:** sensación auditiva no provocada por un sonido exterior. **Fosfenos:** sensación de ver manchas luminosas, Todos ellos pueden ser indicios de vaso espasmo, o bien de estados hipertensivos. ^(11, 16)

Edema considerado como aumento de líquido en el intersticio y asociado a múltiples causas, entre ellas el mismo estado grávido, puede ofrecer el aspecto de una hinchazón blanda, y puede ser el indicio de complicaciones como la pre-eclampsia que se caracteriza por hipertensión arterial 140/90 mmHg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acufenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio. ^(11,17)

Fiebre o temperatura mayor a 38°. Entendida como la presencia de temperatura central mayor de 38° C. Las causas más frecuentes de fiebre en el embarazo son Infección urinaria, Infecciones bacterianas o virales de la vía aérea superior, neumonía bacteriana o neumonitis viral, gastroenteritis o enterocolitis aguda, reacciones secundarias a drogas. ^(11, 18) **Disuria** definida como micción difícil, dolorosa e incompleta. La infección urinaria es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, si no es diagnosticada y adecuadamente tratada, puede llevar a un incremento significativo en la morbilidad en la madre y en el feto. ^(11, 19)

Flujo transvaginal o perdida transvaginal anormal. Aumento en la cantidad de la secreción vaginal (flujo), prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vaginal; son secundarios a la presencia de microorganismos patógenos, y es la complicación más frecuente durante el embarazo ^(11, 20)

De acuerdo con las recomendaciones de la Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010 es necesario llevar a cabo el diseño, la organización y las formas de aplicación de intervenciones de promoción o educación para la salud que propicien el reconocimiento temprano de señales de alarma para el desarrollo de complicaciones obstétricas en la población. ⁽²¹⁾

ESTRATEGIA EDUCATIVA.

Una estrategia educativa es un procedimiento utilizado de manera flexible, adaptativa, autor regulada y reflexiva para promover el aprendizaje significativo. ⁽²²⁾

Actualmente existen infinidad de estrategias educativas, que van desde los métodos tradicionales, hasta métodos basados en el aprendizaje significativo, las cuales han sido documentadas en la promoción de la salud. ^(3, 6)

La educación en México está predominantemente basada en un enfoque tradicional (enfoque pasivo), en donde el aprendiz es un receptor del conocimiento, y el profesor un portador de dicho conocimiento; por lo que el alumno es un sujeto pasivo que prácticamente consume información sin llegar a reflexionarla o someterla a un proceso de crítica. ⁽²⁸⁾ Por lo general basada en programas elaborados por personas ajenas al proceso de aprendizaje. ⁽²⁹⁾ Los cuales pretenden el cumplimiento de los contenidos con base en objetivos ya establecidos, y no la elaboración del conocimiento en sí. Sin contemplar la experiencia vital tanto del alumno como del docente, fomentando una actitud pasiva e irreflexiva. ⁽²⁵⁾

Los programas de promoción a la salud en México recientemente han implementado intervenciones educativas enfocadas a los cuidados del embarazo, tan es el caso del programa de PREVENIMSS con el embarazo: el cual es un conjunto de acciones preventivas y educativas para la protección de la salud de la embarazada, se encuentra vigente en las unidades de medicina familiar, y es llevado a cabo por medio del personal de trabajo social y la EMI(Enfermera materno-infantil), anteriormente predominaba la educación tradicional pasiva, a base de charlas informativas, sin embargo se ha demostrado que este tipo de educación es poco eficaz en la construcción del conocimiento. Por lo que este proyecto pretende mediante educación participativa mejorar el proceso de aprendizaje y sus habilidades para responder adecuada y oportunamente ante un signo o síntoma alarmante. ⁽²⁶⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La postura constructivista se alimenta de las aportaciones de diversas corrientes psicológicas asociadas entre ellas la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel la cual ofrece ha sido la base para el desarrollo de este trabajo. ^(25,26)

De esta corriente deriva el enfoque las estrategias de tipo participativas, el cual afirma que los seres humanos somos producto de nuestra capacidad para adquirir conocimientos y reflexionar sobre nosotros mismos, así pues, el conocimiento se construye de forma activa y no solo se recibe pasivamente del ambiente. Concibe el conocimiento como un proceso de elaboración en el que hay que seleccionar, organizar, y transformar la información recibida de diferentes fuentes, y relacionarla con los conocimientos previos. ^(22, 27)

El aprender significa que quien aprende le atribuye un significado, y construye una representación mental por medio de imágenes o palabras, teoría o modelo mental como marco explicativo del conocimiento. El docente debe de elaborar programas educativos de acuerdo a las necesidades de los alumnos y a su entorno, así como llevar a cabo la evaluación de todo el proceso educativo, y de ser pertinente modificar sus estrategias. El enfoque de estrategia participativa incluye corrientes de pensamiento y acción que requieren motivación del alumno, apoyándose de la iniciativa y de la imaginación, esto fomenta el desarrollo de una experiencia crítica en la elaboración del conocimiento, con lo que el aprendizaje es el resultado de la reflexión. La metodología participativa es un proceso donde tanto el profesor como el alumno interactúan y se enriquecen, elaboran y transforman el conocimiento. Por lo que el enfoque participativo de la educación también es conocido como «crítica de la experiencia» En donde se plantean situaciones reales, en donde el alumno utiliza su propio criterio. ⁽²⁵⁾

El punto de partida de todo aprendizaje son los conocimientos y experiencias previas que tiene el alumno, implica un proceso de reorganización interna de esquemas, se produce cuando entra en conflicto lo que ya sabe con lo que debería saber, tiene un importante componente afectivo que es el autoconocimiento, requiere contextualización: los aprendices deben trabajar con tareas auténticas y significativas culturalmente, y necesitan aprender a resolver problemas con sentido, se facilita con apoyos que conduzcan a la construcción de puentes cognitivos entre lo nuevo y lo familiar, con materiales de aprendizaje potencialmente significativos, entre ellos las estrategias de tipo participativo. ^(27, 28)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Dado que este tipo de educación se orienta al logro de aprendizajes significativos y al desarrollo de habilidades estratégicas generales y específicas del aprendizaje. Los contenidos se presentan y organizan de tal manera que el alumno encuentra en ellos un sentido y un valor funcional para aprenderlos. Es necesaria una planificación y organización de procesos didácticos para recrear las condiciones que propicien aprender significativamente, esto requiere de la creación de un contexto propicio para hacer intervenir al alumno activamente en la dimensión cognitiva, motivacional y afectiva. Las metas de este tipo de estrategias se centran en aprender a aprender o enseñar a pensar, los alumnos deben finalizar su instrucción con una serie de habilidades generales y específicas que los hagan ser aprendices activos ⁽²²⁾

La evaluación se enfoca en los procesos cognitivos del alumno considerando: La naturaleza de los conocimientos previos que posee, el tipo de estrategias cognitivas y meta cognitivas utilizadas y el tipo de enfoque de procesamiento empleado, el tipo de capacidades que el alumno utiliza cuando elabora el conocimiento, el tipo de metas que el aprendiz persigue y el tipo de atribuciones y expectativas que se plantea. ^(22,27-30)

En cuanto a la clasificación de las técnicas, el proyecto JALDA, las ha agrupado de acuerdo a los sentidos que se utilizan para la comunicación y su objetivo principal. ⁽³⁷⁾

De acuerdo a los sentidos que se utilizan para la comunicación pueden ser:

Técnicas o dinámicas vivenciales: crean una situación ficticia donde las personas se involucran, reaccionan y adoptan actitudes espontáneas, son para animar o para realizar un análisis.

Técnicas de actuación: utilizan la expresión corporal, representado situaciones de comportamiento y formas de pensar.

Técnicas auditivas y audiovisuales: a partir de sonidos o la combinación con imágenes.

Técnicas visuales: son técnicas escritas o gráficas.

De acuerdo a su objetivo principal:

Técnicas de presentación: permite que las personas participantes se presenten ante el grupo y conozcan a las demás personas, creándose de esta manera un ambiente fraterno, agradable, participativo y horizontal, son dinámicas y vivenciales.

Técnicas rompehielo o de animación: sostiene una atmósfera de confianza y seguridad entre las personas asistentes, que les permita participar activamente durante los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Técnicas de análisis y profundización: técnicas vivenciales, de actuación, audiovisual y visual. Con posibilidad de analizar y reflexionar con mayor profundidad en los conocimientos de un tema determinado, así como en la oportunidad de desarrollar las propias ideas.

Técnicas de evaluación: estas técnicas permiten evaluar algunos indicadores de un evento desarrollado, con la finalidad de mejorar a futuro la organización de eventos similares.

Las técnicas didácticas tienen como objetivo contribuir a sistematizar y estructurar el aprendizaje y facilitar el cambio. La técnica debe ser entendida como el medio para transmitir el mensaje. No obstante, antes de emplear cualquier técnica hemos de tener en cuenta diferentes aspectos: ^(25,37)

- Ser conscientes del propósito de la técnica e informar al grupo.
- Usar técnicas sencillas en grupos de reciente formación
- Elegir la técnica en función del número de mujeres que integran el grupo, ya que en los grupos muy numerosos será difícil que todos interactúen.
- Utilizar el inicio de la sesión para motivar al grupo en relación con el tema que se va a tratar y resaltar su importancia.
- Evitar las actividades que no tengan sentido o nexo de unión con los intereses del grupo.

V. JUSTIFICACIÓN

El objetivo de este estudio es implementar una estrategia educativa de tipo participativo que ayude a mejorar el conocimiento de la mujer embarazada acerca de los signos y síntomas de alarma obstétricos. Dado que la salud materna constituye un objetivo básico de la población, ya que en ella reside la reproducción biológica y social del ser humano; Por lo cual se busca contribuir al cumplimiento a las metas propuestas para lograr el objetivo 5 de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México decidió implementar, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000. Este objetivo pretende mejorar la salud materna, y para ello se establecieron dos metas, que son: disminuir para 2015, en tres cuartas partes (75%) la Razón de Muerte Materna respecto a la registrada en 1990 y la mortalidad neonatal a 15%, y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto. ^(31, 32)

Un aspecto básico de los cuidados prenatales es capacitar a las mujeres para que sean capaces de tomar decisiones informadas acerca de su control, además establecer un plan que a su vez le permita detectar señales de alarma, durante el embarazo y al momento del parto, con lo cual pueda acudir oportunamente a un servicio de urgencias obstétricas. ^(9, 33)

Como ya se mencionó anteriormente a nivel nacional no se encontraron suficientes estudios intervencionistas en educación a mujeres embarazadas sobre los signos y síntomas de alarma obstétricos. El presente estudio pretende ofrecer una intervención educativa con sustento teórico metodológico para prevenir los factores de riesgo mediante el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétricos en mujeres embarazadas, ya que se ha demostrado que las estrategias tradicionales son poco eficaces. ^(4,6, 7)

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

VI.1. A CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población total de México es de 112 millones 336 mil 538 habitantes, así pues, un total de 57 millones 481 mil 307 corresponde al género femenino, de las cuales el 52.9% se encuentra en edad reproductiva, en edades de entre 15-45 años. ⁽³⁸⁾

De acuerdo con el censo de población y vivienda 2010 el estado de Aguascalientes cuenta con 1 millón 184 mil 996 habitantes, de los cuales 608 mil 358 corresponde a mujeres, ocupando un 52% de la población total. ⁽³⁸⁾

En base a la Encuesta Nacional de La Dinámica Demográfica (ENADID 2009) reporta que en Aguascalientes hay 309 mil 369 mujeres en edad reproductiva, así bien un 51% reporto al menos un embarazo. ^(38,39)

La población de mujeres en edad reproductiva en la Unidad de Medicina Familiar (UMF)7 es de 15,573. Las características socio demográficas de acuerdo al estado civil son el 80% casadas, el 10% solteras y el 10% restante se encuentra en unión libre, de acuerdo al número de hijos el 10% son primigestas, el 70% son secundigestas y el 20% tiene más de dos hijos vivos, la edad promedio de las mujeres en control prenatal fue de 29.4 años, referente a la escolaridad encontramos que presentan nivel primario en un 60%, secundaria en un 30%, y licenciatura en un 10%. ^(40,41)

En un día regular de consulta en la UMF7 de la Delegación Aguascalientes se atienden en el módulo materno infantil un total de 8 a 10 consultas de pacientes embarazadas. ⁽⁴⁰⁾

VI.1.B. PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

El proceso de la educación para la salud está configurado por diferentes elementos: análisis de necesidades, formulación de objetivos, planificación de actividades, metodología didáctica y la evaluación.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Hemos de resaltar que no existen técnicas didácticas estándar, sino que éstas deben adaptarse a los objetivos y también al grupo concreto de población con el que estamos trabajando. ⁽⁴³⁾

El programa de educación maternal que corresponde a nuestra población en estudio, es una población altamente motivada a recibir información acerca de su embarazo, siendo la motivación un aspecto básico para la construcción de conocimiento significativo y a la toma de decisiones en base a ello ⁽⁴³⁾ Cabe señalar que uno de los ocho objetivos para el desarrollo del milenio es mejorar la salud materna, y dentro de sus estrategias está el abordar todas sus causas, entre ellas el desconocimiento de signos y síntomas de alarma durante la gestación ^(44,11)

Los trabajos intervencionistas de prevención y promoción en salud materna implementados hasta ahora, continúan siendo deficientes ya que predomina la educación con enfoque tradicionalista, son pocos los trabajos que fomentan la participación y el proceso activo del conocimiento, lo cual ha sido favorable en otras áreas de educación salud. ^(2,3,37)

VI.1.C. SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. La cual señala que 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. ⁽⁴⁵⁾

Guía Para control prenatal con enfoque de riesgo. Guía de práctica clínica. Catalogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS- 028-08. En el apartado de educación para la salud menciona que: Trabajo social en coordinación con la enfermera materno-infantil debe capacitar grupos de embarazadas, con base en información basada en evidencias en relación a los cuidados prenatales que de forma integral mejoran los resultados perinatales. Y de los derechos que tiene dentro del IMSS durante su atención prenatal, para que sea capaz de tomar decisiones informadas.

