



249
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**INFLUENCIA DE LA CAPACITACION MATERNO -
INFANTIL EN LA SALUD PERINATAL DE LAS
PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE,
EN EL D. F.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A N .

**ALMA JUANA JIMENEZ PEDRO
MARIA ISABEL CORTES CAMACHO**

**CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA
CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO**

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

	PAGS.
INTRODUCCION	1
CAPITULOS.	
1. <u>FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION</u>	4
1.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA	4
1.2. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	5
1.3. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	5
1.4. UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO	6
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	7
1.5.1. General	7
1.5.2. Específicos	7
2. <u>MARCO TEORICO DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO</u>	8
2.1. CAPACITACION MATERNO-INFANTIL	8
2.1.1. Concepto de capacitación	8
2.1.2. Diferencia entre capacitación y adiestramiento	9
2.1.3. Antecedentes de la capacitación	9
2.1.4. Objetivos de la capacitación.....	12
2.1.5. Papel de la capacitación y el adiestramiento dentro del fenómeno de cambio..	13
2.1.6. Métodos de entrenamiento o capacitación	16

PAGS.

2.1.7. Métodos didácticos auxiliares para el entrenamiento o capacitación	17
2.1.7.1. Técnica para el manejo de grupo	18
2.1.8. Aspectos legales del entrenamiento o capacitación	19
2.1.8.1. La obligación legal de capa- citar	19
2.1.8.2. Personal que debe sujetarse al entrenamiento	21
2.1.8.3. Requisitos legales de los planes y programas de entre- namiento	22
2.1.8.4. Tiempo y lugar en que deberá impartirse el entrenamien- to	24
2.1.8.5. Personas o entidades que pue- den legalmente impartir el en- trenamiento	26
2.1.9. Concepto de capacitación materno-in- fantil	26
2.1.10. Programa Nacional de Atención Mater- no-Infantil	27

	PAGS.
2.1.11. Atención primaria materno-infantil...	29
2.1.12. Educación de la sexualidad humana....	31
2.1.12.1. Concepto de sexualidad	32
2.1.12.2. Objetivos y fundamentos de la educación de la sexua- lidad	35
2.1.12.3. Participación de los padres en la educación sexual de los niños	36
2.1.13. Importancia de la capacitación de psi- coprofilaxis	39
2.1.14. Importancia de la capacitación mater- na sobre el manejo y cuidados al re- ción nacido	40
2.1.15. Alojamiento conjunto madre-hijo en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zara- goza" del ISSSTE, en el D.F.	42
2.1.16. Participación del personal de enfer- mería en la capacitación materno-in- fantil	44
2.2. SALUD PERINATAL.....	46
2.2.1. Concepto de salud	46
2.2.2. Concepto de Perinatología	47

	PAGS.
2.2.3. Concepto de educación perinatal	50
2.2.4. Historia reciente de la educación ma- terno-infantil en México	50
2.2.5. Psicoprofilaxis perinatal	53
2.2.5.1. Participación del compañero..	54
2.2.5.2. Uso moderado de la anestesia.	54
2.2.5.3. Consulta pre-anestésica du- rante el embarazo	55
2.2.5.4. Alimentación inmediata al se- no materno	56
2.2.5.5. Alojamiento conjunto madre- hijo.....	57
2.2.5.6. Manejo inmediato del recién nacido	57
2.2.5.7. Seguimiento del recién nacido.	58
2.2.6. Atención prenatal	59
2.2.6.1. Historia clínica	59
2.2.7. Atención gestacional	62
2.2.7.1. Atención clínica subsiguiente.	63
2.2.7.2. Atención nutricional	63
2.2.7.3. Atención higiénica general...	64
2.2.8. Atención posnatal	67
2.2.9. Características biopsicosociales del binomio	69

	PAGS.
2.2.10. Salud Infantil	71
2.2.10.1. Recién nacido	71
2.2.10.2. Lactante	73
2.2.10.3. Pre-escolar y escolar	74
2.2.11. Control de la natalidad	76
2.2.12. Factores de riesgo en el embarazo ..	79
2.2.12.1. Factores del Microambiente.	80
2.2.12.2. Factores del Macroambiente.	81
2.2.12.3. Factores del Matroambiente.	84
- Factores biológicos.....	84
- Factores obstétricos.....	86
- Factores psicológicos ...	87
3. <u>METODOLOGIA</u>	89
3.1. HIPOTESIS	89
3.1.1. General	89
3.1.2. De trabajo	89
3.1.3. Nula	89
3.2. VARIABLES	89
3.2.1. Variable independiente	89
-Indicadores	90
3.2.2. Variable dependiente	91
-Indicadores	91
3.3. TIPO Y DISEÑO	92

	PAGS.
3.3.1. Tipo	93
3.3.2. Diseño	93
3.4. TECNICAS DE INVESTIGACION UTILIZADAS	93
3.4.1. Ficha de trabajo	93
3.4.2. Cuestionarios	94
4. <u>INSTRUMENTACION ESTADISTICA</u>	96
4.1. UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA	96
4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS	96
4.3. COMPROBACION DE HIPOTESIS	185
4.4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	189
5. <u>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</u>	203
5.1. CONCLUSIONES	203
5.2. SUGERENCIAS	205
6. <u>APENDICE</u>	210
7. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	222
8. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	236

INDICE DE CUADROS

PAGS.

CUADRO No. 1:	ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	97
CUADRO No. 2:	EDAD DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	99
CUADRO No. 3:	RELIGION DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	101
CUADRO No. 4:	ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. ..	103
CUADRO No. 5:	CONOCIMIENTO SOBRE LA EDUCACION SEXUAL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	105
CUADRO No. 6:	ASISTENCIA A CONSULTA MEDICA DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	105

PAGS.

CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. .. 107

- CUADRO No. 7: IMPORTANCIA DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 109
- CUADRO No. 8: CONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS ANATOMO-FISIOLOGICOS QUE OCURREN DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 111
- CUADRO No. 9: IMPORTANCIA DE LA CONSULTA MEDICA PRE NATAL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 113
- CUADRO No. 10: ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 115
- CUADRO No. 11: MEDIDAS HIGIENICAS DURANTE EL EMBARA-

PAGS.

- ZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARA
GOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 117
- CUADRO No. 12: AÑOS DE DIFERENCIA ENTRE LOS DOS ULTI
MOS HIJOS DE LAS PACIENTES OBSTETRI-
CAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA
CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. .. 119
- CUADRO No. 13: CONOCIMIENTO DE LOS METODOS DE PLANI-
FICACION FAMILIAR POR LAS PACIENTES
OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE,
EN EL D.F. 121
- CUADRO No. 14: CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIES-
GO DURANTE EL EMBARAZO POR LAS PACIEN
TES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE,
EN EL D.F. 123
- CUADRO No. 15: CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS QUE CAU
SA EL EMBARAZARSE CUANDO EXISTEN EN-
FERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS EN
LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPI-
TAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

	PAGS.
DEL ISSSTE, EN EL D.F.	125
CUADRO No. 16: MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES ORSTETRICAS DEL HOSPI- TAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	127
CUADRO No. 17: CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS QUE CAU- SA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO DU- RANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	129
CUADRO No. 18: EDAD ADECUADA PARA QUE LA MUJER SE EM- BARAZE, SEGUN LAS PACIENTES OBSTETRI- CAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA- CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. ..	131
CUADRO No. 19: CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SINTOMAS DEL TRABAJO DE PARTO DE LAS PACIENTES OBS- TETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	133
CUADRO No. 20: CONOCIMIENTO DEL MANEJO DEL RECIEN NA	

PAGS.

CIDO EN EL HOGAR DE LAS PACIENTES OB <u>S</u> TETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	135
CUADRO No. 21: CONOCIMIENTOS SOBRE EL TIEMPO DE DES- TETE Y ABLACTACION DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	137
CUADRO No. 22: IMPORTANCIA DE ALIMENTAR AL RECIEN NA CIDO AL SENO MATERNO SEGUN LAS PACIEN <u>N</u> TES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	139
CUADRO No. 23: IMPORTANCIA DE LA VACUNACION AL RE- CIEN NACIDO SEGUN LAS PACIENTES OBSTE <u>E</u> TRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	141
CUADRO No. 24: PARTICIPACION DEL ESPOSO EN LA ATEN- CION DEL BEBE DE LAS PACIENTES OBSTE- TRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL.	

PAGS.

IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	143
CUADRO No. 25: COMO REALIZAN EL BAÑO EN EL RECIEN NA CIDO LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOS PITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGO- ZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	145
CUADRO No. 26: REALIZACION DEL ASEO AL CORDON UMBILI CAL POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARA GOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	147
CUADRO No. 27: ALIMENTACION AL SENO MATERNO POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL RE GIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	149
CUADRO No. 28: LIMPIEZA DE LOS SENOS POR LAS PACIEN- TES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	151
CUADRO No. 29: MEDIDAS HIGIENICAS QUE REALIZAN AL PREPARAR LOS BIBERONES LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL	

PAGS.

	"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	153
CUADRO No. 30:	ESTIMULACION TEMPRANA EN EL RECIEN NA CIDO POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	155
CUADRO No. 31:	DETECCION OPORTUNA DE DEFECTOS AL NA- CIMIENTO POR LAS PACIENTES OBSTETRI- CAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA- CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. ..	157
CUADRO No. 32:	CONOCIMIENTO DE LA APLICACION DE LAS VACUNAS EN EL NIÑO EN SU PRIMER AÑO DE VIDA POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	159
CUADRO No. 33:	EDAD DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	161
CUADRO No. 34:	PESO DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL	

PAGS.

- "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE,
EN EL D.F. 163
- CUADRO No. 35: TALLA DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIEN-
TES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE,
EN EL D.F. 165
- CUADRO No. 36: TIEMPO DE ALIMENTACION AL SENO MATERNO
POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOS-
PITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGO-
ZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 167
- CUADRO No. 37: EDAD DE ABLACTACION DEL ULTIMO HIJO
DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOS-
PITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGO-
ZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 169
- CUADRO No. 38: TIEMPO DE CONVIVENCIA MADRE-HIJO DE
LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPI-
TAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
DEL ISSSTE, EN EL D.F. 171
- CUADRO No. 39: MEDIDAS HIGIENICAS QUE TIENEN CON SU
HIJO AL DARLE DE COMER LAS PACIENTES
OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL

PAGS.

	"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	173
CUADRO No. 40:	RELACIONES SEXUALES DURANTE EL PUE- PERIO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARA GOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	175
CUADRO No. 41:	TECNICA DE LIMPIEZA VULVO PERINEAL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	177
CUADRO No. 42:	METODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZAN LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL RE GIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	179
CUADRO No. 43:	REVISION MEDICA DESPUES DEL PUERPERIO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOS- PITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGO- ZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	181
CUADRO No. 44:	DETECCION DE SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO POR LAS PACIENTES OBSTE- TRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL.	

PAGS.

IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL

D.F. 183

INDICE DE GRAFICAS

PAGS.

- GRAFICA No. 1: ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 98
- GRAFICA No. 2: EDAD DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 100
- GRAFICA No. 3: RELIGION DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 102
- GRAFICA No. 4: ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. .. 104
- GRAFICA No. 5: CONOCIMIENTO SOBRE EDUCACION SEXUAL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 106
- GRAFICA No. 6: ASISTENCIA A CONSULTA MEDICA DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 108

PAGS.