ESTABLECER UN PLAN DE RECONOCIMIENTO DE DATOS DE ALARMA PARA QUE LA PACIENTE PUEDA ACUDIR OPORTUNAMENTE A UN SERVICIO DE URGENCIAS EN CASO PERTINENTE. ⁽⁹⁾

Guía de Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. Guía de práctica clínica. Catalogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS- 436-11. Hace referencia que una emergencia obstétrica es todo estado mórbido que pone en peligro la vida de la mujer durante su embarazo, parto o puerperio. En su contenido establece las recomendaciones básicas para la detección y tratamiento de las principales enfermedades que derivan de emergencias en el embarazo, con el fin de orientar a la toma de decisiones en base a la mejor evidencia posible. También ayuda a definir los criterios de referencia y contra referencia de las emergencias obstétricas.

PREVENIMSS con el embarazo. En su manual explica los cuidados principales durante el embarazo, desarrollo de hábitos saludables, métodos de anticoncepción, información sobre el parto y puerperio. Y como uno de sus apartados el de la detección de las señales de alarma y sus posibles complicaciones, en el cual establece los principales signos y síntomas, cuando acudir a un servicio de urgencias, así como la información pertinente de sus centros de atención más cercanos y los requisitos para llegar a ellos. ⁽²⁶⁾

VI.2.A. NATURALEZA Y DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

Hoy en día es evidente que la educación es un objeto de estudio primordial, ya que nos enfrentamos continuamente ante diversos retos cuya expectativa principal es la adquisición de conocimientos y habilidades prácticas, las cuales favorezcan el desarrollo personal en los diversos aspectos de la vida familiar, educativa, social y laboral. Entre otros la demanda de programas educativos enfocados a la promoción y prevención en las diversas áreas de salud. ^(37,43, 26)

“La educación y la salud están íntimamente unidas”, la educación es un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico de la mujer. ⁽⁴⁶⁾

La creación de nuevas estrategias surge a través de tiempo debido a la necesidad recrear los antiguos márgenes de educación tradicionalistas, y actualmente se cuenta

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con una amplia gama de posibilidades, todas ellas con enfoques distintos y adaptados de acuerdo a la concepción de aprendizaje y al objetivo que pretenden alcanzar. ⁽²⁷⁾

Las estrategias participativas derivan del enfoque constructivista el cual ha sido conformado por diversos autores ⁽³⁷⁾

Desde sus inicios se pueden destacar tres modelos: la teoría evolutiva de Piaget, el enfoque socio-cultural de Vygotsky, y el aprendizaje significativo de Ausubel. Vygotsky afirma que el aprendizaje está condicionado por la sociedad en la que nacemos y nos desarrollamos, Piaget plantea que el aprendizaje es evolutivo, mientras tanto la teoría del aprendizaje significativo (significativo se utiliza como opuesto a memorístico) parte de los conocimientos y experiencias previas. Dicho por D. Ausubel: “el factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe”. ^(23, 27,28.)

Si bien es cierto, en el sistema de educación en México predominan viejos esquemas educativos, en donde el aprendiz es un receptor del conocimiento, y el profesor un portador de dicho conocimiento; por lo que el alumno es un sujeto pasivo que prácticamente consume información sin llegar a reflexionarla o someterla a un proceso de crítica. ⁽²⁸⁾

Para Fallas y Valverde (2000), la metodología participativa es una forma de trabajo que se procura la participación activa del alumno, promueve el aprendizaje y estimula al participante a involucrarse con la temática, utilizando sus conocimientos y experiencias previas como puntos de partida de los procesos educativos, ya que a través de vivencias, es que se construyen nuevos conocimientos o se replantean conocimientos anteriores. ⁽³⁷⁾

A pesar de la creación de nuevas reformas en salud, y a los programas implementados para reducir la morbi-mortalidad materna a nivel mundial, continúa siendo alarmante el número de muertes a nivel mundial, mayormente en las zonas marginadas y carentes de educación en salud. ⁽⁴⁴⁾

La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos, siendo de suma importancia que acudan a recibir atención oportunamente. ^(9,11)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Se ha determinado que el desconocimiento de signos y síntomas de alarma es una de las principales causas de demoras en la atención de las emergencias obstétricas. ⁽¹³⁾

La educación y la salud están hermanadas y se refuerzan mutuamente, contribuyendo a disminuir la pobreza y a ofrecer a la gente la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial humano. ⁽⁴⁶⁾

VI.2.B. DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

El elevado número de muertes maternas en algunas zonas del mundo muestra inequidades en el acceso a los servicios de salud y resalta la diferencia entre niveles socioeconómicos. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria, en donde se puede decir que las formas de adquirir conocimientos sobre la salud están prácticamente fuera de su alcance. ^(44,46)

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo. ^(47,48)

Aunado a todo, las mujeres de los países en desarrollo tienen un mayor número de embarazos que las de los países desarrollados, lo cual representa mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. ⁽⁴⁴⁾

VI.2.C GRAVEDAD DEL PROBLEMA

MAGNITUD

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. ⁽⁴⁶⁾

El riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida (la probabilidad de que una mujer de 15 años fallezca por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. Países marginados el riesgo es de 1 por 54, lo cual refleja las consecuencias de la desintegración de los sistemas de salud. ⁽⁴⁹⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

De acuerdo a datos recabados de la OMS cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, siendo mayor en las zonas rurales y comunidades más pobres donde los programas de educación enfocados a la prevención y promoción de la salud están limitados.^(44,11) Se estima que cada año mueren aproximadamente 2,7 millones de recién nacidos y otros 2,6 millones nacen muertos.⁽⁴⁴⁾

En México, la Secretaría de Salud informó que entre 2000 y 2002 la tasa de mortalidad materna fue próxima a 50 por 100,000 nacidos vivos; no obstante, otras publicaciones oficiales ubican dicho índice en 75 o más. Si consideramos las brechas entre mujeres no indígenas e indígenas, la diferencia del riesgo de morir es de tres veces más. En la actualidad se denomina Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal en el caso de las que viven en municipios con muy alto grado de marginalidad en relación con otro de muy bajo grado, esta diferencia es de más de cuatro veces.⁵ Es así que vivir en condiciones de pobreza determina menores posibilidades de sobrevivencia.

De manera adicional, en el 2012 (según cifras oficiales) 528 mujeres de las 960 que murieron estaban afiliadas al SPS (55%) y, de ellas, 577 habían estado en contacto con los servicios de salud y habían tenido de una hasta cinco consultas de control prenatal, lo cual puede considerarse un indicador de que la calidad de los servicios son deficientes, y de que el acceso a servicios de salud en caso de urgencia no ocurre con la oportunidad necesaria:^(21,32)

TRASCENDENCIA.

La creación de educación en los servicios de salud pretende mejorar la calidad de la atención para los derechohabientes y sus familias.^(29,37)

El médico familiar necesita de actualizaciones e innovaciones en la tarea de educar a sus pacientes, ya que es en el primer contacto de atención en donde se determina el mejor pronóstico del paciente, basado en el empleo de la mejor evidencia.^(26,29)

Por otro lado, las muertes maternas y de recién nacidos desaceleran el crecimiento económico y ocasionan pérdidas mundiales de productividad por un monto calculado en US\$ 15 000 millones cada año.⁽⁵⁰⁾

Por el contrario, invertir en la salud materno-infantil permite rendimientos económicos elevados y ofrece la mejor garantía de una fuerza de trabajo productiva en el futuro. ⁽⁵¹⁾

VI.3.A ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.

En el campo de la educación en salud existen diversas propuestas educativas que pueden ser adoptadas para sustituir a las formas tradicionales que operan en las escuelas y que además permitan incidir sobre los factores contextuales que afectan la efectividad de los procesos educativos, algunos de ellos son:

La resistencia al cambio debido a que hay un apego a las viejas estructuras, por lo cual el proceso puede permanecer estático.⁽⁵²⁾

Se afirma que el interés por informarse requiere un estímulo, y el embarazo se considera como un estado favorable para adquirir conocimiento, ya que una motivación para fines prometedores de la educación ^(37,53)

Un factor determinante para identificar los signos de alarma obstétrica es el haber estado embarazada en forma previa o el haber tenido un parto, lo que corrobora que la experiencia de estar embarazada refuerza el interés por informarse y que el aprendizaje se da en forma predominante por una experiencia vivencial.⁽⁵³⁾

El conocimiento o información obtenida previamente de manera errónea, por ejemplo el considerar algún signo o síntoma de alarma como normal o algo fisiológico como patológico, esto podría obstaculizar el proceso de construcción del aprendizaje ya que requiere enfatizar en la modificación de lo ya estructurado.^(22,23,37)

El número de visitas al médico familiar durante el control prenatal tiende a reflejar la labor del médico familiar en la consulta externa, acorde con las guías de práctica clínica de control prenatal con enfoque de riesgo, lo cual muchas veces crea los principios en la estructuración del conocimiento previo a la intervención educativa⁽⁹⁾

VI.3.A ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Si bien algunos trabajos han demostrado que la educación maternal ayuda a disminuir riesgos perinatales, continúa sin conocerse los efectos de la educación basada en nuevas estrategias con enfoques que vengán a remplazar los esquemas tradicionales, por lo que sigue sin determinarse cuáles son los mejores enfoques educativos en esta área. Por lo que es de importancia el continuar realizando trabajos experimentales con el fin de determinar su efectividad, y finalmente elegir el programa más óptimo para mejorar su conocimiento acerca de signos y síntomas de alarma obstétricos.

VI.4.A. BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA.

Sánchez Jiménez y col (2006) mediante su intervención educativa logro que la mayoría de sus participantes tuvieran un embarazo de bajo riesgo, por lo que se infiere que la educación maternal ayuda a disminuir riesgos perinatales.⁽¹⁾

Gagnon y Sandall (2007) en base a su evolución de los diversos programas de educación materna concluye que siguen sin conocerse los efectos de la educación prenatal general y que todavía no están claros los beneficios de la EM para el parto, así como cuáles son los mejores enfoques educativos a implementar.⁽²⁾

Rodríguez E. y col (2008, México), menciona que su intervención comunitaria utilizando estrategias participativas mejoró los conocimientos de las mujeres sobre los signos alarma de complicaciones maternas en mujeres mayas de Yucatán.⁽⁴⁾

Ngai FW y col. (2009) determino que el programa de psicoeducación para el parto parece ser una intervención muy prometedor para promover el aprendizaje y reducir al mínimo el riesgo de depresión perinatal, sin embargo considero que se requiere de más trabajos experimentales para determinar la efectividad de la ampliación del programa de psicoeducación para el parto en el postparto temprano para la promoción de la competencia materna durante el parto.⁽⁵⁾

VI.5.A. DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Nuestro interés principal es determinar si el aplicar la intervención educativa de tipo participativa ayudará a mejorar el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a las mujeres embarazadas.

Además de determinar si el enfoque de la estrategia participativa y las técnicas empleadas cubren los objetivos, que son el reconocimiento óptimo de las señales de alarma durante la gestación.

Y entre otros Identificar las características socio demográficas, antecedentes ginecobstetricos de la población en estudio. Sabemos que la educación es uno de los mayores retos a considerar en la actualidad, por su continua y demandante evolución, por lo que con esta información se pretende colaborar con la obtención de la mejor estrategia.

POR LO ANTERIORMENTE MENCIONADO SURGE LA SIGUIENTE PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el efecto de una intervención educativa de tipo participativa en el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétricos en mujeres embarazadas de bajo riesgo adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 7?

VII. OBJETIVOS

VII.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el efecto de una intervención educativa participativa para fortalecer el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

VII.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características socio demográficas de las mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.
2. Identificar los antecedentes Gineco-Obstétricos de las mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

VIII. HIPOTESIS

VIII.1. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Los conocimientos de las mujeres embarazadas acerca de los signos y síntomas de alarma obstétricos, mejoran posterior a la intervención educativa participativa.

VIII.2. HIPOTESIS NULA

Los conocimientos de las mujeres embarazadas, sobre signos y síntomas de alarma obstétricos, no mejoran posterior a la intervención educativa participativa.

VIII.3. HIPOTESIS ALTERNA

Los conocimientos de las mujeres embarazadas, sobre signos y síntomas de alarma obstétricos son iguales al inicio y posterior a la intervención educativa participativa.

IX. MATERIAL Y METODOS

IX.1. TIPO DE ESTUDIO.

Cuasi experimental.

Sujeto de estudio: Mujeres embarazadas de bajo riesgo adscritas a la unidad de medicina familiar no. 7 inscritas en los grupos de trabajo social.

Objeto de estudio: Efecto de una intervención participativa en el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétricos.

Universo del estudio: Grupos de trabajo social de promoción y prevención en el embarazo de la Unidad de medicina familiar No. 7.

IX.2. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

IX.2.A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Mujeres embarazadas de 20 a 35 años de edad con prueba de embarazo positiva confirmada en expediente médico sin importar trimestre de gestación.

Mujeres embarazadas, afiliadas que recibían atención prenatal en la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Cd. de Aguascalientes inscritas a los grupos de trabajo social.

Mujeres embarazadas afiliadas a la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Aguascalientes que aceptaron participar de forma voluntaria en la investigación.

IX.2.B. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Mujeres embarazadas que contaban con todos los criterios de inclusión, pero que contaban con algún tipo de discapacidad intelectual.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Mujeres embarazadas que contaban con todos los criterios de inclusión, que no firmaron la carta de consentimiento informado.

Mujeres embarazadas que contaban con todos los criterios de inclusión, que no desearon participar en la intervención o realizar la evaluación.

IX.2.C. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres embarazadas no adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Aguascalientes.

Mujeres embarazadas que decidieron retirarse de la intervención educativa, o aquellos instrumentos con menos del 80% de llenado.

IX.2.D. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Mujeres embarazadas que no realizaron la evaluación de la intervención educativa.

IX.3 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo que se realiza es no probabilístico por conveniencia ya que depende de que las embarazadas acudieron voluntariamente para formar parte de la investigación.

Se invitó a las mujeres embarazadas de la unidad de medicina familiar que acudieron al grupo de trabajo social en el transcurso del mes de enero del 2016, a participar en la intervención educativa.

IX.3.A. MARCO MUESTRAL.

Mujeres embarazadas, afiliadas a la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Aguascalientes y que estuvieron inscritas en los grupos de trabajo social.

IX.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra está determinado por un estudio no probabilístico por conveniencia. Debido a que solo se incluyó a las mujeres embarazadas que estuvieron inscritas al grupo de trabajo social, ya que la asistencia de ellas a la intervención educativa dependía de la disponibilidad personal de cada una de ellas.

IX.5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente: El conocimiento acerca de los signos y síntomas de alarma obstétrica. El cual estará determinado por variable categórica nominal.

Variable independiente: Estrategia educativa de tipo participativa para mejorar el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica. La cual tiene aplicación en la construcción de conocimientos significativos y el desarrollo de habilidades implícitas en ellos, destacando que la base de esta es los conocimientos y experiencias previas de los participantes en este caso las mujeres embarazadas, puesto que las primigestas consistirán un mayor reto para nuestras técnicas a implementar, por lo que toda la información expositiva estará basada en la mejor evidencia posible, utilizando los recursos que nos ofrecen las guías de práctica clínica para control prenatal con enfoque de riesgo así como la guía de detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.

IX.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Para el apartado de Signos y Síntomas de Alarma en el Embarazo, se realizó una revisión de la literatura, para determinar el cuestionario más adecuado para la investigación.

Se consideró como mejor opción la escala elaborada por Flores- Bazán, MN e Ylatoma Meléndez, C., la cual consta de 14 preguntas, cada una de ellas con una valoración de 05 puntos que dan una suma total de 70. La clasificación de las respuestas de la encuesta se agrupa de la siguiente manera: De 41-70 puntos, referente a un conocimiento alto, 21- 40 puntos conocimiento medio y de 0- 20 puntos conocimiento bajo. **(ANEXO B)**

IX.7. VALIDEZ DE INSTRUMENTO

El Instrumento de evaluación consta con una cedula de validación donde determina por el experto Vargas Dazza L, que dicho instrumento reunió en forma buena los siguientes indicadores para su aplicación: Claridad y Precisión, Coherencia, Validez, Organización, Confiabilidad, Control de Sesgo, Orden, Marco de Referencia, Extensión e Inocuidad.

IX.8 VALIDACIÓN DE CONTENIDO

Una vez seleccionado el cuestionario se procedió realizar una validación aparente con dos grupos, el primero integrado por expertos en el tema; médicos ginecólogos, a ellos se les solicito la lectura y análisis de la escala para modificar aquellos ítems que no fueran relevantes para obtener información sobre los signos y síntomas de alarma obstétricos.

El segundo grupo focal lo constituyeron mujeres embarazadas, a ellas se les solicito la lectura de la escala y se les pregunto si los ítems eran entendibles, lo anterior con la finalidad de realizar un consenso sobre modificaciones en el cuestionario.

Para complementar la evaluación de las intervenciones educativas se agregaron tres apartados más: I.-Ficha de Identificación, II.-Características Sociodemográficas y III.- Antecedentes Ginecobstetricos.

En el apartado I, se incluyen las variables esenciales para identificar al paciente tales como nombre, domicilio, teléfono y aquellas referentes a su seguridad social. Apartado II.- Características Sociodemográficas están las siguientes variables: fecha de nacimiento, nivel de estudios, estado civil y ocupación actual. Para el apartado III.- Signos y Síntomas de Alarma en el Embarazo, se mide el conocimiento de las mujeres embarazadas sobre este tema. Y en apartado de Antecedentes Ginecobstetricos, se incluyen las variables esenciales que el médico familiar incluye en el expediente electrónico de las mujeres embarazadas. Por lo tanto, en este apartado la información se obtendrá de dicho expediente por parte del investigador.

IX.9. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

En la unidad de Medicina Familiar 7 se invitó a las mujeres embarazadas que llevaran un control prenatal, para participar en el estudio considerando los criterios de inclusión. Se realizara una selección aleatoria de las participantes para conformar dos grupos, uno del turno matutino y otro del turno vespertino, a ambos grupos se les aplicara la intervención educativa participativa.

A las participantes se les explicara el propósito de la investigación y en caso de aceptar se les proporcionara la carta de consentimiento informado para su firma, garantizándoles confidencialidad en todos los datos que proporcionen para la investigación.

Al término de la intervención educativa se realizara una evaluación para conocer el efecto con respecto al conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos en nuestras pacientes.

IX.10. LOGÍSTICA

Para la presente investigación se realizó una intervención educativa de tipo participativo a mujeres embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión. Al inicio de la intervención se aplicó la pre-prueba en la cual se incluye la ficha de identificación y características socio demográficos, con la finalidad de recabar la información personal de cada una de las participantes, así como el pre- cuestionario acerca de signos y síntomas de alarma en el embarazo.

Posteriormente se realizó la intervención educativa de tipo participativa, con diseño y metodología pertinente de acuerdo al modelo educativo de aprendizaje significativo.

(ANEXO A)

Al finalizar la intervención se aplicó la tercer parte del cuestionario correspondiente a la sección denominada de signos y síntomas de alarma obstétricos.

Finalmente se hizo una recopilación de cada expediente de las participantes los datos referentes a los antecedentes ginecobstetricos. Toda información recopilada se anexo a una base de datos para su análisis.

IX.11. PRUEBA PILOTO

Para evitar problemas significativos en la investigación, se realizó una prueba piloto para revisar la metodología de la intervención, la evaluación y aplicación de los instrumentos, así como la logística en la recolección de datos. Se solicitó a especialistas en educación en salud que revisaran la metodología planteada en la intervención educativa, para corregir posibles errores en la aplicación.

Para la aplicación del instrumento se realizó con mujeres embarazadas que acudían a consulta prenatal a la UMF 7, a las cuales se les solicitó su participación contestando el cuestionario para determinar si los términos y definiciones empleadas en cada uno de los ítems se comprendían claramente y observar si las respuestas otorgadas son consideradas como las esperadas.

IX.12. PLAN DE ANÁLISIS.

Se utilizaron métodos estadísticos descriptivos como frecuencia y porcentajes, además de la media como medida de tendencia central, y la desviación estándar como medida de dispersión.

IX.13 ASPECTOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo con los lineamientos de la Ley general de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme al Título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría "I" que dice: "Investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se pueden considerar: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos, y otros en los que no se le identifiquen no se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño. Así mismo, la investigación no viola ninguna recomendación, y esta participan seres humanos contenida en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41° Asamblea Medica Mundial en Hong Kong en Septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la Nota de clasificación del párrafo 29, agregada a la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

El proyecto se apegará a lo dispuesto en la ley federal de salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalece fue el que respecta a la Dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, evitando hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y asegurando la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación fue voluntaria y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio ya que no hubo procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11).

IX.14. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se realizó una carta de consentimiento informado en la cual las pacientes confieren su participación de manera anónima, voluntaria y confidencial en la aplicación del cuestionario, donde se especifica que su participación no tiene repercusiones adversas, se menciona el probable beneficio de la intervención educativa. **(ANEXO B)**

IX.15. RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Personal participante en la investigación: Investigador principal médico residente en medicina familiar y su asesor el cual cuenta con posgrado en materia de Educación en Salud, así como del apoyo del personal de Trabajo Social.

RECURSOS MATERIALES

Se contó con un aula en donde se realizó la estrategia educativa, además de computadora y cañón. Además de dos cuestionarios para cada participante, Plumas, lápiz para que contesten las preguntas. Computadora para la realización del protocolo y análisis estadístico de los datos SPSS V 21, office, material de oficinas (Hojas, bolígrafos, fotocopias).

RECURSOS FINANCIEROS

Fueron cubiertos por los investigadores participantes.

HOJA DE GASTOS.

CATEGORIA	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Lapiceros	\$30 pesos	7	\$210.00 pesos
Gomas	\$15 pesos	7	\$105.00 pesos
Hojas tamaño carta (paquete)	\$80 pesos	2	\$240.00 pesos
Cartucho de tinta	\$340 pesos	2	\$680.00 pesos
Memoria USB 8 GB	\$250 pesos	1	\$250.00 pesos
Engrapadoras	\$100 pesos	1	\$100.00 pesos
Grapas	\$30 peso (caja)	1	\$30.00 pesos
Fotocopias	\$0.50 centavos	1500	\$750.00 pesos
Tablas recolectoras	\$60 pesos	4	\$240.00 pesos
Laptop DELL	\$12, 0000 pesos	1	\$12,000.00 pesos
Alimentos y bebidas	\$50 pesos	30	\$150.00 pesos
Cañón	\$10, 000 pesos	1	\$10,000.00 pesos
Capacitación	\$0 pesos	1	\$ 0
		TOTAL	\$25, 481.00 pesos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IX.16. CRONOGRAMA

La investigación se pretende realizar en un periodo de 6 meses, elección del tema a investigar, búsqueda bibliográfica, presentación y aceptación del protocolo por el comité Local de investigación, así como la planeación y recolección de datos, el análisis correspondiente de la información obtenida, la obtención de resultados, y el reporte final.