CICLO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. .. 108

GRAFICA No. 7: IMPORTANCIA DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 110

GRAFICA No. 8: CONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS ANATOMO-FISIOLOGICOS QUE OCURREN DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 112

GRAFICA No. 9: IMPORTANCIA DE LA CONSULTA MEDICA PRENATAL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 114

GRAFICA No.10: ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 116

GRAFICA No.11: MEDIDAS HIGIENICAS DURANTE EL EMBARAZO

PAGS.

- ZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARA
GOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 118
- GRAFICA No.12: AÑOS DE DIFERENCIA ENTRE LOS DOS ULTI
MOS HIJOS DE LAS PACIENTES OBSTETRI-
CAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA
CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. .. 120
- GRAFICA No.13: CONOCIMIENTO DE LOS METODOS DE PLANI-
FICACION FAMILIAR POR LAS PACIENTES
OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE,
EN EL D.F. 122
- GRAFICA No.14: CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIES-
GO DURANTE EL EMBARAZO POR LAS PACIEN
TES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE,
EN EL D.F. 124
- GRAFICA No.15: CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS QUE CAU
SA EL EMBARAZARSE CUANDO EXISTEN EN-
FERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS EN
LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPI-
TAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

	PAGS.
DEL ISSSTE, EN EL D.F.	126
GRAFICA No.16: MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPI- TAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	128
GRAFICA No.17: CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS QUE CAU SA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO DU- RANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	130
GRAFICA No.18: EDAD ADECUADA PARA QUE LA MUJER SE EM BARAZE, SEGUN LAS PACIENTES OBSTETRI- CAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. ..	132
GRAFICA No.19: CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SINTOMAS DEL TRABAJO DE PARTO DE LAS PACIENTES OBS TETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	134
GRAFICA No.20: CONOCIMIENTO DEL MANEJO DEL RECIEN NA	

PAGS.

CIDO EN EL HOGAR DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 136

GRAFICA No.21: CONOCIMIENTO SOBRE EL TIEMPO DE DESTETE Y ABLACTACION DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 138

GRAFICA No.22: IMPORTANCIA DE ALIMENTAR AL RECIEN NACIDO AL SENO MATERNO SEGUN LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 140

GRAFICA No.23: IMPORTANCIA DE LA VACUNACION AL RECIEN NACIDO SEGUN LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 142

GRAFICA No.24: PARTICIPACION DEL ESPOSO EN LA ATENCION DEL BEBE DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL.

PAGS.

IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	144
GRAFICA No.25: COMO REALIZAN EL BAÑO EN EL RECIEN NA CIDO LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOS PITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGO- ZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	146
GRAFICA No.26: REALIZACION DEL ASEO AL CORDON UMBILI CAL POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARA GOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	148
GRAFICA No.27: ALIMENTACION AL SENO MATERNO POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL RE GIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	150
GRAFICA No.28: LIMPIEZA DE LOS SENOS POR LAS PACIEN- TES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	152
GRAFICA No.29: MEDIDAS HIGIENICAS QUE REALIZAN AL PREPARAR LOS BIBERONES LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL	

PAGS.

"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	154
GRAFICA No.30: ESTIMULACION TEMPRANA EN EL RECIEN NA CIDO POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	156
GRAFICA No.31: DETECCION OPORTUNA DE DEFECTOS AL NA- CIMIENTO POR LAS PACIENTES OBSTETRI- CAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. ..	158
GRAFICA No.32: CONOCIMIENTO DE LA APLICACION DE LAS VACUNAS EN EL NIÑO EN SU PRIMER AÑO DE VIDA POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	160
GRAFICA No.33: EDAD DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.	162
GRAFICA No.34: PESO DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL	

PAGS.

- "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE,
EN EL D.F. 164
- GRAFICA No.35: TALLA DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIEN-
TES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE,
EN EL D.F. 166
- GRAFICA No.36: TIEMPO DE ALIMENTACION AL SENO MATERNO
POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOS-
PITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGO-
ZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 168
- GRAFICA No.37: EDAD DE ABLACTACION DEL ULTIMO HIJO
DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOS-
PITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGO-
ZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 170
- GRAFICA No.38: TIEMPO DE CONVIVENCIA MADRE-HIJO DE
LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPI-
TAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
DEL ISSSTE, EN EL D.F. 172
- GRAFICA No.39: MEDIDAS HIGIENICAS QUE TIENEN CON SU
HIJO AL DARLE DE COMER LAS PACIENTES
OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL

PAGS.

"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE,
EN EL D.F. 174

GRAFICA No.40: RELACIONES SEXUALES DURANTE EL PUER-
PERIO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARA
GOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 176

GRAFICA No.41: TECNICA DE LIMPIEZA VULVO PERINEAL DE
LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL
REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL
ISSSTE, EN EL D.F. 178

GRAFICA No.42: METODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZAN LAS
PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL RE
GIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL
ISSSTE, EN EL D.F. 180

GRAFICA No.43: REVISION MEDICA DESPUES DEL PUERPERIO
DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOS-
PITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGO-
ZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F. 182

GRAFICA No.44: DETECCION DE SIGNOS DE ALARMA DURANTE
EL PUERPERIO POR LAS PACIENTES OBSTE-
TRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL.

PAGS.

IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL

D.F. 184

INTRODUCCION

La presente tesis tiene como finalidad conocer cómo influye la capacitación materno-infantil en la salud perinatal en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F.; ya que aun cuando en México existen programas de capacitación materno-infantil en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F., no hay datos evidentes de que estos programas se lleven a cabo en los tres niveles de atención.

Lo anterior se ha observado en el transcurso de las prácticas hospitalarias realizadas durante el octavo semestre de la Lic. en Enfermería y Obstetricia, ya que dicha capacitación materno-infantil ha sido proporcionada a través de charlas educativas por estudiantes que realizan sus prácticas y no por el personal que labora en las diferentes instituciones de salud. Este personal se enfoca más hacia los aspectos curativos que a los preventivos, sin tomar en cuenta que los problemas de salud materno-infantil pueden subsanarse hasta cierto grado mediante la capacitación; es decir, persuadiendo a la gente para que haga modificaciones en favor de la salud.

Por lo anterior, se deduce que al no existir capacitación

materno-infantil, la salud perinatal se ve afectada.

Se ha escogido este tema porque es interesante, novedoso, y además, porque no hay trabajos escritos que hablen al respecto.

En la tesis se engloban en el capítulo primero la fundamentación del tema de investigación, la descripción de la situación problema, la identificación del problema, la justificación de la investigación, la ubicación del tema de estudio y los objetivos.

En el capítulo segundo se presenta el marco teórico de las variables en estudio, que incluyen la capacitación materno-infantil y la salud perinatal.

En el capítulo tercero aparecen la metodología, donde se mencionan las hipótesis general, de trabajo y nula; las variables independiente y dependiente; el tipo y el diseño de investigación y los métodos, técnicas y procedimientos utilizados.

En el capítulo cuarto se presenta la instrumentación estadística: con el universo, la población y la muestra; el procesamiento de datos, la comprobación de hipótesis, y el aná

lisis e interpretación de resultados.

En los capítulos finales se presentan las conclusiones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.

1.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.

Durante la estancia en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, que comprendió un período de seis meses (del 4 de mayo al 31 de octubre de 1988), se observó la falta de capacitación materno-infantil a la población ginecoobstétrica que acude en demanda del servicio.

Dicha capacitación se ve truncada por falta de iniciativa, interés y conocimiento por parte del personal de salud respecto de la existencia del Programa Materno-Infantil de la institución. Otras de las causas son la gran demanda de la población a este servicio, así como la falta de recursos humanos para impartir capacitación, además que el área física no es la adecuada para proporcionar dicho apoyo, ya que no se cuenta con instalaciones apropiadas para ello.

Por todo lo anterior, las pacientes desconocen aspectos importantes como el manejo del recién nacido, la alimentación al seno materno, la estimulación temprana, la alimentación artificial, el crecimiento y desarrollo normal del recién nacido, la detección oportuna de defectos al nacimiento, cambios anatómo-fisiológicos del puerperio, y la selección

oportuna y eficaz de una metodología de planificación familiar.

Como consecuencia del desconocimiento de estos aspectos básicos, las pacientes acuden a los servicios de urgencias gineco-obstétricas y pediátricas por problemas banales, los cuales pueden ser prevenibles a través de la capacitación materno-infantil y resueltos en la práctica por las pacientes en su hogar.

1.2. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

Existe influencia entre la capacitación materno-infantil y la salud perinatal de las pacientes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F.?

1.3. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.

En el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE en el D.F., existe un Programa Materno-Infantil al cual no le da ninguna relevancia el personal de salud que labora en dicha institución.

Dado lo anterior, esta investigación se justifica; porque a partir de ella será posible obtener en primer lugar la iden

tificación real del problema y su envergadura. En segundo lugar, presentar un diagnóstico veraz y objetivo. En tercer lugar, se justifica porque con los datos obtenidos se podrán presentar propuestas encaminadas a dar solución a la problemática presentada.

1.4. UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO.

El tema de investigación se ubica en Pedagogía, Obstetricia, Pediatría, Fisiopatología Perinatal y Perinatología.

En Pedagogía, porque nos muestra las diferentes técnicas y recursos didácticos aplicables para proporcionar educación intrahospitalaria y en comunidad.

En Obstetricia, porque le conciernen los fenómenos del embarazo, el parto y el puerperio.

En Pediatría, porque ésta enseña todo lo relacionado al producto fuera del útero; lo referente a su alimentación, crecimiento y desarrollo e inmunizaciones.

En Fisiopatología Perinatal, porque ayudará a la siguiente investigación, ya que nos enseña el curso de la enfermedad y sus repercusiones en el binomio madre-hijo.

En Perinatología, porque se relaciona con los aspectos clínicos de la mujer sana en edad de procreación, del embarazo, del parto, de la expulsión de la progenie, del amamantamiento del nuevo ser, de su estimulación temprana y adecuada para un mejor desarrollo y crecimiento del recién nacido.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1.5.1. General.

Analizar la influencia que existe entre la capacitación materno-infantil en la salud perinatal de las pacientes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F.

1.5.2. Específicos.

- Conocer el nivel de capacitación materno-infantil que tienen las pacientes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F.

- Conocer el nivel de salud perinatal de las pacientes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F.

2. MARCO TEORICO DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO.

2.1. CAPACITACION MATERNO-INFANTIL.

2.1.1. Concepto de capacitación.

"La capacitación consiste en una actividad planeada y basada en necesidades reales de una empresa y orientada hacia un cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes del colaborador". (1)

Para Agustín Reyes Ponce, la "capacitación supone dar al candidato elegido, la preparación teórica que requerirá para llevar su puesto futuro con eficiencia". (2)

Por lo cual se deduce que la capacitación es una actividad enfocada a modificar las aptitudes de un individuo para que éste desarrolle mejor sus actividades, mediante cursos formales extras o interempresariales, utilizando métodos y medios idóneos.

-
- (1). Alfonso Siliceo, Capacitación y desarrollo de personal. Ed. Limusa, México, 1980, p.20.
(2). Agustín Reyes Ponce, Administración de empresas, teoría y práctica. Ed. Limusa, México, 1983, p.271.