(ANEXO C)



X. RESULTADOS

En este estudio participaron 27 mujeres embarazadas, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 7, con embarazo de bajo riesgo, de 20 a 35 años, siendo la media de edad de 27.814, con una desviación estándar de 4.78.

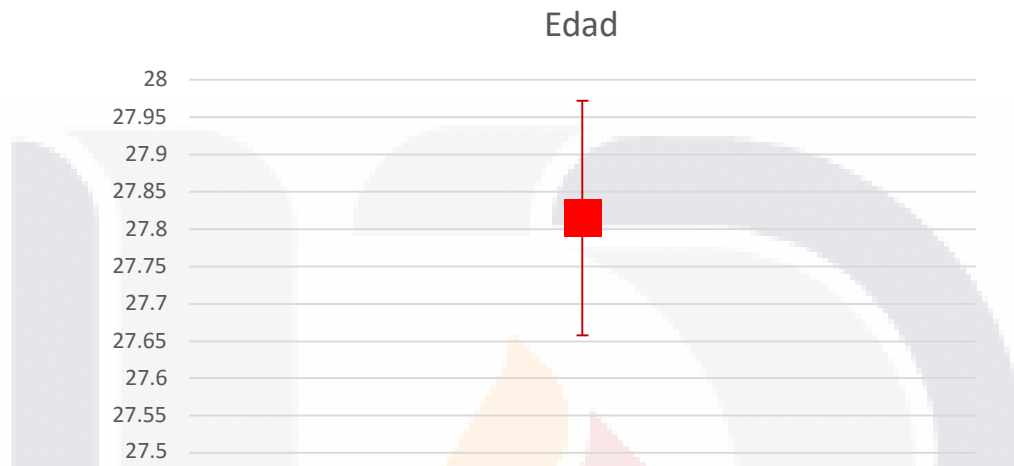


Ilustración 1: EDAD.

El tipo de seguridad social fueron trabajadoras y beneficiarias, 20 participantes fueron Trabajadoras que corresponde a una frecuencia relativa del 74%, y 7 beneficiarias que corresponde a una frecuencia relativa del 26%.

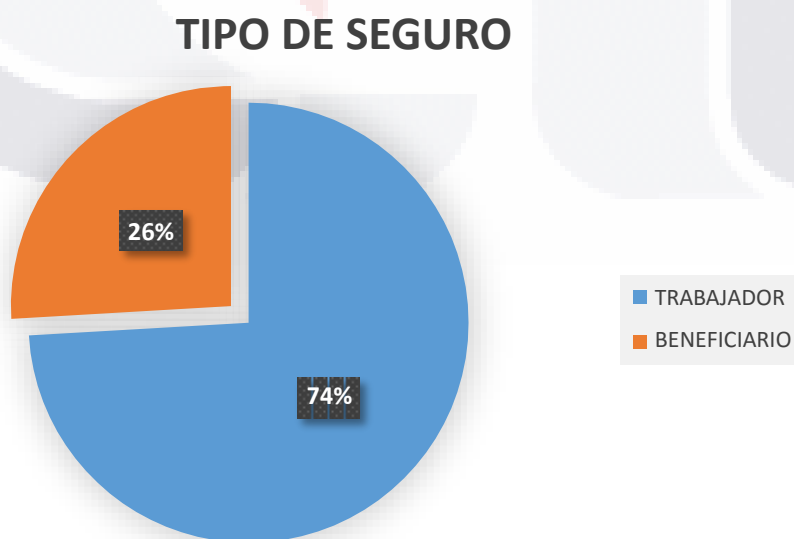


Ilustración 2: TIPO DE SEGURO

El estado civil de las pacientes el 18 fueron casadas correspondiente al 67%, el 5 viven en unión libre (19%), y 4 solteras (15%).

ESTADO CIVIL

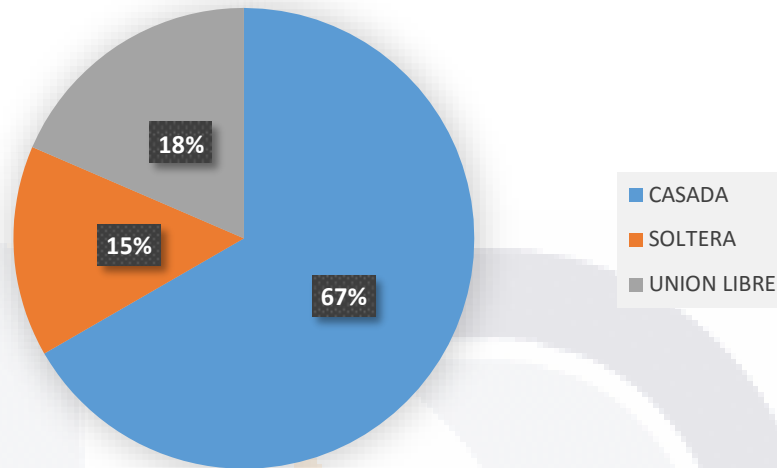


Ilustración 3: ESTADO CIVIL.

En cuanto a grado de estudios máximo alcanzado por las pacientes, se encontró que el nivel mínimo fue de secundaria terminada y el máximo de postgrado. De las cuales 12 (44%) licenciatura, 6 (22%) secundaria, 5 (19%) preparatoria, 3 (11%) postgrado (11%), y 1 (4%) carrera técnica.

EDUCACIÓN

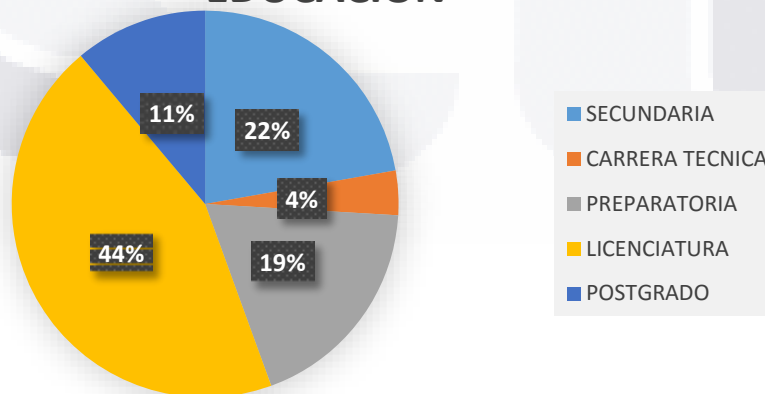


Ilustración 4: EDUCACION.

La ocupación se distribuyó básicamente en 7 grupos, de los cuales 7 (26%) profesionistas, 7 (26%) empleadas, 6 (22%) se dedica al Hogar, 3 (11%) maestras, 1 (4%) supervisora, y 1 (4%) administrativo.

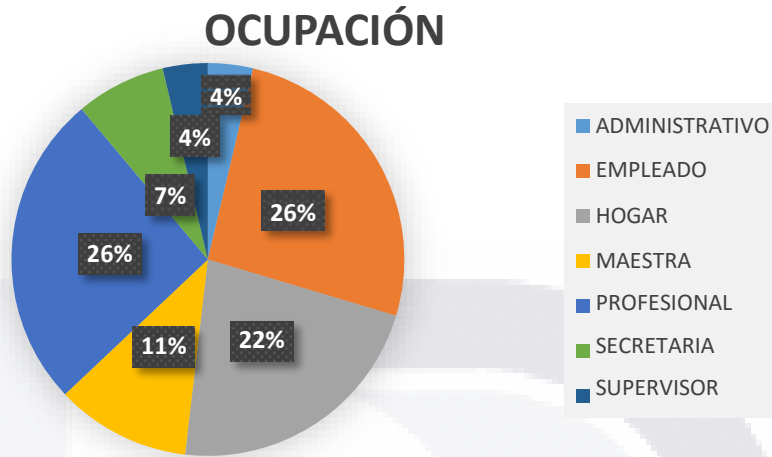


Ilustración 5: OCUPACION.

El número de gestas mínimo fue 1 y máximo fue de 4 embarazos, en promedio fue de 1.77, con una desviación estándar de 0.97. 14 (52%) fueron primigestas, 7 (26%) secundigestas, 4 (15%) cursaban su tercer embarazo, y 2 (7%) cursaban el cuarto embarazo.

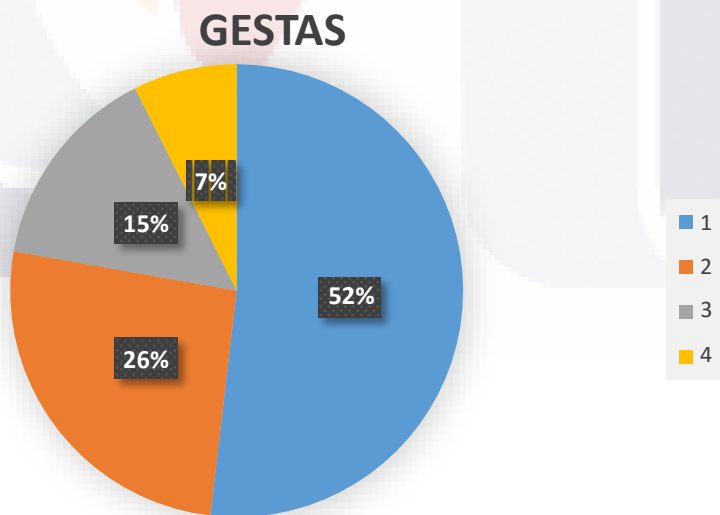


Ilustración 6: GESTAS

El conocimiento pre intervención, el puntaje promedio fue de 32.96 con una desviación estándar de 10.49, 15 (55.6%) obtuvieron un puntaje de 21-41 puntos que corresponde a conocimiento medio, 7 (25.9%) obtuvieron un puntaje menor a 20 puntos correspondiente a conocimiento bajo, y 5(18.5%) obtuvieron un puntaje mayor a 41 puntos que corresponde a conocimiento alto.

RESULTADOS PRE INTERVENCION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ALTO	5	18.5	18.5	18.5
	BAJO	7	25.9	25.9	44.4
	MEDIO	15	55.6	55.6	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tabla 1: RESULTADOS PRE INTERVENCION.

CONOCIMIENTO PRE INTERVENCIÓN

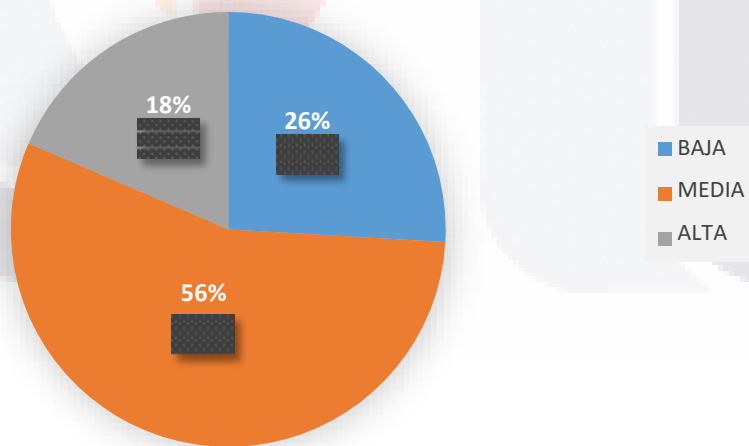


Ilustración 7: CONOCIMIENTO PRE INTERVENCION.

El conocimiento post intervención, el puntaje promedio fue de 53.33 con una desviación estándar de 10.19, 23 (85.2%) obtuvieron un puntaje mayor de 41 puntos que corresponde a conocimiento alto, 4 (14.8%) obtuvieron un puntaje de 41-21 puntos correspondiente a conocimiento medio.

RESULTADOS POST INTERVENCION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ALTO	23	85.2	85.2	85.2
MEDIO	4	14.8	14.8	100.0
Total	27	100.0	100.0	

Tabla 2: RESULTADOS POST INTERVENCION

CONOCIMIENTO POST INTERVENCIÓN

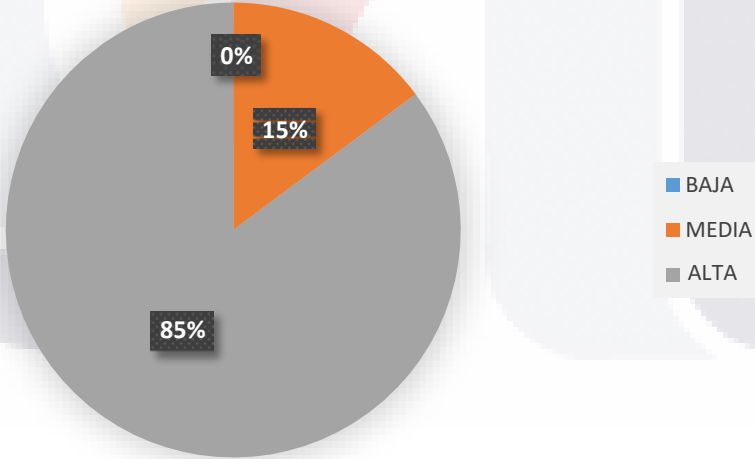


Ilustración 8: CONOCIMIENTO POST INTERVENCION.

Se observó mejoría en el nivel de conocimientos ya que el puntaje promedio previo a la intervención fue de 32.96 (nivel medio) en comparación con el puntaje promedio post intervención que fue de 53.33 (nivel alto), con la cual hubo un aumento de 20.37 puntos.

Comparación del puntaje obtenido antes y después de la intervención educativa

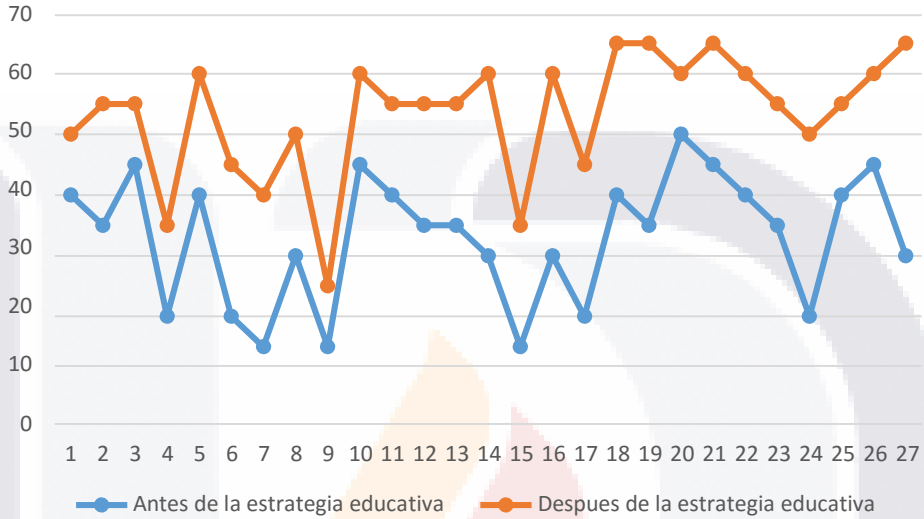


Ilustración 9: COMPARACION DEL CONOCIMIENTO PRE Y POST.

XI. DISCUSION

De acuerdo con los resultados de este estudio se encontró que el aprendizaje significativo se adquiere por medio de estrategias que logren la formación de esquemas cognitivos, tales como las estrategias participativas, comparado con el estudio realizado por Rodríguez E. y col en el 2008, en el cual observaron que la intervención incrementó el conocimiento sobre signos de alarma obstétricos. ⁽⁴⁾

Cabe señalar que de acuerdo a los datos recabados de el apartado características sociodemograficas de nuestra poblacion observamos que un factor favorable para la adquisicion de conocimientos fue la educacion o nivel educativo de las participantes, ya que la mayoría contaba con licenciatura (44%), lo cual interviene en el aprendizaje. Por lo que comparado con el estudio realizado por Rodríguez E. y col puede generar controversia debido a que su poblacion tenia un nivel de educacion bajo. ^(25,4)

Si bien los resultados obtenidos demuestran que la metodología participativa promueve el aprendizaje y estimula al participante a involucrarse con la temática al utilizar sus conocimientos y experiencias previas como puntos de partida de los procesos educativos, por lo que consideramos el número de gestas como un factor favorable para la adquisición de conocimientos, ya que a través de vivencias es que se construyen nuevos conocimientos o se replantean conocimientos anteriores como comenta Fallas y Valverde en el 2000. ^(22,37)

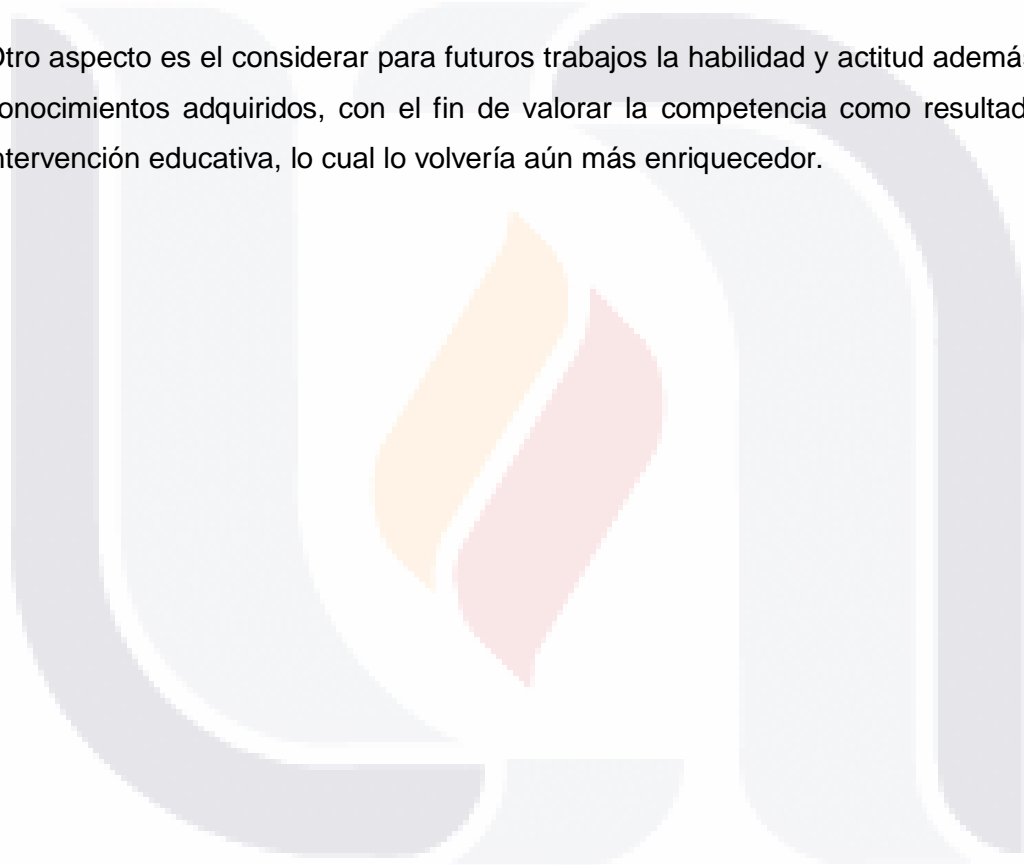
En cuanto al estado civil de las pacientes la mayoría eran casadas (67%) o vivían en unión libre (18%), por lo que se invita a la pareja a ser parte de las pláticas de capacitación, con lo cual fomentamos la motivación, y participación de ambos padres en el proceso del embarazo, siendo esto un factor pronóstico para la atención y el aprendizaje, encontrando que hubo mejoría de un nivel medio a un nivel alto de conocimiento acerca de signos y síntomas de alarma en el embarazo, lo cual es equiparable con los resultados obtenidos por Izquierdo Lara en el 2014 quien observó que antes de recibir la intervención educativa se consideraron escasos los conocimientos, y mencionar que posterior a la intervención educativa se logró un aumento significativo, considerando efectiva su intervención. ⁽⁸⁾

XII. CONCLUSIONES.

El efecto de la intervención educativa de tipo participativo fue mejorar el conocimiento de las mujeres embarazadas acerca de los signos y síntomas de alarma obstétricos.

Es importante el realizar estudios comparativos entre diversas técnicas con el fin de establecer cuáles son las más eficaces en pacientes con embarazo, ya que se ha identificado que la educación consiste en la piedra angular del seguimiento y prevención de complicaciones.

Otro aspecto es el considerar para futuros trabajos la habilidad y actitud además de los conocimientos adquiridos, con el fin de valorar la competencia como resultado de la intervención educativa, lo cual lo volvería aún más enriquecedor.



XIII. GLOSARIO.

ESTRATEGIA EDUCATIVA Una estrategia educativa es un procedimiento utilizado de manera flexible, adaptativa, autor regulada y reflexiva para promover el aprendizaje significativo. ⁽²²⁾

CONSTRUCTIVISMO. es una corriente pedagógica basada en la teoría del conocimiento constructivista, que postula la necesidad de entregar al alumno herramientas (generar andamiajes) que le permitan construir sus propios procedimientos para resolver una situación problemática, lo que implica que sus ideas se modifiquen y siga aprendiendo. ⁽²⁷⁾

APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO. un proceso de reorganización interna de esquemas, se produce cuando entra en conflicto lo que ya sabe con lo que debería saber, tiene un importante componente afectivo que es el autoconocimiento, requiere contextualización: los aprendices deben trabajar con tareas auténticas y significativas culturalmente, y necesitan aprender a resolver problemas con sentido, se facilita con apoyos que conduzcan a la construcción de puentes cognitivos entre lo nuevo y lo familiar, con materiales de aprendizaje potencialmente significativos, entre ellos las estrategias de tipo participativo. ^(27, 28)

CONOCIMIENTO. El conocimiento es la sumatoria de las representaciones abstractas que se poseen sobre un aspecto de la realidad. En este sentido, el conocimiento es una suerte de “mapa” conceptual que se distingue del “territorio” o realidad. Todos los procesos de aprendizajes a los que una persona se expone durante su vida no son sino un agregar y resignificar las representaciones previas a efecto de que reflejen de un modo más certero cualquier área del universo. ⁽²²⁾

MÉDICO FAMILIAR. Especialista que brinda atención primaria, continua e integral al individuo y su familia. Debe poseer capacidad reflexiva y autocrítica. ⁽⁵³⁾

EMBARAZO. Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto. ⁽⁹⁾

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Sánchez-Jiménez, B., M. Hernández-Trejo and T. LARTIGUE-BECERRA (2007). "Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal." *Perinatol Reprod Hum* **21**(4): 167-177.
2. Gagnon AJ, Sandall J Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008; 2.
3. Martínez Rodríguez y col. "El programa de Educación Maternal en el Sistema Público de Salud en Galicia", *Rev Iberoam Fisioter Kinesol* 2007;10(1):5-11
4. Rodríguez-Angulo, E., G. Andueza-Pech, L. Rosado-Alcocer, E. Ortiz-Panozo and B. Hernández-Prado (2012). "Efecto de una intervención comunitaria para mejorar conocimientos sobre signos de alarma de complicaciones maternas en mujeres mayas de Yucatán, México: ensayo controlado, aleatorizado." *Rev Inv Clin*.
5. Ngai FW y col. "The effects of a childbirth psychoeducation program on learned resourcefulness, maternal role competence and perinatal depression: a quasi-experiment" *Int J Nurs Stud.* 2009 Oct; 46(10):1298-306.
6. Laura Beatriz Ayavaca Ludizaca y col. "Implementar una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento en las adolescentes embarazadas sobre los riesgos y complicaciones que trae consigo el embarazo a esta edad." Tesis para obtener el título de Licenciatura en enfermería, 2011.
7. Martínez Galiano y col. "Efecto del programa de educación maternal sobre la duración de la hospitalización del recién nacido y la madre tras el parto" *Gaceta Médica de México*.2013;149:250-3
8. Shirley Izquierdo Lara "Intervención de Enfermería en Gestantes de 15 a 19 años con Infecciones de Vías Urinarias que acuden al Centro de Adolescente en el Hospital Cantonal de Daule Dr. Vicente Pino Morán" Tesis para obtener el título de Licenciatura en enfermería, 2014.
9. Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf
10. Loaiza, E. (2011). *Indicadores para ODM-5: conceptos y metodologías*. San José, Costa Rica: Unidad de Población y Desarrollo–División Técnica Fondo de las Naciones Unidas para Población–UNFPA.