2.1.2. Diferencia entre capacitación y adiestramiento.

"El adiestramiento se entiende como la habilidad o destreza adquirida, por regla general, en el trabajo preponderantemente físico". Desde este punto de vista el adiestramiento se imparte a los empleados de menor categoría y a los abremos en la utilización y manejo de máquinas y equipos.

"La capacitación tiene un significado más amplio. Incluye el adiestramiento, pero su objetivo principal es proporcionar conocimientos, sobre todo en los aspectos técnicos del trabajo. En esta virtud la capacitación se imparte a empleados cuyo trabajo tiene un aspecto intelectual bastante importante". (3)

Por lo tanto para poder capacitar y adiestrar a las pacientes en el manejo teórico-práctico, tanto del recién nacido como de ellas mismas, es importante que el personal de Enfermería tenga los conocimientos necesarios para poder transmitir esta información.

2.1.3. Antecedentes de la capacitación.

(3). Alfonso Siliceo, op. cit., p.13.

El fenómeno de la educación es tan antiguo como el hombre mismo. El proceso de aprendizaje, eje de acción educativa y entrenamiento, era claro en los primeros intentos por enseñar a intercambiar habilidades en los pueblos primitivos.

Los aprendices que se conocen desde 2,000 años A.C., y la estructura de los gremios y asociaciones constituyen un antecedente remoto de la actual educación. En la primera mitad del siglo XVIII aparecen innumerables escuelas industriales cuyas metas son lograr el mayor conocimiento de los métodos y procedimientos de trabajo, en el menor tiempo posible. En nuestro siglo, en el año de 1915 aparece en los Estados Unidos un método de enseñanza, aplicado al entrenamiento militar, conocido como Método de los cuatro pasos, que son: Mostrar, Decir, Hacer y Comprobar.

Las dos guerras sufridas en este siglo dieron lugar al desarrollo de técnicas de entrenamiento y capacitación intensiva, cuyos métodos se han ajustado a otros campos de la acción humana, especialmente en la industria. En 1940 fue cuando se comenzó a entender que la labor del entrenamiento debía ser una función organizada y sistematizada, en la cual la figura del instructor adquiere especial importancia. Hace 12 ó 15 años que, en México, las empresas públicas y privadas le dieron importancia a la educación y el entrena-

miento. Existen asociaciones que promueven la capacitación empresarial.

- Momento Actual.

El tema de la capacitación cobra mayor interés, dado que la cantidad de personal con escolaridad media y superior es mínima, es decir, el número de profesionistas, bachilleres y personal capacitado y especializado en algunas áreas es, definitivamente, desconsolador.

Son contadas las empresas que han establecido programas permanentes de educación para sus empleados.

En México existe una enorme demanda de personal calificado, que las universidades y diferentes instituciones de enseñanza no están en posibilidad de ofrecer; por lo cual es necesario que tanto las organizaciones públicas como las empresas privadas establezcan programas periódicos de educación, brindando, así, el tipo de enseñanza necesaria para que se realice el trabajo con mayor eficacia. (4)

Por todo lo anterior, se deduce que la capacitación no es

(4). Alfonso Siliceo, op. cit. pp. 14-15.

una idea que haya surgido en la actualidad, puesto que se encuentran antecedentes 2,000 años A.C..

Dada la evolución de la tecnología y la falta de personal calificado, es necesario mantener al personal actualizado con el fin de que desarrolle su trabajo en forma óptima.

2.1.4. Objetivos de la capacitación.

El artículo 153-F de la Ley federal del trabajo (L.F.T.) establece que la capacitación y el adiestramiento deberán tener por objeto:

- I- Actualizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades del trabajador en su actividad, así como proporcionarle información sobre la aplicación de nueva tecnología en ella;
- II- Preparar al trabajador para ocupar una vacante o puesto de nueva creación;
- III- Prevenir riesgos de trabajo;
- IV- Incrementar la productividad; y
- V- En general, mejorar las aptitudes del trabajador.

El artículo 153-A habla del derecho que tiene todo trabajador a que su patrón le proporcione capacitación o adiestramiento en su trabajo que le permita elevar su nivel de vida

y productividad. (5)

2.1.5. Papel de la capacitación y el adiestramiento dentro del fenómeno de cambio.

El cambio, cada día más rápido, es el fenómeno más representativo de nuestra época.

Las organizaciones de nuestro tiempo, si quieren subsistir y desarrollarse, deben reaccionar adecuadamente a los cambios que comporta su entorno, cambios tecnológicos, económicos, jurídicos, sociales, etc.

Las áreas de la organización que resultan afectadas por el cambio son:



La afectación de una de las áreas repercute inevitablemente en las dos restantes.

El área de la CULTURA se integra por los intereses, tradi-

(5). Agustín Monroy Enríquez, Selección y Capacitación de Personal. Ed. Diagnóstico Administrativo por computador, s/l, s/a, p.66.

ciones, costumbres, valores y actitudes del personal.

Algunos de los problemas que el cambio puede producir en el ámbito de la cultura son:

Inseguridad en el personal, resistencia al cambio, descontento económico, no resistencia a la presión, falta de conocimientos, desajustes en las relaciones, y falta de integración. (6)

Por lo tanto, las acciones de la capacitación en este aspecto de la organización para ayudarlo a superar los efectos negativos, se pueden dirigir a lo siguiente:

Producir en el personal conciencia y flexibilidad al cambio; explicar y aclarar el sistema administrativo de sueldos; tratamiento de otros niveles de motivación además del económico; integración de personal; formación de grupos de trabajo y actualización de conocimientos. Con estos puntos se pueden superar los efectos negativos que el cambio podría producir.

En el ámbito de la ESTRUCTURA de la organización se encuentran la estructura organizacional, los objetivos y las metas, la distribución de funciones y responsabilidades,

(6). Ibidem., p.58.

los reglamentos y los sistemas de control.

En relación con esta área, el cambio suele producir afectaciones como:

Confusiones acerca de la estructura organizacional, descubrimiento de nuevos objetivos, políticas; desequilibrio en las cargas de trabajo, confusión acerca de funciones y responsabilidades, áreas que escapan al control. (7)

En relación con este ámbito, las acciones de capacitación podrían estar dirigidas a:

Clarificación de la estructura organizacional, difusión de objetivos, políticas; difundir las técnicas de planeación y organización, explicar las técnicas de análisis de puestos y sus múltiples aplicaciones, inducción de personal, planeación de estructura futura, planeación de vida y carrera, capacitación de personal para promoción, transferencia y suplencia.

En el área del FUNCIONAMIENTO se encuentran los diferentes procesos por medio de los cuales se desarrolla la dinámica organizacional, es decir, el proceso administrativo, los procesos de comunicación, información, colaboración, toma

(7). Ibidem., pp.59-60.

de decisiones, liderazgo, solución de problemas y manejo de conflictos.

Dentro de este campo, el cambio suele producir impactos como:

Problemas de liderazgo, carencia de información oportuna, deficiencia en la toma de decisiones, falta de comunicación, conflictos interpersonales o grupales, conflictos laborales. (8)

Para reducir estos efectos negativos se puede hacer:

Entrenamiento de jefes y supervisores, promover el conocimiento y la observancia de las políticas y sistemas de selección de personal, plan de comunicación e información, conocimiento de este entorno laboral, conciencia de presupuesto familiar, promover colaboración y espíritu de grupo, relación con otros departamentos de la empresa.

2.1.6. Métodos de entrenamiento o capacitación.

Para el entrenamiento de personal pueden ser empleados una gran cantidad de diferentes métodos y aún varios de ellos en un mismo curso:

(8). Ibidem., pp.61-62.

- Método pasivo o de conferencia.
- Método activo o de participación.
- Método de seminario.
- Método de análisis de casos.
- Método de instrucción programada.
- Método audiovisual.
- Método de entrenamiento en el sitio.
- Rotación planeada de puestos.
- Lecturas dirigidas.
- Dramatizaciones.
- Juegos vivenciales. (9)

Por lo tanto, una adecuada combinación de varias técnicas puede dar a las acciones de entrenamiento gran efectividad y atractivo.

El método de instrucción programada, acompañado de sesiones periódicas de solución de dudas y problemas, así como de comentarios en grupo, puede ser sumamente efectivo.

2.1.7. Métodos didácticos auxiliares para el entrenamiento o capacitación.

(9). Ibidem., p.62.

- Películas
- Grabaciones
- Proyector de
- Cuerpos opacos
- Juegos didácticos. (10)
- Carteles
- Diagramas
- Rotafolio
- Fotografías
- Transparencias
- Franelógrafo
- Pizarrón
- Visitas planeadas

Para que los métodos didácticos sean efectivos, éstos se deben adaptar al tema y no el tema a éstos. Uno de los métodos más importantes, y no se menciona es la demostración.

2.1.7.1. Técnica para el manejo de grupo.

El uso de diversas técnicas para el manejo de grupos por medio de las diversas acciones de entrenamiento presta una gran variedad a las mismas:

- Mesa redonda
- Diálogos simultáneos
- Psicodrama
- Congreso
- Seminario. (11)
- Discusión
- Panel
- Examen por comisión
- Simposio

(10). Alfonso Siliceo op.cit., pp.68-74

(11). Agustín Monroy Enríquez, op.cit., p.64.

La discusión es una de las técnicas más importantes, puesto que nos permite saber qué tanto conoce la población sobre el tema de que se está hablando, así como de las necesidades que tiene. Y combinada con el método de la demostración la población aprende más.

2.1.8. Aspectos legales del entrenamineto o capacitación.

2.1.8.1. La obligación legal de capacitar.

El artículo de la Ley Federal del Trabajo declara de interés social la promoción y la vigilancia de la capacitación y el adiestramiento de los trabajadores.

Los contratos individuales de trabajo deben incluir la indicación de que el trabajador será capacitado o adiestrado en los términos de los planes y programas establecidos o que se establezcan en la empresa, conforme a la ley. (Art. 25, L.F.T.).

El artículo 132 L.F.T. vuelve a establecer como una obligación patronal proporcionar capacitación y adiestramiento a sus trabajadores, así como participar en la integración y funcionamiento de las comisiones mixtas de capacitación y

adiestramiento. (Fracciones XV y XXVIII).

El derecho que tiene todo trabajador de que su patrón le proporcione capacitación o adiestramiento en su trabajo que le permita elevar su nivel de vida y productividad, se encuentra consignado en el artículo 153-A.

El artículo 153-M establece que en los contratos colectivos deberán incluirse cláusulas relativas a la obligación patronal de proporcionar capacitación y adiestramiento a los trabajadores. Lo mismo dispone el artículo 391 de la propia ley.

Corresponde al artículo 412 de la legislación laboral el establecer que los contratos Ley deben contener disposiciones sobre la capacitación y adiestramiento en la rama de industria de que se trata.

Los artículos 876 y 878 del código laboral se refieren a las sanciones que se impondrán a los patrones que incurran en el incurrimiento en materia de obligaciones de capacitación. (12)

(12). Ibidem., p.65

Las reformas de la Ley Federal del Trabajo se basan en principios en favor del reparto equitativo de la riqueza y de la justicia social.

Esta fundamentación legal tiene como finalidad que tanto patrón como empleado cumplan con los requisitos mínimos adecuados, con el fin de determinar un desarrollo del empleado y de la empresa.

2.1.8.2. Personal que debe sujetarse al entrenamiento.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 153-A L.F.T. "Todo trabajador tiene el derecho a que su patrón le proporcione capacitación o adiestramiento".