11. Guía de práctica clínica para la detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GPC_Emergencias_obstetricas/GER_Emergencias_obstetricas.pdf.
12. Salinas A., Martínez C., y Pérez J. "Percepción de sintomatología común durante embarazo, puerperio y lactancia". Salud publica de México. [Revista de Internet]*. 1991. [acceso 15 de Junio 2012] Vol. 33. (3):248-258. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001095>
13. Martínez F., Pineda M. y Umaña G. "Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma y las complicaciones en el embarazo por parte de las usuarias en estado gestacional que asisten a la Unidad de Salud Dr. Mauricio Sol Nerio, en el barrio San Jacinto, departamento de San Salvador, de Abril a Junio de 2010." [tesis doctoral]. El Salvador: "Universidad el Salvador"; Julio 2010.
14. Juan Aller, Gustavo Pagés. Obstetricia moderna, cap. 9 Contracción uterina y abdominal, pág. 119-124. http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_09.pdf
15. Berenice Velásquez Torres y cols. Resultado perinatal de las pacientes evaluadas por hipomotilidad fetal Ginecol Obstet Mex 2006;74:265-72
16. Menon R. and Bushnell C. Headache and Pregnancy, The Neurologist, Volume 14, Number 2, March 2008. Silberstein S. D. Headaches in pregnancy, Neurol Clin 22 (2004) 727-756.
17. Flores-Villegas B y col.: Edema. Enfoque clínico. Med Int Méx volumen 30, Núm. 1, enero-febrero, 2014;30:51-55
18. Eduardo Malvino, Infecciones graves en el Embarazo y el puerperio. http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Infecciones_Graves.pdf
19. Arredondo-García JL, Figueroa-Damián R. Estado Actual de las infecciones de vías urinarias. México, D.F. Ferlini, Rosen, Asoc. 2002
20. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de VAGINITIS INFECCIOSA en Mujeres en edad Reproductiva En el Primer nivel de Atención Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-081-08 http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/081_GPC_Vaginitisinfec1NA/Vaginitis_ER_CENETEC.pdf
21. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características

- sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud. México, DF: CONEVAL, 2012.
22. Frida Díaz et al. (2007). 2da edición. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista. EDITORIAL Mc Graw Hill. Pags 1-30
 23. Serrano, J. M. y Pons, R. M. (2011). El constructivismo hoy: enfoques constructivistas en educación. Revista Electrónica de Investigación Educativa
 24. Viniegra-Velázquez L. Capítulo 3. El progreso y la educación. En: Educación y Crítica. El proceso de elaboración del conocimiento. 1.a ed. México: Editorial Paidós Mexicana, S.A.; 2002. p. 83-98.
 25. Díaz-Barriga A. Capítulo I. La teoría curricular y la elaboración de programas. En: Didáctica y currículo. 1.a ed. México: Editorial Paidós Mexicana, S. A.; 2003. p. 17-73.
 26. Promoción de la salud. PREVENIMSS
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/mujeres/Guia_mujeres_promocion.pdf
 27. Gimeno-Sacristán J. Capítulo Primero. El culto a la eficiencia y la pedagogía por objetivos: nacimiento de un estilo pedagógico. En: La pedagogía por objetivos: obsesión por la eficiencia. 4.a ed. Madrid: Ediciones Morata, S. L.; 2002. p. 9-26.
 28. Viniegra-Velázquez L. Capítulo 1. Un acercamiento a la crítica. En: Educación y crítica. El proceso de elaboración del conocimiento. 1.a ed. México: Editorial Paidós Mexicana, S. A.; 2002. p. 13-55.
 29. Insfrán-Sánchez M, Viniegra-Velázquez L. La formación de profesores en el área de la salud. Papel de la discusión en pequeños grupos para el desarrollo de aptitud para la lectura crítica. Rev Invest Clin. 2004;56:466-76.
 30. Aguilar-Mejía E, Viniegra-Velázquez L. El concepto de postura. Más allá de la medición de actitudes. En: Viniegra-Velázquez L, editor. La investigación en la educación. Papel de la teoría y de la observación. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2000. p. 201-49.
 31. Organization, W. H. (2014). Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. 2009, Geneva, Switzerland.
 32. Rafael, J., A. Hernández and J. Zapién-Moreno (2009). "Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna." Rev Med Inst Mex Seguro Soc **47**(1): 109-116.

33. Freyermuth-Enciso, G., I. Villalobos Vázquez, H. Argüello and C. de la Torre (2006). "Urgencia obstétrica y saber popular en Tenejapa, Chiapas." *Perinatología y reproducción humana* **20**(4): 60-68.
34. Pregnancy and Child birth. Danger Signs of Pregnancy, 2015.<http://pregnancy.about.com/cs/signs,> 02/02/2015.
35. Wajid, A., Z. Rashid and A. M. Mir (2010). Initial assessment of community midwives in rural Pakistan, Population Council.
36. AUSUBEL-NOVAK-HANESIAN (1983). *Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo*. 2° Ed. TRILLAS México
37. Artavia Gutiérrez, Victoria. *Manual de técnicas participativas para la estimulación de las capacidades del "ser" en la formación profesional. Capacidades personales / Victoria Artavia Gutierrez, Carmen Durán Quirós, Orietta Zamora Rodríguez. – San José, C.R.: INA, 2012. 86 p.*
38. Instituto Nacional de estadística general e Informática (INEGI)
<http://www.inegi.org.mx/lib/error.aspx?aspxerrorpath=/poblacion/habitantes.aspx>
39. Consejo nacional de Población (CONAPO.ENADID)
<http://conapo.gob.mx/publicaciones/saludReproductiva/2009/7.%20Salud%20materna.pdf>
40. Unidad de Medicina familiar no.7 Delegación Aguascalientes
http://www.imss.gob.mx/Delegaciones/Aguascalientes/umf7_imss.htm
41. Instituto Mexicano del seguro social. Memoria estadística 2010.
<http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/Pages/memoriaestadistica.aspx>
42. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012)
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
43. Costa M, López E. *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide, 1996.
44. OMS (2010). "Mortalidad materna"
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
45. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

46. OMS (2010). “La educación y la salud están íntimamente unidas”
http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/
47. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342–349.
48. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881–892.
49. UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015. New York, USA, UNICEF, 2015.
50. Horton S, Shekar M, McDonald C, Mahal A, Brooks J. “Scaling up Nutrition: What will it Cost?” Banco Mundial. Washington, D.C., 2010.
51. “Maternal, Newborn and Child Health Network for Asia and the Pacific. Investing in maternal, newborn and child health – the case for Asia and the Pacific.” Organización Mundial de la Salud y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. Ginebra, 2009
52. Marin Y. Implicaciones para la practica educativa en escuelas que adoptan el aprendizaje basado en problemas. *Revista de la educacion superior* Vol. XXXII(3), No.127, Julio-Septiembre 2003
53. J.L. Huerta. *Medicina Familiar. La familia en el proceso de salud y enfermedad.* Editorial Alfil, primera edición 2005.

ANEXOS

ANEXO A. ESTRATEGIA EDUCATIVA.

ESTRATEGIA EDUCATIVA DE TIPO PARTICIPATIVA PARA FORTALECER EL CONOCIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA DE BAJO RIESGO ACERCA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA.

Proyecto de investigación: EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARTICIPATIVA EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICOS A MUJERES EMBARAZADAS DE BAJO RIESGO ADSCRITAS A LA UMF 7, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

TESISTA: Sara Eleonor Maldonado Fernández.

Asesora: Dra. Erika Lorena Vega Silva.

Descripción del curso

La propuesta didáctica está dirigida mujeres embarazadas que acuden a control prenatal a la unidad de medicina familiar N° 7 en Aguascalientes y que estén inscritas al grupo de trabajo social; en la propuesta de intervención educativa se aborda el tema de los signos y síntomas de alarma obstétricos.

El tipo de actividades que se desarrollaran en el curso son demostrativas y participativas, la duración es de 4 horas en una sesión para su aplicación.

Objetivo General de la Intervención Educativa en Aprendizaje Significativo.

Identificar el conocimiento que adquirieron las mujeres embarazadas sobre los signos y síntomas de alarma obstétricos en la intervención educativa constructivista.

Objetivo Específico de la Intervención Educativa en Aprendizaje Significativo.

Las mujeres embarazadas identifiquen los signos y síntomas de alarma obstétricos: Náuseas y vómitos excesivos, presencia de hemorragia, pérdidas transvaginales de líquido amniótico, presencia de contracción uterina, disminución de la movilidad fetal, cefalea, dolor de cabeza, acúfenos, fofeno, edema de miembros inferiores, fiebre o temperatura mayor a 38°, disuria y flujo transvaginal o perdida transvaginal anormal.

Textos o materiales a emplear

La presente propuesta didáctica se basa en Estrategias docentes para un aprendizaje significativo y un manual de estrategias participativas, la cual describe a detalle cada una de estas estrategias y proporciona ejemplos didácticos para su implementación.

Los materiales a emplear se describen por sesión y están explícitos en la siguiente sección de la metodología específicamente en los planes de sesión

Metodología

Para la implementación de la propuesta didáctica se llevara a cabo el siguiente proceso:

- a) Exposición por parte de los expertos en signos y síntomas de alarma obstétricos.
- b) Discusión activa de por parte de las mujeres embarazadas sobre los signos y síntomas de alarma obstétricos.
- c) Trabajo en equipos para la implementación de estrategias de enseñanza.

PLAN DE SESIÓN PROYECTO EFECTO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS CONDUCTUAL, CONSTRUCTIVISTA EN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICOS A MUJERES EMBARAZADAS.

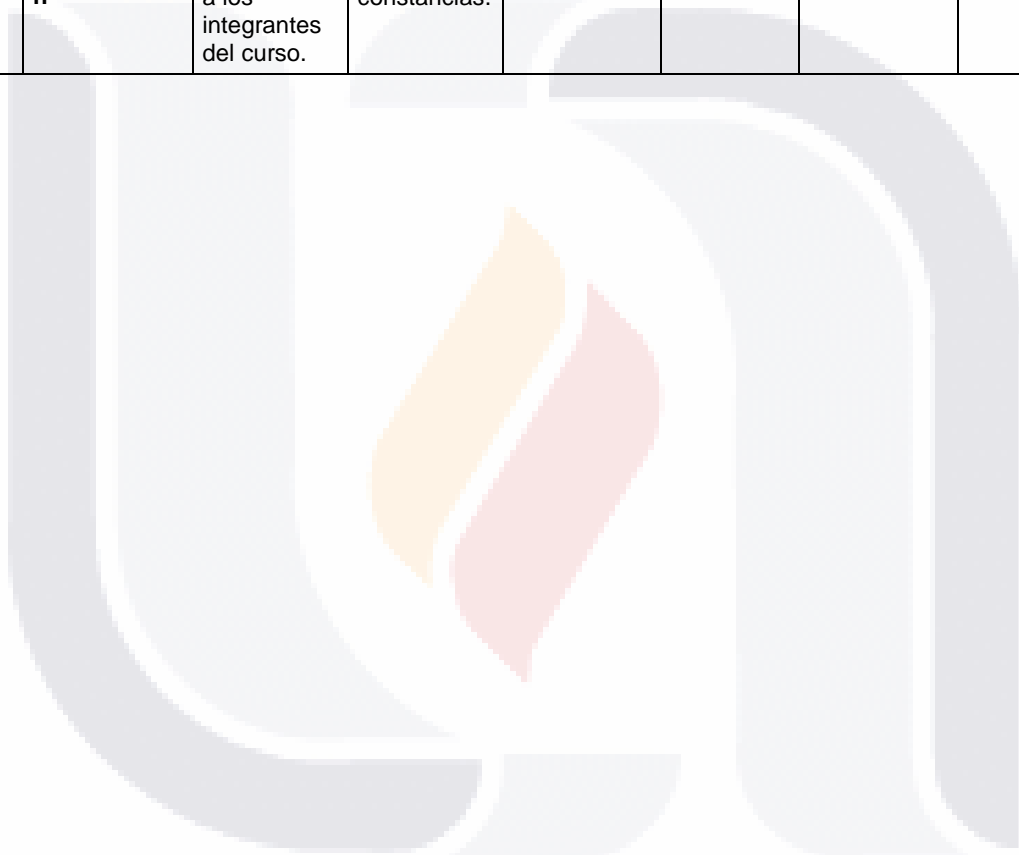
Tiempo	Tema	Objetivo de la sesión	Actividades instructor	Actividades participante	Métodos o Técnicas didáctica	Recursos	Producto esperado o indicador del logro
	Bienvenida y presentación del instructor	Proporcionar la bienvenida a los participantes al curso y presentación del Instructor.	Proporcionar la bienvenida al grupo y se presenta.	Escucha atentamente la bienvenida y presentación.	Expositiva	Presentación power point	
	Formación de la comunidad de aprendizaje Presentación grupal	Generar un clima de confianza, motivación y participación.	Pide se coloquen de pie en herradura y se presenten de manera individual mencionando:	Se presentan y contestan las preguntas indicadas	Técnica de Presentación : Los curiosos	Tarjetas Masking tape	Presentación de todos los integrantes del grupo

			Nombre y una pregunta sobre algún dato del embarazo que quiera conocer de otra integrante del grupo.				
Presentación de objetivos, contenido temático y carta de consentimiento informado	El participante identificará los objetivos, los temas y subtemas del curso, así como el contenido de la carta de consentimiento informado	Entrega tríptico del curso y explica el objetivo, contenido temático, metodología, formas de evaluación y lineamientos generales a considerar durante el curso. Y el contenido de la carta de consentimiento informado Presenta una breve introducción de cada uno de los temas que se abordarán.	Atiende exposición y participa con comentarios y dudas sobre los objetivos del taller y la forma de trabajo.	Expositiva	Tríptico Carta de Consentimiento Informado	Carta de consentimiento firmado	
Detección de expectativas	Identificar las expectativas de las participantes.	Pregunta las expectativas que se tienen de la intervención y explica el alcance del curso.	Anota expectativas, y las comparten con sus compañeros.	Expositiva	Laminas	Expectativas del Curso	
Ficha de Identificación y características socio demográficas	Obtener los datos de identificación y características socio demográficas de las participantes	Entrega la primer parte del cuestionario	Responde la primer parte del cuestionario con los apartados de ficha de identificación y características socio		Cuestionario	Cuestionario contestado	

				demográficas			
	Experiencias Previas	Obtener la información sobre los conocimientos previos de los participantes sobre los signos y síntomas de alarma obstétricos	Realiza preguntas dirigidas a todas las integrantes del grupo sobre las experiencias previo del tema.	Responde preguntas sobre experiencias previas del tema	Interrogativa	Presentación power point	Lista de cotejo
	Estrategia Actividad focal introductoria	Realizar una estrategia focal introductoria	Realiza una técnica interrogativa sobre el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétricos, presenta títulos y subtítulos así como palabras claves.	Responde a las interrogaciones sobre el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétricos y atiende a la exposición	Expositiva	Lista de cotejo	
	Nuevos conocimientos	Otorgar al grupo nuevas experiencias y conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma obstétricos, mediante una exposición con señalizaciones y preguntas intercaladas.	Exposición de los signos y síntomas de alarma obstétricos con señalizaciones intratextuales, extratextuales y en el discurso. Realiza preguntas intercaladas para el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétricos.	Atiende a la exposición y contesta las preguntas sobre la información.	Expositiva	Presentación power point	Lista de cotejo
	Estrategia señalizaciones					Lista de cotejo	
	Estrategia Preguntas Intercaladas						

	<p>Relación entre nuevos y antiguos conocimientos</p> <p>Estrategia Resumen</p>	Relacionar el conocimiento antes y después de la exposición.	Expone los elementos más importantes con un cuadro sinóptico y pide a los participantes realicen un resumen personal de las experiencias y conocimientos adquiridos.	Elaborar un resumen	Expositiva	<p>Presentación power point</p> <p>Hojas</p> <p>Plumas</p>	<p>Lista de cotejo</p> <p>Resumen elaborado</p>
	Cierre de la sesión	Hacer una síntesis de lo visto en el curso.	Invita a los participantes a realizar una síntesis oral de los contenidos vistos durante el curso.	Participa con sus aportaciones .	Expositiva	Pintarrón, plumones y borrador.	
	Compromisos	Realizar compromisos personales, familiares y laborales de lo aprendido durante el curso.	<p>Sensibiliza al participante de la importancia de realizar compromisos y llevarlos a la práctica.</p> <p>Da las indicaciones para realizarlas.</p> <p>Atiende indicaciones .</p> <p>Elabora compromisos personales, familiares y laborales para aplicar lo aprendido durante el curso.</p>	Se compromete a observar lo indicado por el instructor.	Expositiva	Compromisos	
	Evaluación conocimiento de signos y síntomas		Explica objetivo e indicaciones	Escucha Indicaciones .	Expositiva	Cuestionario	Cuestionario contestado

	de alarma obstétricos		para contestarla. Entrega a cada participante la evaluación.	Recibe, lee y contesta evaluación. Entrega la evaluación al instructor.			
	Entrega de Constancias de Participación	Entregar constancia de participación a los integrantes del curso.	Agradece su participación en el taller y entrega constancias.	Recibe constancia		Constancia de Participación	



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO B. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.

“Efecto de una intervención educativa constructivista en el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a mujeres embarazadas adscritas a la UMF7, delegación Aguascalientes

I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FOLIO:

1.-Nombre: _____

2.- Fecha de aplicación: _____

3.-Número de afiliación _____

4.-Domicilio: _____

Calle y numero

Colonia

Ciudad

CP.

5.-Teléfono-particular: _____

6.- UMF adscripción: _____

7.- Número de consultorio: _____

8. -Turno: _____

9.- Tipo de aseguramiento: _____

- 1 Jubilado o pensionado.
- 2 Continuación voluntaria del régimen obligatorio
- 3 Trabajador
- 4 Esposo (a) del asegurado o jubilado Seguro facultativo

9.- Por quien está asegurada: _____

- 1 Ella misma
- 2 Padres
- 3 Esposo

III.-SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO

1) ¿Qué son signos y síntomas de alarma del embarazo?

- a. Es un virus que se da en el embarazo
- b. Son manifestaciones clínicas que indican que la salud de la madre y del niño están en peligro
- c. Son todas las enfermedades que se dan en el embarazo

2) ¿Conoce usted las diferencias que existe entre signos y síntomas?

- a. Si b. No

3) Podría marcar algunos signos y síntomas de alarma del embarazo.

- a. Parto prematuro, dolor de cabeza y fiebre
- b. Anemia, infección urinaria y caída del cabello
- c. Sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico
- d. Sueño, dolor de espalda, náuseas y vómitos

4) ¿En qué momento las náuseas y vómitos que se presentan en el embarazo se convierten en una señal de alarma?

- a. Cuando me permiten comer o tomar líquidos.
- b. Cuando no permiten comer o tomar líquidos.
- c. Cuando sólo se presenta por las noches
- d. Cuando ingiero alimentos que no son de mi agrado

5) ¿Usted cree que acudir al hospital por presentar un signo o síntoma de alarma del embarazo es una pérdida de tiempo?

- a. Totalmente de acuerdo
- b. En acuerdo.
- c. Indiferente
- d. En desacuerdo.
- e. Totalmente en desacuerdo

6) ¿Cómo diferenciaría usted la pérdida de líquido amniótico de la expulsión de los descensos vaginales?

- a. El líquido no tiene olor y moja la ropa interior,
- b. Es de color amarillo, no tiene olor y moja la ropa interior
- c. Es de color verde claro y no moja la ropa interior
- d. El líquido amniótico huele a lejía y moja la ropa interior

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

7) ¿Cuándo cree usted que la presencia de contracciones uterinas o dolores de parto son una señal de alarma del embarazo?

- a. Cuando son antes de los 8 meses y no son frecuentes
- b. Cuando son después de los 8 meses y son dolorosas
- c. Cuando son antes de los 8 meses, son frecuentes y dolorosas
- d. Cuando son después de los 9 meses

8) ¿Cuándo cree usted que el sangrado vaginal es una señal de alarma del embarazo?

- a. El sangrado es abundante, fluido o con coágulos y puede producir dolores
- b. El sangrado es poco, oscuro, con mucosidad y se presenta más o menos en la fecha de parto.
- c. El sangrado puede ser abundante o poco, acompañado o no de cólicos, con dolor de espalda o dolores de parto
- d. El sangrado es poco y oscuro

9) ¿Cuándo cree usted que su bebe puede estar en peligro?

- a. Cuando mi bebe se mueve mucho
- b. Cuando mi bebe se mueve poco
- c. Cuando mi bebe no se mueve
- d. Cuando mi bebe se mueve demasiado

10) ¿Cómo considera usted al dolor o ardor al orinar durante el embarazo?

- a. Es frecuente y normal en el embarazo
- b. Es frecuente y no es normal en el embarazo
- c. No es frecuente y normal en el embarazo
- d. No es frecuente ni normal en el embarazo

11) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones durante el embarazo es normal?

- a. Visión borrosa zumbido de oído
- b. Dolor de cabeza y fiebre
- c. Sueño, mareos y nauseas
- d. Hinchazón de manos, pies y cara.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

12) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones durante el embarazo es anormal?

- a. Sueño, mareos y nausea.
- b. Ganancia de peso hasta 11 kg. c.
- Movimientos constante del bebe d.
- Hinchazón de manos, pies y cara

13) ¿Cree usted que es normal tener fiebre durante el embarazo?

- a. SI b. NO

14) ¿Cómo considera usted al dolor de cabeza durante el embarazo?

- a. Frecuente y anormal en el embarazo
- b. Frecuente y normal en el embarazo
- c. No es frecuente y es normal en el embarazo
- d. No es frecuente y anormal en el embarazo

ANEXO C. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016
<i>Elección del tema</i>	X					
<i>Acopio de información</i>	X	X	X			
<i>Diseño y elaboración del protocolo</i>		X	X			
<i>Elaboración de la intervención educativas y cuestionarios</i>		X				
<i>Envío de protocolo al comité local</i>			X			
<i>Revisión y modificación de protocolo.</i>				X		

<i>Aceptación por el comité local de investigación</i>				X		
<i>Aplicación de la intervención educativa</i>					X	
<i>Resultados, Discusión y Conclusiones.</i>					X	

ANEXO D. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)”

Nombre del estudio: “Efecto de una intervención educativa participativa en el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a mujeres embarazadas adscritas a la UMF7, delegación Aguascalientes.”

Lugar y Fecha: Aguascalientes, Ags., a 19 de Enero del 2016.

Número de registro ante el comité Local de Investigación en Salud: R-2015-10136

Justificación y objetivo del estudio: Evaluar el efecto de una intervención educativa de tipo participativa en el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a mujeres embarazadas.

Procedimiento: Se me ha explicado que mi participación consistirá en acudir a la sesión de capacitación acerca de signos y síntomas de alarma en el embarazo así como responder los cuestionarios correspondientes para evaluar el efecto de la misma.

Posibles riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales de la capacitación ni de los cuestionarios a aplicar, solo la inversión del tiempo requerido para efectuarlas.

Posibles beneficios que recibirá al participar en este estudio: Se llevara el conocimiento y la capacitación para detectar datos de alarma durante su embarazo, lo cual es de importancia para evitar posibles complicaciones que pudiera presentar. Y se me ha explicado que el presente estudio permitirá al personal de salud mejorar sus técnicas de educación, lo cual es benéfico para próximas capacitaciones.