Según lo estipulado por la fracción II del artículo 153-Q, L.F.T. los planes y programas de capacitación y adiestramiento deben comprender todos los puestos y niveles existentes en la empresa.

Además, el artículo 153-M dispone que podrá consignarse en los contratos colectivos el procedimiento conforme el cual el patrón capacitará y adiestrará a quienes pretenden ingresar a laborar en la empresa, tomando en cuenta, en su caso

la cláusula de admisión. (13)

Por lo cual toda persona sujeta a una relación de trabajo tiene ese derecho, incluyéndose a los trabajadores de confianza, a los trabajadores libres, a los sindicalizados y a los sujetos a trabajos especiales, puesto que es un derecho de los trabajadores.

2.1.8.3. Requisitos legales de los planes y programas de entrenamiento.

En primer lugar, debemos decir que los planes y programas de entrenamiento deben ser formulados de común acuerdo por el patrón y el sindicato o sus trabajadores, y aprobados por la Secretaría de trabajo y Previsión Social, a través de la Dirección de Capacitación y Adiestramiento de la Unidad Coordinadora del Empleo, Capacitación y Adiestramiento. (Art. 153-A y Art. g. fracc. e.).

Dichos planes y programas deben ser presentados para su aprobación a la autoridad antes citada, dentro de los 15 días siguientes a la celebración, revisión o prórroga del contrato colectivo (no sólo de su tabulador de salarios);

(13). Ibidem., p.66.

y en el caso de que aquellas empresas en que no rija contra to colectivo de trabajo, los planes y programas deben someterse a la autoridad dentro de los primeros sesenta días de los años impares (Arts. 153-N y 153-O L.F.T.).

Ahora bien, los planes y programas deben, en su contenido, cumplir ciertos requisitos que se establecen en el Artículo 153-Q de la manera siguiente:

- I- Deben referirse a períodos no mayores de cuatro años;
- II- Comprender todos los puestos y niveles existentes en la empresa;
- III- Precisar las etapas durante las cuales se impartirá la capacitación y el adiestramiento al total de los trabajadores de la empresa;
- IV- Señalar el procedimiento de selección por medio del cual se establecerá el orden en que serán capacitados los trabajadores de un mismo puesto y categoría;
- V- Especificar el nombre y número de registro en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social de las entidades instructoras; y
- VI- Aquellos otros que establezcan los criterios generales que se publiquen en el Diario Oficial de la Federación.

Dichos planes y programas deberán ser aplicados de inmediato por las empresas.

Cuando el patrón no dé cumplimiento a la obligación de presentar sus planes y programas ante la autoridad correspondiente en los plazos estipulados o habiéndolo hecho no los lleve a la práctica, será sancionado con una multa equivalente a una cantidad que podrá ir de 15 a 315 veces el salario mínimo general, duplicándose la cantidad si la irregularidad no es subsanada dentro del plazo que se conceda para ello. (Arts. 153-S y 878 fracc. IV). (14)

Así cada Hospital realiza sus programas de acuerdo con las necesidades de la población que tiene a su cargo.

2.1.8.4. Tiempo y lugar en que deberá impartirse el entrenamiento.

Los patrones pueden convenir con los trabajadores en que la capacitación o adiestramiento se proporcione e éstos dentro de la misma empresa o fuera de ella. (Art. 153-B, L.F.T.).

Sin embargo, el artículo 153-E L.F.T. señala que la capacitación o adiestramiento deberán impartirse al trabajador durante las horas de su jornada de trabajo, salvo que, atendiendo a la naturaleza de los servicios, patrón y trabaja-

(14). Ibidem., p.68.

dor convengan que podrá impartirse de otra manera, así como en el caso en que el trabajador desee capacitarse en una actividad distinta a la de la ocupación que desempeñe, en cuyo supuesto la capacitación se realizará fuera de la jornada de trabajo.

De esta manera, se entenderá que el legislador estableció como norma general que la capacitación y el adiestramiento fueran impartidos durante la jornada de trabajo y únicamente consideró como excepciones los siguientes casos:

- a) Que la naturaleza de los servicios lo impida y por lo tanto se convenga con los trabajadores que se impartirán en forma distinta; y
- b) Que el trabajador desee capacitarse en una actividad distinta a la ocupación que desempeñe. (15)

Por lo tanto, la capacitación y el adiestramiento deberán ser impartidos durante la jornada en el caso de la fracción I del artículo 153-F L.F.T., la cual se refiere al objetivo que el entronamiento puede tener en cuanto a la actualización y perfeccionamiento de los conocimientos y habilidades del trabajador en su actividad, así como proporcionarle información sobre la aplicación de nueva tecnología en ella.

(15). Ibidem., pp.69-71.

2.1.8.5. Personas o entidades que pueden legalmente impartir el entrenamiento.

El entrenamiento de personal puede ser realizado utilizando al personal mismo de la empresa, o bien instructores externos especialmente contratados, o bien a través de instituciones, escuelas u organismos especializados. Desde luego, también cabe la posibilidad de que la empresa prefiera adherirse a los sistemas generales que se establezcan, mediante el pago de las cuotas correspondientes. (Art. 153-B de la Ley Federal del Trabajo). (16)

La capacitación se da a través de instituciones, escuelas u organismos especializados; pero también la puede impartir una persona que tenga los conocimientos y adiestramiento en el área por estudiar.

2.1.9. Concepto de capacitación materno-infantil.

Es el entrenamiento o desarrollo de habilidades y conocimientos teóricos de las mujeres en los procesos de reproducción (educación sexual, el embarazo, el parto y el puerperio), abarcando aspectos clínicos gineco-obstétricos, el

(16). Ibidem., p.72.

manejo integral pediátrico del niño sano, y el crecimiento y desarrollo en su marco biológico, psicológico y social. Tomando en cuenta que esta capacitación se enfoca a un aspecto preventivo, para evitar sucesos que afecten la salud perinatal.

2.1.10. Programa Nacional de Atención Materno-Infantil.

El propósito básico del Programa sectorial es elevar el nivel de salud de la población, procurando tener la plena cobertura de los servicios de salud (preferentemente en el primer nivel de atención), y el mejoramiento de la calidad básica de estos, así como la protección social de los grupos vulnerables; todo ello mediante la consolidación y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud racional y eficiente.

En el Plan Nacional de Salud se encuentran trece programas de acción (lineamientos programáticos). Con estos programas se cubren las materias de salubridad general que previene la Ley General de Salud. (17)

(17). S.S.A. Programa Nacional de Salud, México, 1984-1988, s.p.

Entre estos programas se encuentra el Programa de Atención Materno-Infantil, que orienta fundamentalmente a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a proteger la salud física y mental de los menores. El programa trata al binomio madre-hijo de una forma integral. La importancia de este programa radica en que el 68% de la población pertenece a este grupo, y las tasas de mortalidad materno-infantil son elevadas; esto asociado a padecimientos prevenibles. Las dos terceras partes de las defunciones de menores de un año obedecen principalmente a las enteritis y otras enfermedades diarreicas; influenza y neumonías; y a ciertas causas relacionadas con la morbilidad y mortalidad perinatales. En lo referente a la mortalidad materna, se observa que en 1981 un alto porcentaje de defunciones fue causado por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

El objetivo de este programa es promover y proteger la salud de la población materno-infantil previniendo daños y riesgos a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como propiciar el sano crecimiento y desarrollo de la niñez. (18)

(18). Ibidem., p.66

La importancia de esto radica en que se trata de ver el programa desde un primer nivel de atención, es decir, promoción a la salud y saneamiento ambiental. Esto sería efectivo si la población estuviera capacitada o sensibilizada para cuidar de su salud; ya que, como se menciona en párrafos anteriores, de esta manera se pueden prevenir daños y riesgos a la salud.

La educación a las mujeres sobre la atención prenatal, los riesgos en el embarazo, cambios anatómo-fisiológicos durante el embarazo, parto y puerperio, la alimentación durante estas etapas, etc., y el manejo adecuado del niño para evitar enfermedades prevenibles, ayudaría en gran manera a disminuir las tasas de morbi-mortalidad materno-infantil.

2.1.11. Atención primaria materno-infantil.

La atención de salud de la madre y el niño no consiste en la prestación de un servicio de acuerdo con la edad y el sexo de la población. Se requiere fundamentalmente, un tipo integrador de atención que abarque los procesos de crecimiento y desarrollo y de reproducción humana, que son el fundamento de la vida misma. La naturaleza de estos procesos es de importancia crucial para entender los estados de salud y enfermedad de la madre y el niño.

vista desde esta perspectiva, la atención de salud materno-infantil y la atención primaria constituyen dos términos de una ecuación. La atención de la madre aporta experiencias normativas a la vez que una filosofía de acción, en tanto que la atención primaria engloba esta concepción y la extiende a otros grupos de edad, y a otras patologías. Además la atención primaria posibilita que los programas materno-infantiles se articulen con los de otros grupos, sin perder sus características propias. (19)

Por atención primaria de salud se entiende la que se proporciona en el punto de entrada del usuario al sistema de servicios de salud. De acuerdo con la cantidad de recursos humanos y materiales disponibles en un país, y con su distribución geográfica, un pediatra o un médico general, una enfermera titulada, un auxiliar de enfermería o una persona de la comunidad que ha recibido un mínimo de instrucción en materia de salud y trabaja bajo la supervisión de un profesional, pueden proporcionar atención primaria materno-infantil. El sitio donde ésta atención se brinda puede ser el hogar, un puesto de salud, un consultorio público o privado,

(19). Organización Panamericana de la Salud, Salud Materno-Infantil y Atención Primaria en las Américas. Publicación científica, OPS, No. 461, p.11.

una maternidad, o bien un Hospital general. La asistencia primaria debe formar parte de un conjunto organizado de manera tal que los trabajadores de primera línea tengan el apoyo técnico y logístico de los elementos mediatos del sistema, esto es, hospitales generales y especializados, centros de excelencia y universidades. (20)

La atención primaria materno-infantil se lleva a cabo actualmente en el primer nivel de atención, es decir, en los centros de salud, en donde se tiene la atención prenatal, control del embarazo y control del niño sano. Además se manejan aspectos educacionales preventivos (charlas educativas). En el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" se manejan los aspectos preventivos, con las visitas a comunidad para el seguimiento del binomio madre-hijo que egresan del Hospital mencionado. También se realizan charlas educativas como ya se menciono anteriormente a nivel hospitalario y en la comunidad.

2.1.12. Educación de la sexualidad humana.

El sexo biológico del ser humano se define desde su concepción y su sexualidad se inicia desde su más temprana edad. Las influencias internas y externas se van definiendo, moldeando, educando dicha sexualidad y el resultado de todo ello será una serie de actitudes y conductas sexuales en su vida adulta. Si las influencias del medio ambiente son po

(20). Ibidem, pp. 85-86

sitivas, su sexualidad logrará integrarse adecuadamente a su personalidad total. Si, por el contrario, vive experiencias traumáticas o recibe influencias inadecuadas, su sexualidad será reprimida y las consecuencias futuras pueden ser negativas. (21) .(Esquema No.1 y esquema No. 2).

La educación sexual debe formar parte de la educación integral del individuo, esto desde que el niño nace, ya que debe estar basada en el desarrollo psicosexual de los individuos. Debe ser una información científica, formativa e informativa. Esta educación debe desarrollar actitudes positivas y servir de guía entre las relaciones de los sexos.

2.1.12.1. Concepto de sexualidad.

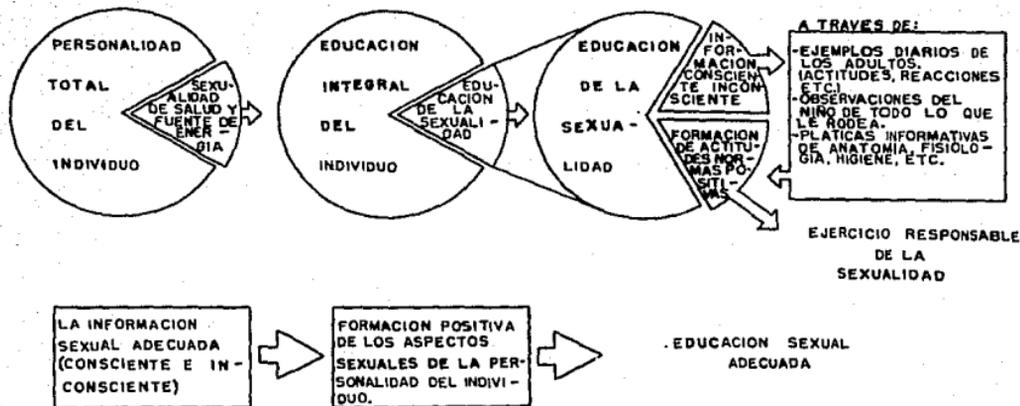
Es la manifestación del sexo biológico en la conducta de relación con otros individuos del mismo y del otro sexo. Posee aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales, y forma parte del crecimiento, del desarrollo de la personalidad del ser humano.

La sexualidad tiene dos finalidades biológicas fundamentales:

- A) La reproducción para asegurar la conservación de la especie humana.
- B) La satisfacción y el placer personales.

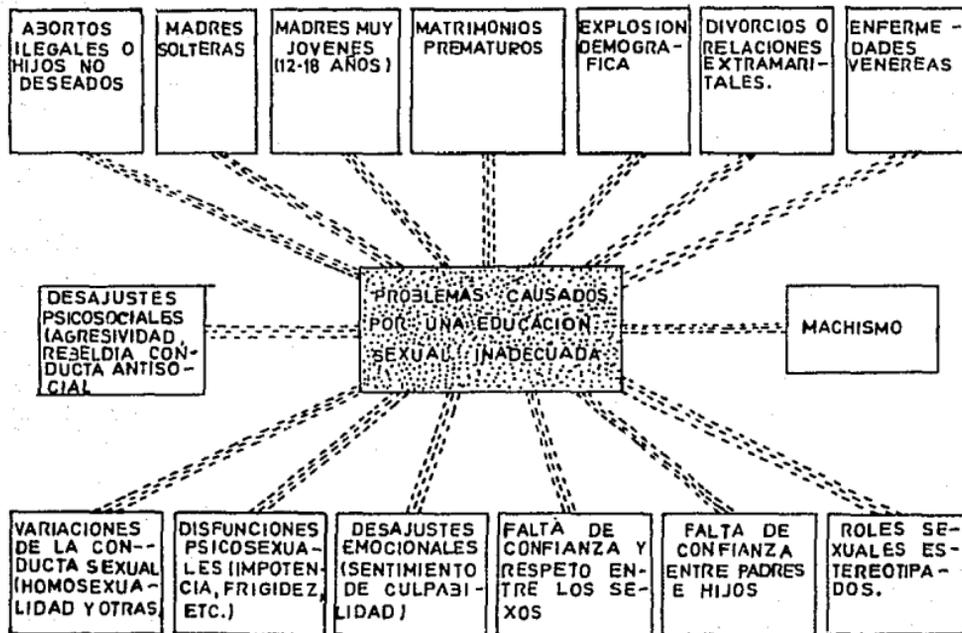
(21) Anameli Monroy D. Velasco, La educación y la sexualidad Humana. Ed. Pax-Mex, México, 1980, p.17.

ESQUEMA No 1
EDUCACION SEXUAL ADECUADA



FUENTE: Anonés Morray D. Velasco, La educación y la sexualidad humana, Ed. Pax-Mex, Mexico, 1980, P.16

ESQUEMA No. 2
 PROBLEMAS CAUSADOS POR UNA EDUCACION SEXUAL INADECUADA



FUENTE: Misma del esquema No. 1

2.1.12.2. Objetivos y fundamentos de la educación de la sexualidad.

En la educación integral del niño es preciso marcarse metas, las cuales respeten su propia personalidad y lo ayuden a realizarse en plenitud como ser humano sexual.

La educación de la sexualidad tiene metas concretas en las que se procura aprovechar la curiosidad innata del niño y del adolescente para que conozca los procesos físicos, mentales y emocionales relacionados con el sexo, comprenda las relaciones y responsabilidades entre el sexo femenino y masculino, sepa que tiene la posibilidad de usar su propia sexualidad de una manera positiva, acepte su propio sexo y se sienta libre de ansiedades y temores; este consciente de que la propiedad podrá funcionar mejor sin tabúes, sin explotación; cultive los valores morales y los patrones de conducta para estar en capacidad de planear su propia vida, de tomar decisiones racionales para el presente y el futuro, en las que ni él ni los demás resulten perjudicados. Asimismo, la educación sexual debe tender a alcanzar una maternidad y una paternidad responsables, a desarrollar la capacidad de amar y prevenir desajustes psicosexuales. (22)

Su finalidad es educar para obtener el ejercicio de una sexualidad res

(22) Ibidem., p.25

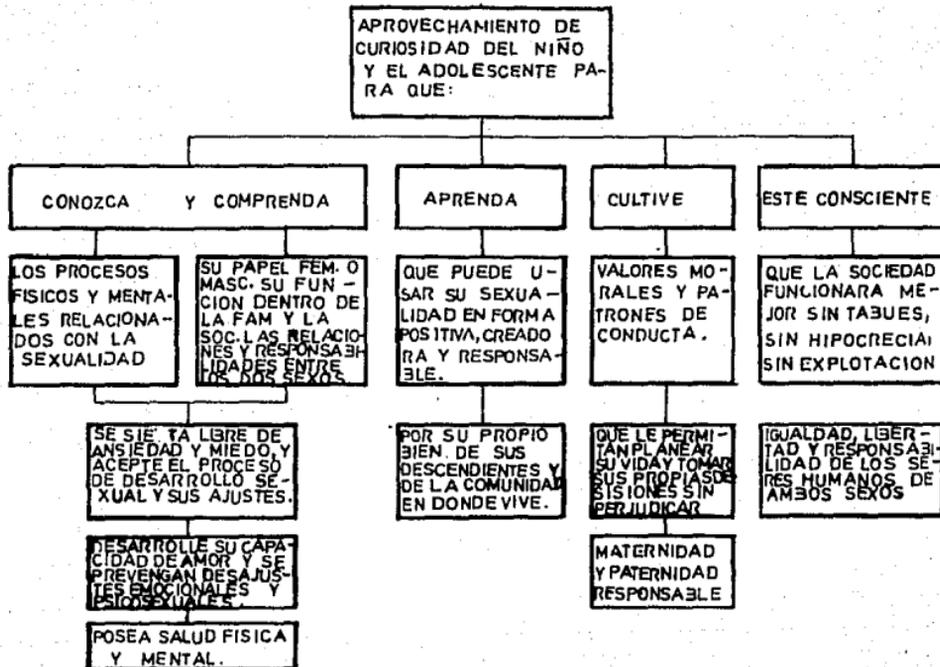
ponsable tanto en su aspecto reproductor como en el de fuente de placer. (Esquema No.3).

Como ya se había mencionado anteriormente, la aducción de la sexualidad debe formar parte de la educación integral de un individuo e incluir más que una información anatómica y fisiológica, una información y educación formal, ya que mucho de lo que los jóvenes saben es en "pláticas" con sus amigos; a esta información, más bien le podríamos llamar "deformación", los va enfrentando a una idea falsa de la sexualidad humana, ya que los jóvenes que hacen los comentarios tienen el mismo nivel de ignorancia, o sus experiencias han sido traumáticas a este respecto.

2.1.12.3. Participación de los padres en la educación sexual de los niños.

La familia constituye el primer grupo social en el que el niño vive, y es en donde comprende su papel sexual en la vida y sus relaciones con el otro sexo. El impulso sexual del ser humano no se despierta repentinamente en la pubertad, sino que va desarrollándose a lo largo de la vida, cambiando gradualmente de una forma a otra, progresando de un nivel a otro, hasta llegar a la vida sexual adulta, que es el resultado final de este largo proceso de desarrollo.

ESQUEMA No. 3
METAS DE LA EDUCACION SEXUAL



FUENTE: Misma del esquema No. 1

La educación de la sexualidad es un proceso que se inicia desde los primeros meses de vida a través de un aprendizaje indirecto obtenido de los adultos; y, por lo tanto, los padres son los primeros responsables de la educación de la sexualidad. Por ejemplo, sus reacciones hacia sí mismos y del uno con el otro, sus sentimientos hacia la exploración corporal de su niño, sus actitudes al establecer el control de esfínteres, sus respuestas (y actitudes que las acompañan) a las preguntas y tentativas del niño por saber más acerca de sí mismo y del medio que lo rodea, su habilidad de dar y expresar entre ellos mismos y hacia él, son algunas de las maneras en las que influyen en la integración de la sexualidad de su hijo. (23)

Los padres de familia por lo general no están preparados para dar educación sexual a los hijos, ya que para ellos es algo meramente relacionado con los órganos genitales, pero no se orienta a los hijos sobre su sexo y el papel que cada uno de ellos implica en una sociedad dada. Por lo tanto, como se había mencionado anteriormente, éstos se enteran por amigos, amigas, vecinas, revistas, etc.; pero muchas veces es una información deformada, según las experiencias que a cada uno le ha tocado vivir.

(23). Ibidem., pp.27-28.

De lo anterior, se desprende la importancia de aplicar programas de educación sexual a la comunidad para hacer que reciban información formal.

2.1.13. Importancia de la capacitación de psicoprofilaxis.

La psicoprofilaxis es un programa de preparación para el parto, que da importancia particular a ejercicios físicos, relajación, técnicas de respiración y aditamentos de comodidad. La psicoprofilaxis ha sido de mucha utilidad para aliviar la tensión y el dolor durante el parto. Un instructor adiestrado asiste a la paciente en educación física y procedimiento de relajación. Se emplean ejercicios tales como sentarse en posición de sastre, hacer sentadillas, ponerse en cuclillas y contracciones abdominales y de la musculatura pélvica, la técnica de la respiración involuntaria, la respiración torácica (no la abdominal). Esta preparación para el nacimiento requiere de 6-8 semanas de sesiones de práctica. Este programa mejora aún más la autoconfianza y la habilidad para llevar a cabo el trabajo de parto en buena forma, y es especialmente popular en Francia y en Rusia. (24)

(24). Ralph C. Benson, Manual de Ginecología y Obstetricia. Ed. El Manual Moderno, México, 1985, pp.165-166.

El método de parto de Lamaze se ha popularizado en los últimos años. Este método se basa en la teoría del reflejo condicionado de Pavlov. Es uno de los métodos psicoprofilácticos (prevención psicológico del dolor) en el cual se enseña a la madre a substituir las reacciones habituales al dolor, como desasosiego, temor, pérdida del control, por otra conducta más útil. (25)

El método psicoprofiláctico no se lleva a cabo en la institución de estudio; esto, al parecer, sólo se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología, según esto con muy buenos resultados, ya que se evita la analgesia obstétrica.