Participación o retiro: Entiendo que mi participación es voluntaria, y conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento. Así como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de la que no quiera dar respuesta o de la que tenga duda en responder.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme información que se tenga durante el estudio. Aunque esta pudiera cambiar de parecer que yo le sea solicitada, acerca de las dudas que tenga en el momento que sea realizada la intervención educativa o la aplicación del cuestionario.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a investigador responsable: Dra. Erika Vega Silva, Médico familiar, con lugar de trabajo: Unidad de medicina familiar No. 7, Domicilio. Av. Aguascalientes No. 607, Fraccionamiento San Marcos, CP. 20078. Tel.(449) 1635480 Correo electrónico eri.vega.silva@gmail.com. Y Con la Dra. Sara Eleonor Maldonado Fernández, Lugar de trabajo: Hospital general zona 1, adscripción UMF 1 IMSS Aguascalientes. Domicilio José María Chávez No. 1202, Col. Linda Vista, CP. 20270. Tel. trabajo (449) 913902 Correo electrónico sara.eleonor@hotmail.com. En caso de dudas y aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: comisión de ética de investigación de la CNIC del IMSS: Av. Cuauhtémoc 330. 4to piso bloque B de la unidad de congresos, Col. Doctores. México, D.F. CP. 06720. Teléfono (55) 56276900 ext. 21230. Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Sara Eleonor Maldonado Fernández

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1. Nombre, dirección relación y firma

Testigo 2. Nombre, dirección relación y firma

ANEXO E. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Objetivos Específicos.	Dimensión Variables	Concepto	Escala	Ítem	Índices
1. Identificar las características socio demográficas de las mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.	Fecha de nacimiento:	Día con mes y año del nacimiento	Cuantitativa Nominal	II.1.- Fecha de nacimiento:	Día, Mes, Año
	Nivel de estudios	Ultimo año cursado de educación formal.	Cualitativa Ordinal	II.2.- Nivel de estudios	1. Analfabeta (no sabe leer ni escribir) 2. Alfabeto sin escolaridad (sabe leer y escribir) 3. Primaria (terminó primaria y cuenta con certificado) 4. Secundaria (terminó secundaria y cuenta con certificado) 5. Técnico profesional (terminó carrera técnica y cuenta con certificado) 6. Preparatoria (terminó preparatoria y cuenta con certificado) 7. Profesional (terminó carrera universitaria y cuenta con certificado) 8. Otro (terminó algún posgrado y cuenta con certificado)
	Estado civil actual	Estado en que se encuentra una persona acompañada	Cualitativa Nominal	II.3.- Estado civil actual	1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Viuda
	4.- Ocupación actual	Desempeño actual	Cualitativa Nominal	II.4.- Ocupación actual	1. Profesional (medico, licenciado, arquitecto, etc.) 2. Técnicos y personal especializado 3. Trabajadores de la enseñanza 4. Trabajadores del arte, espectáculos, deporte (artistas, futbolistas, etc.) 5. Funcionarios supervisores y de categoría directiva de la administración pública 6. Funcionarios superiores, administradores y propietarios del sector privado, excepto agropecuario. 7. Administradores, gerentes y propietarios del sector agropecuario 8. Inspectores, capataces y mayores en el proceso de producción agropecuaria 9. Trabajadores directos en la producción agropecuaria (pastor, peón del campo etc.) 10. Operadores de máquina y personal de apoyo en procesos de producción agropecuaria (tractoristas, etc.) 11. Supervisores, capataces y personal de control en el proceso de producción industrial

					<p>12. Trabajadores directos en la producción industrial (obrero, torno, etc.)</p> <p>13. Ayudante, auxiliares y peones en el proceso industrial (obreros, ayudantes en general)</p> <p>14. Jefe de departamento, oficinista y trabajador intermedio e inferior (secretaria, analista etc.)</p> <p>15. Comerciantes, vendedores, dependientes y agente de ventas</p> <p>16. Vendedor sin establecimiento fijo (todos los ambulantes)</p> <p>17. Trabajadores en servicios públicos y personales, excepto domésticos (intendentes, etc.)</p> <p>18. Trabajador en servicios domésticos</p> <p>19. Operador y conductor de equipo de transporte excepto chóferes particulares</p> <p>20. Trabajador de las fuerzas armadas y de servicios de protección y vigilancia (cabo, policía bombero)</p> <p>21. Trabajos artesanales</p> <p>22. Empleados</p> <p>23. Hogar</p> <p>24. Jubilados / pensionados</p> <p>25. Estudiante.</p> <p>26. No realiza actividad laboral</p> <p>99 No aplica</p>
--	--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Objetivos Específicos	Dimensión Variables	Concepto	Escala	Ítem	Índices
1. Identificar los antecedentes Gineco-Obstétricos de las mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.	Edad Gestacional	Semanas de gestación	Cuantitativa Continua	III.-1.- Edad Gestacional	Número de semanas de gestación
	Número de Gesta	Numero de embarazo que cursa actualmente	Cuantitativa Ordinal	III. 2.- Número de Gesta	1,2,3,4,5,6 o mas
	Fecha de Última Menstruación	Primer día de sangrado de la última fecha de menstruación.	Cuantitativa Nominal	III. 3.- Fecha de Última Menstruación	Día, Mes, Año
	Menarca	Fecha del primer episodio del sangrado vaginal	Cuantitativa Nominal	III. 4.- Menarca	Año
	Inicio de Vida Sexual Activa	Fecha del inicio del debut sexual.	Cuantitativa Ordinal	III. 5.- Inicio de Vida Sexual Activa	Años de edad
	Número de Embarazos	Numero de concepciones dentro y fuera del útero materno	Cuantitativa Ordinal	III. 6.- Número de Embarazos	1,2,3,4,5,6 o mas
	Abortos	Número de abortos	Cuantitativa Ordinal	III.7.- Abortos	1,2,3,4,5,6 o mas

		Nuevos conocimientos	Aprende nuevos conocimientos	Cuantitativa Nominal	¿Realizo actividades para aprender nuevos conocimientos en signos y síntomas de alarma obstétricos?	a. SI b. NO
	Relación entre nuevos y antiguos Conocimientos	Integración	Relaciona el conocimiento previo con el conocimiento nuevo	Cuantitativa Nominal	¿Relaciono el conocimiento previo con el conocimiento nuevo en signos y síntomas de alarma obstétricos?	a. SI b. NO
		Nuevo sistema de integración	Realiza actividades para utilizar lo aprendido	Cuantitativa Nominal	¿Realizo actividades para utilizar lo aprendido de signos y síntomas de alarma en el embarazo?	a. SI b. NO

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARTICIPATIVA PARA FORTALECER CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICOS A MUJERES EMBARAZADAS DE BAJO RIESGO ADSCRITAS A LA UMF 7, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

MANUAL OPERACIONAL

La propuesta didáctica está dirigida mujeres embarazadas que acuden a control prenatal a la unidad de medicina familiar N° 7 en Aguascalientes y que estén inscritas al grupo de trabajo social; en la propuesta de intervención educativa se aborda el tema de los signos y síntomas de alarma obstétricos.

El tipo de actividades que se desarrollaran en el curso son demostrativas y participativas, la duración es de 4 horas en una sesión para su aplicación.

Objetivo General de la Intervención Educativa en Aprendizaje Significativo.

Identificar el conocimiento que adquirieron las mujeres embarazadas sobre los signos y síntomas de alarma obstétricos en la intervención educativa constructivista.

Objetivo Específico de la Intervención Educativa en Aprendizaje Significativo.

Las mujeres embarazadas identifiquen los signos y síntomas de alarma obstétricos: Náuseas y vómitos excesivos, presencia de hemorragia, pérdidas transvaginales de líquido amniótico, presencia de contracción uterina, disminución de la movilidad fetal, cefalea, dolor de cabeza, acufenos, fofeno, edema de miembros inferiores, fiebre o temperatura mayor a 38°, disuria y flujo transvaginal o perdida transvaginal anormal.

Textos o materiales a emplear

La presente propuesta didáctica se basa en Estrategias docentes para un aprendizaje significativo y un manual de estrategias participativas, la cual describe a detalle cada una de estas estrategias y proporciona ejemplos didácticos para su implementación.

Los materiales a emplear se describen por sesión y están explícitos en la siguiente sección de la metodología específicamente en los planes de sesión

Metodología

Para la implementación de la propuesta didáctica se llevara a cabo el siguiente proceso:

- d) Exposición por parte de los expertos en signos y síntomas de alarma obstétricos.
- e) Discusión activa de por parte de las mujeres embarazadas sobre los signos y síntomas de alarma obstétricos.
- f) Trabajo en equipos para la implementación de estrategias de enseñanza.

PLAN DE SESIÓN PROYECTO: Se utilizara varias técnicas participativas de acuerdo al objetivo deseado en cada una de ellas.

1.- BIENVENIDA Y PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTOR AL CURSO Y PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTOR. Proporciona la bienvenida al grupo y se presenta. Formación de la comunidad de aprendizaje. PRESENTACIÓN GRUPAL Presentación de todos los integrantes del grupo

Técnica de Presentación “Los curiosos”: Pide se coloquen de pie en herradura y se presenten de manera individual mencionando: Nombre y una pregunta sobre algún dato del embarazo que quiera conocer de otra integrante del grupo. Se presentan y contestan las preguntas indicadas. Finalidad: generar un clima de confianza, motivación y participación.

Se utilizar 2 técnicas: la de presentación, y la de rompehielos. Con la finalidad de Darnos a conocer y crear un ambiente de confianza, motivación y participación.

2.- PRESENTACIÓN DE OBJETIVOS, CONTENIDO TEMÁTICO Y CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: Entrega tríptico del curso y explica el objetivo, contenido temático, metodología, formas de evaluación y lineamientos generales a considerar durante el curso. Y el contenido de la carta de consentimiento informado Presenta una breve introducción de cada uno de los temas que se abordarán. Atiende exposición y participa con comentarios y dudas sobre los objetivos del taller y la forma de trabajo.

El participante identificará los objetivos, los temas y subtemas del curso, así como el contenido de la carta de consentimiento informado.

3.- DETECCIÓN DE EXPECTATIVAS: Pregunta las expectativas que se tienen de la intervención y explica el alcance del curso.: Se les solicita anotar expectativas, y que las comparta con sus compañeros.

Aquí al final introduciremos la primera parte del cuestionario:

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS:

Esta parte pretende 2 objetivos: Identificar las expectativas de las participantes y responder la primer parte del cuestionario.

4.- EXPERIENCIAS PREVIAS: Realiza preguntas dirigidas a todas las integrantes del grupo sobre las experiencias previas del tema.

~~Objetivo: obtener la información sobre los conocimientos previos de las participantes sobre los signos y síntomas de alarma obstétricos~~

5.- ESTRATEGIA ACTIVIDAD FOCAL INTRODUCTORIA: utiliza una técnica interrogativa sobre el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétricos, presenta títulos y subtítulos así como palabras claves.

También pretende conocer tanto expectativas como los conocimientos previos acerca de los signos y síntomas de alarma en el embarazo incluyendo sus complicaciones.

6.- NUEVOS CONOCIMIENTOS: Utiliza la técnica tradicional expositiva para dar a conocer el tema de signos y síntomas de alarma y sus complicaciones basado en las Guías de recomendación, impartida por el médico residente y trabajadora social Y además realiza señalizaciones y preguntas intercaladas

Objetivo: otorgar al grupo nuevas experiencias y conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma obstétricos

7.- RELACIÓN ENTRE NUEVOS Y ANTIGUOS CONOCIMIENTOS: utiliza técnica resumen Expone los elementos más importantes con un cuadro sinóptico y pide a las participantes realicen un resumen personal de las experiencias y conocimientos adquiridos

Objetivo: Relacionar el conocimiento antes y después de la exposición

8.- CIERRE DE LA SESIÓN: Invita a los participantes a realizar una síntesis oral de los contenidos vistos durante el curso, aquí participa con sus aportaciones.

Objetivo: Hacer una síntesis de lo visto en el curso.

9.-COMPROMISOS: Elaborar compromisos personales, familiares y laborales para aplicar lo aprendido durante el curso. Las pacientes se comprometen a observar lo indicado por el instructor.

Objetivo: Realizar compromisos personales, familiares y laborales de lo aprendido durante el curso. Sensibiliza al participante de la importancia de realizar compromisos y llevarlos a la práctica.

10.- EVALUACIÓN CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICOS: Explica objetivo e indicaciones para contestarla y entrega a cada participante la evaluación.

Para el apartado de Signos y Síntomas de Alarma en el Embarazo, se realizó una revisión de la literatura, para determinar el cuestionario más adecuado para la

investigación. Se consideró como mejor opción la escala elaborada por Flores- Bazán, MN e Ylatoma Meléndez, C., la cual consta de 14 preguntas, cada una de ellas con una valoración de 05 puntos que dan una suma total de 70.

El Instrumento de evaluación consta con una cedula de validación donde determina por el experto Vargas Dazza L, que dicho instrumento reunió en forma buena los siguientes indicadores para su aplicación: Claridad y Precisión, Coherencia, Validez, Organización, Confiabilidad, Control de Sesgo, Orden, Marco de Referencia, Extensión e Inocuidad.

Objetivo: Determinar por medio de un puntaje el conocimiento en Alto, Medio o bajo.

11-. ENTREGA DE CONSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN: Entregar constancia de participación a los integrantes del curso.

Objetivo: Agradecer su participación en el taller y entrega constancias.