2.1.14. Importancia de la capacitación materna sobre el manejo y cuidados al recién nacido.

La capacitación materna respecto al manejo y cuidados al recién nacido es realmente poca en nuestro país, ya que no se tienen o no se han dado a conocer los programas de capacitación a las madres; casi en todas las instituciones solo se dan orientaciones al respecto, pero que muchas veces no son efectivas, ya que no son continuas, lo que propicia que las

(25). Doris C. Bethea, Enfermería Materno-Infantil., Ed. Interamericana, México, 1977, p.66.

madres no tengan un aprendizaje efectivo; la importancia de esta enseñanza a las madres radica en que esta capacitación debe ser hasta cierto punto más práctica, ya que es algo más objetivo, dado que muchas madres no tienen un nivel escolar elevado como para hablarles sólo teóricamente a este respecto.

La importancia de esta capacitación a las madres consiste en favorecer la salud de sus hijos, de ellas mismas, y de toda la gente que les rodea, pero, básicamente, de su núcleo familiar, lo que de cierta manera se va a ver reflejado en el nivel de salud Nacional. Esta capacitación teórico-práctica a las madres se puede dar en un primer, segundo y tercer nivel de atención, pero el personal de salud debe abarcar el primer nivel de atención, donde se toca el punto respecto a la prevención, que es donde se debe educar a las madres que no tienen este conocimiento y así evitar que problemas banales, que pueden ser prevenibles con una buena educación, pasen a un segundo nivel de atención.

La capacitación de las madres con respecto al manejo y cuidados al recién nacido debe consistir básicamente: desde la educación premarital, los fines del matrimonio, la fecundación, el desarrollo embrionario, el desarrollo fetal, el nacimiento de un hijo, primeros cuidados al recién nacido y,

posteriormente, qué debe proporcionar la madre al recién nacido en el hogar, y sobre el crecimiento y desarrollo del niño. Debe conocer todo esto para que tenga conciencia de su gran responsabilidad, ya que lo que ésta trayendo al mundo es un ser humano, con necesidades desde que ésta en el vientre materno y que aún más va a necesitar de ella después de que haya nacido. Todo esto ayudará para que el estado de salud del hijo no se vea afectado en un momento determinado; además con esto se van a ver reducidas las tasas de morbi-mortalidad perinatal.

2.1.15. Alojamiento conjunto madre-hijo en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F.

Uno de los objetivos que se han propuesto algunas instituciones de salud es crear un espacio dentro de la institución donde puedan estar juntos tempranamente madre-hijo de bajo riesgo, es decir, que no hayan tenido algún problema durante el embarazo, parto y postparto, que les impida estar juntos.

Los objetivos de un alojamiento conjunto son:

- Fomentar la relación temprana madre-hijo.
- Fomentar la estimulación temprana del recién nacido.

- Favorecer la participación del esposo en la atención del recién nacido.
- Estimular la lactancia materna al recién nacido.
- Capacitar directamente a las madres sobre el manejo del recién nacido.
- Preparar a la paciente para que identifique signos de alarma durante el puerperio.

En el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE en el D.F., existe el alojamiento conjunto, donde hay un acercamiento temprano madre-hijo; además, las pacientes inician tempranamente la alimentación al seno materno estimuladas por el personal de Enfermería y por los pediatras esto, en gran medida favorece la secreción láctea y evita problemas de ingurgitación mamaria. Pero la participación del esposo es nula ya que sólo se le permite estar un mínimo de tiempo. En cuanto a la capacitación teórico-práctica, no se realiza por el personal de la institución completamente; esta la realizan los alumnos estudiantes de Enfermería que llevan a cabo sus prácticas en el Hospital. Esto puede deberse al área física del servicio (poco espacio) o a que no les ha interesado dar este tipo de orientación.

Sería importante buscar un espacio o área física donde se hiciera una sala donde reunir a las pacientes en sus días

de estancia en la institución para hablarles sobre estos temas; además, hacer conciencia en el personal de salud de la importancia del alojamiento conjunto y de los objetivos que con él se persiguen.

2.1.16. Participación del personal de Enfermería en la capacitación materno-infantil.

La participación de Enfermería en la capacitación materno-infantil se ha visto limitada; esto se debe en gran medida a que muchas veces no hay programas de capacitación en las instituciones donde laboran; o por falta de estímulo por parte del mismo personal; al tiempo (por sobrecarga de trabajo); o por falta de conocimiento del manejo teórico-práctico de los temas del área materno-infantil; o porque no se ha tomado conciencia de lo que esto significa en el ámbito de salud.

En el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE en el D.F. la participación del personal de Enfermería se limita tan sólo a enseñar a las madres sobre el inicio de la alimentación al seno materno, sin indicarles porqué o la importancia de esto; en algunas ocasiones les muestran a las madres la técnica de baño; pero como el área donde realizan esto es muy pequeña, muchas madres no alcanzan a ver

el procedimiento, además de que la enfermera que está realizando la técnica no les va explicando los pasos de esto, ni recomendaciones, entonces las pacientes se convierten en un observador pasivo, viéndose limitada la enseñanza; además de no participar la madre realizando nuevamente la técnica que le enseñan, ya que de esta manera el aprendizaje sería más efectivo.

En cuanto a la capacitación de las madres sobre los demás aspectos de manejo del recién nacido, sólo se tiene un rota folios de diez hojas con el cual la jefe de servicio reúne a las pacientes unos minutos antes del egreso para hablarles sobre ellos, la alimentación al seno materno, el baño al recién nacido y los cuidados al cordón umbilical; también se les dan recomendaciones de urgencia. Como se mencionó anteriormente, aquí la limitación de Enfermería aparece porque no existe un protocolo o programa de enseñanza a las pacientes en el servicio, o si existe este programa no lo conocen. Además, por falta de interés del personal para diseñar un programa y ponerlo en marcha.

Cabe hablar aquí sobre la importancia que tiene el que la enfermera realice visitas domiciliarias (en comunidad) para detectar a las mujeres en edad reproductiva y empezar a capacitar sobre los aspectos antes mencionados; cuando estén

las pacientes en el hospital también capacitarlas sobre el manejo de ellas mismas y del recién nacido y posteriormente visitarlas en su hogar para detectar las fallas que están cometiendo aún después de la capacitación, a fin de hacer la reeducación nuevamente sobre los aspectos que no quedaron claros.

2.2. SALUD PERINATAL.

2.2.1. Concepto de salud.

La Organización Mundial de la salud adopta un enfoque prospectivo y dinámico: "la salud es un estado de bienestar completo (físico, psíquico y social) y no solamente la simple ausencia de enfermedad o de invalidez". (26)

Milton Terris, dice que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo, que se refiere a "sentirse bien", y el otro objetivo, que implica "la capacidad para la función"; sobre esta base Terris modifica la definición de la OMS en la siguiente forma: "Salud es un estado de completo bienestar, físico, mental y social y de la capacidad para la función y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez". (27)

(26). Hernán San Martín, Salud y Enfermedad. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1984, p.12.

(27). Ibidem, pp.12-13.

En relación con los conceptos anteriores, se puede decir que no hay un completo estado de salud, ya que éste está condicionado por los siguientes factores: el medio ambiente de la población y del individuo, su cultura, educación y el nivel de desarrollo económico-social de determinado lugar, lo cual nos va a dar en determinado momento el grado de salud o enfermedad de una población o de un individuo.

2.2.2. Concepto de Perinatología.

Es la ciencia de la salud encargada de vigilar los procesos fundamentales de la reproducción, crecimiento y desarrollo humano, en su marco biológico, psicológico y social. Implica aspectos gineco-obstétricos, pediátricos, de salud pública, genéticos, socio-demográficos, ecológicos, económicos, psicológicos y técnicos. (28)

La Perinatología se ha estructurado recientemente como una rama de las ciencias de la salud, enfocada hacia la parte fundamental de los procesos de reproducción, crecimiento y desarrollo humanos. La especialidad comprende aspectos obstétricos, pediátricos y de salud pública que se entrelazan de manera coherente, lógica y natural, dentro del contexto

(28). Ernesto Días del Castillo, Pediatría Perinatal. Ed. Interamericana, México, 1979, p.1

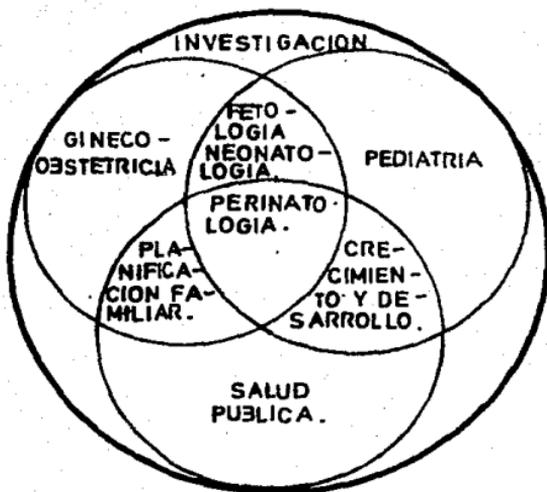
de la investigación científica. La Perinatología se relaciona, como es natural, con los aspectos clínicos del manejo de la mujer sana en edad de procreación, del embarazo, del trabajo de parto, de la expulsión de la progenie, del amantamiento del nuevo ser, de su estímulo temprano y adecuado para un mejor desarrollo del sistema nervioso y de los procesos que llevan a un mejor crecimiento y desarrollo del recién nacido, así como con aspectos genéticos, psicológicos, sociológicos, demográficos, antropológicos, nutricionales, educacionales y tecnológicos. (29)

Representación gráfica del concepto de la Perinatología actual. (Esquema No. 4)

En el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE solamente se vigilan los aspectos gineco-obstétricos y pediátricos, no se da importancia a otros puntos que también engloba la Perinatología, como son: manejo de la mujer sana en edad de procreación, psicológicos, sociológicos, antropológicos, educacionales y tecnológicos, a pesar de que manejando estos aspectos, la salud perinatal puede mejorar.

(29). Organización Panamericana de la Salud. op. cit. p.220.

ESQUEMA No. 4

REPRESENTACION GRAFICA DEL CONCEPTO DE LA
PERINATOLOGIA ACTUAL

FUENTE: Organización Panamericana de la Salud, Salud Materno-Infantil y Atención primaria en las Américas, Publicaciones Científicas, No. 461, México, 1984, p.220.

2.2.3. Concepto de educación perinatal.

Consiste en preparar a la pareja en procesos vitales de la vida como son la reproducción, el crecimiento y desarrollo humano en su marco biológico, psicológico y social. Esta capacitación debe abarcar también aspectos gineco-obstétricos, pediátricos, de salud pública, genéticos, socio-demográficos, ecológicos, económicos, psicológicos, nutricionales. Todo esto a favor de la salud de la población en edad reproductiva y de sus descendientes.

2.2.4. Historia reciente de la educación materno-infantil en México.

En enero de 1921 se presentó una ponencia en el Primer Congreso Mexicano del Niño, que llevó por título "Apuntes sobre la puericultura intrauterina", en la que se planteaba la urgente necesidad de fundar en la ciudad capital y pronto en las demás, una red de establecimientos que brindaran atención preventiva moderna en las etapas prenatales y posnatal. (30)

Pocos meses después, aparece el primer centro de Higiene

(30). Frenk S. "Salud Pública de México", Revista, Vol. 25 No. 25, México, 1983, p.513.

llamado "Eduardo Liceaga"; esto en noviembre de 1922.

Por decreto oficial el día 10 de mayo de 1929 aparece el Servicio de Higiene Infantil.

En junio de 1929 aparece la maternidad de las Lomas de Chapultepec, como "continuación de la obra que principiara en los centros de Higiene Infantil".

Se funda en 1930 la Sociedad Mexicana de Pediatría, pronto renombrada de Puericultura, y trece años después nuevamente de Pediatría.

El general Lázaro Cárdenas decidió que se formara el Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil (DAASI). Fue nombrado director del mismo el Dr. Salvador Zubirán. Esto en el año de 1934. (31)

A partir de 1940, por indicación del secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. Gustavo Baz, de don Salvador Zubirán, subsecretario, se llevarón a cabo las obras de una nueva institución. Y así el 30 de abril de 1943, abrió sus puertas la institución que ahora lleva el nombre de Hospital

(31). Ibidem., p.514.

Infantil de México, "Federico Gómez". (32)

Creado el Hospital Infantil, comenzó a tejerse toda una urdimbre de centros de asistencia materno-infantil y, posteriormente, de centros de salud a los cuales quedaron incorporados tales servicios. A medida que en la población fue cundiendo el hábito de que los partos fuesen atendidos, previa atención prenatal, en establecimientos hospitalarios, creció también el número de establecimientos de maternidad; pero como persistía, como aún persiste, la desigualdad en la distribución de recursos, en buena parte motivada por la gran dispersión de la población rural, se puso en operación un intenso y extenso programa de adiestramiento de parteras empíricas que, ampliados, siguen rindiendo sus buenos frutos. (33)

A lo largo de estos programas se ha puesto de manifiesto que los esfuerzos gubernamentales en pro de la salud materna e infantil han requerido el esfuerzo conjunto de todos los sectores sociales. El papel de la S.S.A. no queda limitado al nominal de cabeza de sector. Conciente o subliminalmente, todo el equipo nacional en pro de la salud toma los esfuerzos de la Secretaría como norma y orientación; pero

(32). Ibidem., p.515.

(33). Ibidem., p.516.

muy especialmente en el campo de la salud de la madre y el niño. (34)

2.2.5. Psicoprofilaxis perinatal.

Por primera vez en el país se ha institucionalizado la psicoprofilaxis perinatal y se le ha dado una conceptualización diferente, Transformándola en un proceso educativo de la pareja para el proceso reproductivo. El lema del programa señala; "El embarazo no es sólo de la mujer, sino de la pareja". La psicoprofilaxis así entendida y ejercida aún cuando dista mucho de su estructura y realización definitivas, influye decisivamente en proporcionar una descendencia en condiciones óptimas y disminuir los problemas para la mujer. (35)

En el Hospital Zaragoza no se da esta capacitación psicoprofiláctica a las pacientes; y dicha capacitación es importante para la mujer embarazada y su pareja, ya que esto les ayudará a comprender mejor lo que va a suceder durante todo el transcurso de su embarazo y en el momento del parto, disminuyendo los temores hacia lo desconocido, además de que esta capacitación ayuda a mejorar la salud perinatal.

(34). Ibidem., p.517.

(35). Organización Panamericana de la Salud, op. cit., pp.227-228.

2.2.5.1. Participación del compañero.

Dentro del programa psicoprofiláctico se ha tomado la decisión de invitar al compañero a acompañar a la mujer durante el trabajo de parto y el proceso expulsivo. Si el hijo es de ambos, ambos tienen derecho a verlo nacer; separar al compañero durante este proceso es una agresión a la integridad familiar. Se dice que la familia se inicia con las relaciones maritales entre un hombre y una mujer, pero se integra cuando nace un hijo. Con el fin de lograr un mayor apego del padre hacia su hijo, debe procurarse, siempre que las condiciones del recién nacido lo permitan, establecer antes que nada el "Candado Visual" hijo-padre descrito por Klauss, y luego el de hijo-madre. El programa de psicoprofilaxis prepara y educa al padre para aprender y prestar los primeros cuidados a su hijo y se le invita a hacerlo en la sala de expulsión, en los servicios de alojamiento conjunto y aún en los cuidados intermedios e intensivos al recién nacido.

2.2.5.2. Uso moderado de la anestesia.

Con el método psicoprofiláctico se tiende cada vez más a evitar el uso inmoderado de la anestesia obstétrica. Sólo se debe recurrir a ella cuando hay indicación precisa de ha

cerlo. Esta conducta permite a la madre estar conciente y alerta y disfrutar plenamente el acto del nacimiento. (36)

Debido a que en el Hospital Zaragoza no se da la capacitación psicoprofiláctica, el padre no está presente durante el trabajo de parto y la expulsión del producto, por lo cual se retrasa este contacto visual y emocional del que se habla entre padre e hijo. En relación con el uso de anestesia, en este hospital se ve disminuido ya que sólo se les aplica analgesia obstétrica a pacientes primigestas.

2.2.5.3. Consulta pre-anestésica durante el embarazo.

El equipo de anesthesiólogos atiende a la mujer durante el embarazo con objeto de medir la función respiratoria y conocer cada caso en particular para poder seleccionar el anestésico de elección. El anesthesiólogo toma siempre en consideración que cualquier anestésico es capaz de atravesar la barrera placentaria y afectar al producto.

(36). Ibidem., p.229.

2.2.5.4. Alimentación inmediata al seno materno.

A todo recién nacido (Apgar 7 y cinco minutos igual o superior a siete) se lo coloca en el seno materno en la sala de expulsión y luego se continúa con el proceso. Por lo general se procura que sea el padre de la criatura quien coloque a la criatura en el seno materno.

El proceso permite la estimulación temprana y continua del recién nacido, lo que favorece un mejor desarrollo de su sistema nervioso, ya que sabe que el periodo plástico del mismo abarca desde la semana 20 de gestación hasta los 18 meses de vida postnatal, y que los niños que reciben esta estimulación se desarrollan mejor. (37)

En el Hospital Zaragoza sólo se les da consulta pre-anestésica a pacientes con embarazo de alto riesgo y que han llevado su control prenatal en este Hospital. Con respecto a la alimentación al seno materno en la sala de expulsión, esta no se lleva acabo en este lugar sino que se realiza en el servicio de habitación conjunta.

(37). Ibidem., p.229.

2.2.5.5. Alojamiento conjunto madre-hijo.

Es incongruente separar a la madre de su hijo al colocar a éste en una sala de cuna. Las madres y sus hijos tienen derecho a estar juntos. El alojamiento conjunto permite el desarrollo natural "del apego materno"; facilita la lactancia de la madre; ofrece al recién nacido todos los beneficios de la ingestión del calostro y la leche materna, y propicia el "arrullo materno", que es importante para la estimulación continua del hijo.

2.2.5.6. Manejo inmediato del recién nacido.

A todos los recién nacidos se les somete al proceso de reanimación en la sala de expulsión donde, además de un cuidadoso examen clínico y de la somatometría indicada, se les maneja de modo adecuado para evitar: a) problemas respiratorios, mediante la permeabilización de las vías aéreas superiores; b) problemas hipoglucémicos, gracias a la alimentación inmediata; y c) problemas de hipotermia, calentando su microambiente con el fin de evitar un descenso en su temperatura corporal. (38)

(38). Ibidem., pp.229-230.

En el Hospital Zaragoza sí hay un servicio de habitación conjunta, donde las madres y sus hijos están juntos, favoreciéndose la estimulación temprana del recién nacido así como la alimentación al seno materno y el acercamiento madre-hijo a través de los cuidados al recién nacido.

El manejo inmediato del recién nacido en el Hospital Zaragoza se lleva a cabo en el servicio de cuneros, donde el recién nacido pasa sus primeras horas de transición.

2.2.5.7. Seguimiento del recién nacido.

Se efectúa el seguimiento biopsicosocial de un grupo muestra de recién nacidos, con objeto de obtener patrones de referencia sobre el crecimiento y desarrollo hasta los siete años de edad, y la frecuencia y tipo de las secuelas neurológicas. (39)

Se efectúa un seguimiento biopsicosocial del recién nacido con objeto de obtener patrones de referencia sobre el crecimiento y desarrollo; detectando algún problema físico o neurológico en estos para dar un tratamiento oportuno y adecuado.

(39). Ibidem., p.230.

2.2.6. Atención prenatal.

La atención prenatal consiste en vigilar periódicamente a la mujer embarazada con objeto de apreciar oportunamente factores que pueden complicar el embarazo, dificultar el parto o condicionar un pronóstico desfavorable para el recién nacido, de manera que se pueda señalar el tratamiento oportuno. (40)

La atención prenatal reduce en forma significativa los problemas que se presentan y que afectan directamente a la madre como al producto.

2.2.6.1. Historia clínica.

En la primera consulta se elaborará la historia clínica: Donde se realizará primero la ficha de identificación de la paciente, se investigará: nombre, domicilio, teléfono, nombre del esposo, edad de la paciente, estado civil, religión, ocupación.

Los antecedentes hereditarios y familiares, los anteceden-

(40). Héctor Mondragón Castro, Obstetricia básica Ilustrada, Ed. Trillas, México, 1986, p.97.

2.2.6. Atención prenatal.

La atención prenatal consiste en vigilar periódicamente a la mujer embarazada con objeto de apreciar oportunamente factores que pueden complicar el embarazo, dificultar el parto o condicionar un pronóstico desfavorable para el recién nacido, de manera que se pueda señalar el tratamiento oportuno. (40)

Definitivamente, la atención prenatal reduce en forma significativa muchos de los problemas que se presentan y que afectan en forma importante tanto a la madre como al producto.

2.2.6.1. Historia clínica.

En la primera consulta se elaborará la historia clínica: Donde se realizará primero la ficha de identificación de la paciente, se investigará: nombre, domicilio, teléfono, nombre del esposo, edad de la paciente, estado civil, religión, ocupación.

Los antecedentes hereditarios y familiares, los anteceden-

(40). Héctor Mondragón Castro, Obstetricia básica Ilustrada. Ed. Trillas, México, 1986, p.97.

tes personales no patológicos: alimentación, tabaquismo, habitación e higiene, toxicomanías.

Antecedentes personales patológicos: enfermedades eruptivas de la infancia.

Patologías que afectan al embarazo, antecedentes quirúrgicos: operaciones directas en útero, operaciones sobre anexos, colporragias, operaciones de órganos abdominales, operaciones extrabdominales. (41)

Antecedentes alérgicos, antecedentes gineco-obstétricos.

Padecimiento actual: Conocer la fecha de la última menstruación, para saber la edad actual del embarazo y la fecha probable de parto, así como correlacionar la evolución clínica.

Interrogatorio por aparatos y sistemas: conocer signos y síntomas del embarazo, y detectar complicaciones del mismo en forma oportuna.

Exploración física general: donde se evaluará nutrición y aspecto general de la paciente, peso, talla, aspecto de la

(41). Ibidem., pp.98-100.

piel, cabeza y cuello, tórax y corazón, mamas, abdomen, extremidades, lectura de la presión sanguínea, pulso y respiración. (42)

Con la exploración física general se llega a formular el diagnóstico oportuno de los padecimientos que complican el embarazo, para dar un tratamiento inmediato.

Inspección abdominal, medición del fondo uterino y tacto vaginal.

Los exámenes de rutina que han de solicitarse son los siguientes: Biometría hemática, examen general de orina. (43)

La primera consulta se debe aprovechar para establecer un acercamiento con la paciente y su familia, con el fin de explicar los cambios que se experimentarán durante el embarazo, haciendo hincapié en los cambios anatomofisiológicos y la repercusión en su organismo y en su vida. Se debe también señalar la importancia de la asistencia médica, las consideraciones generales con respecto al parto, puerperio y los cuidados al recién nacido.

(42). Ibidem., p.102.

(43). Ibidem., p.103.

Es importante que se lleve a cabo un control prenatal, ya que a través de esto se podrán descubrir factores de riesgo tanto para la madre como para el hijo.

2.2.7. Atención gestacional.

Se valorará en cada visita subsiguiente lo que se señala a continuación:

Indicación general:

Si el embarazo es de evolución fisiológica y la paciente disfruta de buena salud general, se le citará cada mes hasta las 32 semanas; cada 15 días hasta las 36 semanas; y cada 7 días ó 10 hasta el momento del parto. (44)

En la institución en estudio se llevan a cabo las visitas médicas como se mencionó anteriormente; pero, si es un embarazo de riesgo elevado estas visitas se hacen más continuas para tener un mejor control sobre éste.

En ocasiones no se lleva a cabo esta visita de control, ya que las pacientes no acuden por diversos problemas, y esto aumenta el riesgo, tanto para la madre como para el producto.

(44). Ibidem., p.104.

2.2.7.1. Atención clínica subsiguiente.

En cada consulta subsiguiente se registra la evolución de la paciente, además de valorar los datos evolutivos, como son: Aumento de peso, presión arterial, crecimiento del fondo uterino, datos respecto al producto; y nuevamente se puede hacer una exploración ginecológica después de la semana 38 con fines pronósticos; se valorará también las extremidades en busca de edema o insuficiencia venosa. (45)

Todo esto se hace con el fin de detectar algún problema y dar un tratamiento oportuno a este.

2.2.7.2. Atención nutricional.

Una dieta balanceada en cantidad y calidad constituye un factor indispensable para la evolución normal del embarazo. La dieta de la embarazada debe tener características especiales, ya que requiere satisfacer:

- a) Necesidades del metabolismo normal materno.
- b) Necesidades derivadas de la actividad materna.
- c) Necesidades para el crecimiento del feto. (46)

(45). Ralph C. Benson, Diagnóstico y tratamiento gineco-obs
tétricos, Ed. El Manual Moderno, México, 1986, p.634.

(46). Héctor Mondragón Castro, op. cit., p.107.

La dieta debe ser balanceada, de tal forma que los alimentos puedan cumplir con las tres funciones de gran importancia para el organismo: Función plástica y reparadora; función reguladora o de mantenimiento; y función energética.

Es recomendable que se consuman los alimentos de temporada que estén frescos, se preparen en forma sencilla e higiénica, y se conserven adecuadamente. (47)

La dieta de las pacientes de afluencia al ISSSTE Zaragoza no es adecuada porque no contiene los tres grupos de alimentos (proteínas, carbohidratos y grasas), ya que son pacientes de nivel socioeconómico medio bajo, y su ingreso económico es bajo; además de no tener conocimientos sobre como combinar estos grupos de alimentos.

2.2.7.3. Atención higiénica general.

Es importante insistir en la higiene de la paciente embarazada; ésta debe efectuarse con especial esmero, ya que con ello se evitarán complicaciones.

Se insistirá y pondrá un especial cuidado en los siguientes

(47). José Quintín Olascoaga, Nutrición normal. Ed. Francisco Méndez Cervantes, México, 1985, pp.34,35,95.

puntos:

Baño de regadera diario; la habitación debe ser confortable y con ventilación adecuada; en cuanto a la ropa, se sugiere que sea holgada, que no oprima o tenga constricciones circulares; los zapatos deben ser cómodos, de tacón bajo o medio y con base de sustentación ancha. Debe practicar ejercicio moderado y metódico, ya que con esto se mejora la circulación y se favorece la digestión. (48)

En la práctica del método psicoprofiláctico se realizan ejercicios específicos para la respiración y los músculos abdominales y perineales. Es preferible realizar este tipo de ejercicios bajo la supervisión de instructores capacitados. (49)

En la institución de estudio no existe programa de psicoprofilaxis, sólo se tiene conocimiento de que esto se lleva a cabo en instituciones como el Instituto Nacional de Perinatología y en el centro de Investigación Materno-Infantil de Grupos de Estudios al Nacimiento.

Empleo. El trabajo habitual puede continuarse si no es exce

(48). Stewart Taylor, Obstetricia de Beck. Ed. Interamericana, México, 1979, p.182.

(49). Héctor Mondragón Castro, op. cit., p.105.

sivo o no presenta contingencias inadecuadas, como ambientes tóxicos o insalubres (plomo, nicotina). En general, la legislación admite la interrupción del trabajo, cualquiera que sea su índole, 45 días antes y 45 días después del parto.

Descanso y reposo. Un reposo equilibrado es importante. Es necesario disfrutar de ocho horas de sueño y, de un breve descanso a medio día. Ya que la relajación completa le proporciona confort. (50)

En su mayoría, las pacientes del ISSSTE Zaragoza se dedican a las labores del hogar, por lo tanto no tienen esta incapacidad que marca la ley para las mujeres embarazadas que trabajan; además, no descansan las horas necesarias durante el día, ya que realizan labores del hogar que requieren de todo su tiempo y esfuerzo.

En cuanto al tabaquismo y al alcoholismo, se debe indicar a las pacientes de la importancia de suspenderlos durante esta etapa, ya que se ha encontrado que es la causa de productos de bajo peso y subdesarrollados (somático y mental).

(50). Ricardo Schwarcz et al, Obstetricia. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1979, p.167.

2.2.8. Atención posnatal.

El término "puerperio" proviene del latín, puer, niño y parere, parir. También se lo conoce como período de involución. Los órganos tardan de seis a doce semanas en volver más o menos a su tamaño y estado normal. Este proceso se denomina involución. (51)

Todos los días se inspeccionará y valorará lo siguiente:

- Fondo del útero: firmeza, distancia desde el ombligo, en traveses de dedo.
- Loquios: cantidad y características.
- Episiotomía: limpieza, cicatrización, irritación, inflamación.
- Mamas: blandas, firmes, ingurgitadas, dolorosas.
- Pezones: erectos, aplanados, invertidos, agrietados, adoloridos. (52)

Aquí cabe mencionar que si la paciente tiene problemas de salud para no amamantar a su bebé, y por indicación médica ésta debe suspenderse; o, si la madre decide no amamantar a su hijo, deben fajarse las mamas para suspender la lactancia y se indican hormonales para ayudar en esto.

(51). Barbara G. Anderson, Obstetricia para la enfermera. Ed. Troquel, Buenos Aires, 1970, p.125.

(52). Ibidem., p.27.

Aunque en el ISSSTE Zaragoza, se insiste a las madres para amamanten a sus hijos al seno materno; esto por el personal médico de Pediatría y por los estudiantes de Enfermería que realizan prácticas en dicha institución.

Cuando la madre va a abandonar la institución es importante orientarla en estos aspectos:

- Baño diario de regadera.
- Modificaciones fisiológicas que ocurrirán durante este periodo, como son: La involución, los loquios, el calostro (su importancia) y la lactancia. También sobre el retorno de la menstruación. El régimen dietético. Sobre sus actividades (trabajo no forzado y pasado). Signos de alarma en el puerperio, atención médica pospuerperio (a los 45 días).
- También es importante orientar sobre los cuidados al recién nacido en el hogar, como son: baño, cuidados al muñón umbilical, importancia de la alimentación al seno materno, técnica de alimentación artificial (teórico-práctica); identificación de defectos al nacimiento, crecimiento y desarrollo normal, esquema de inmunizaciones.

2.2.9. Características biopsicosociales del binomio.

El organismo de la mujer, como un todo biológico, psicológico y social, debe estar convenientemente preparado para un objetivo: la maternidad; y asegurar al ser que se está gestando y va a nacer, las mayores posibilidades de una vida futura acorde con su condición humana.

La atención del estado de nutrición de la madre durante la gestación permite disminuir la incidencia del recién nacido de bajo peso; la aplicación ordenada del calendario de vacunaciones favorece la formación de la respuesta inmunitaria en el momento oportuno; el aporte proteinoenergético en cantidad y calidad adecuadas posibilitan un crecimiento y desarrollo normales; la educación sexual durante la adolescencia permite orientar una actividad para la cual el joven aún no está totalmente preparado.

Si las necesidades fisiológicas y psicoafectivas no se satisfacen en la etapa correspondiente, resulta cada vez más difícil reparar el daño y lograr el crecimiento compensatorio.

Las necesidades del niño, tanto biológicas como psicosociales, deben satisfacerse. La pérdida de esa oportunidad, mu-

chas veces única, determina déficits que se observan en las etapas futuras. En lo biológico, se da alteración del crecimiento en talla por desnutrición. En lo psicosocial, la pérdida de oportunidades para adquirir una experiencia vivencial a veces no se recupera jamás. La desnutrición y la falta de estímulo en los primeros años, influyen en el nivel de rendimiento escolar, en el período de la adolescencia y aún en la vida adulta.

La familia es el componente primero e inmediato del medio circundante del niño. La madre ocupa una posición destacadísima, en tanto que la familia actúa excluyendo influencias, modificando otras y añadiendo algunas propias. (53)

El estado biopsicosocial de las pacientes de la institución en estudio, no ésta preparado para la maternidad. Ya que según el nivel socioeconómico de éstas el estado nutricional es regular, y como se menciona anteriormente cada etapa del crecimiento se apoya en las adquisiciones de la fase precedente y provoca un impacto, a su vez, sobre la siguiente. Por lo cual es importante satisfacer las necesidades fisiológicas y psicoafectivas en la etapa correspondiente y así evitar el daño y lograr un crecimiento adecua-

(53). Organización Panamericana de la Salud, op. cit., pp. 10-11.

do.

2.2.10. Salud Infantil.

En esta etapa la causa principal de morbilidad son las enfermedades infecciosas, dentro de las cuales ocupan el primer lugar las del aparato digestivo, siguiéndole las del aparato respiratorio y, por último, los problemas nutricionales. Obviamente en la aparición de estos problemas la falta de hábitos de higiene adecuados es la causa más importante en la etiología de las mismas; para lograr su control, debemos tener una amplia colaboración de los padres y demás familiares que rodean al niño, lo cual sólo se logra por convencimiento por medio de campañas permanentes de educación hacia la población en general.

2.2.10.1. Recién nacido.

Es en este período donde se manifiestan casi todos los problemas ocurridos durante el embarazo. Es, en cierta forma, la medida de un embarazo bien o mal controlado.

Se entiende pues la importancia que alcanza esta etapa inicial de la vida del individuo, y que comprende las primeras cuatro semanas de vida. Los padecimientos más importantes

en este período son aquellos que se refieren a las malformaciones congénitas, las cuales deben ser detectadas lo más rápidamente posible por medio de una valoración pediátrica.

Estas se hacen evidentes cuando hay alteraciones anatómicas a simple vista; no sucede así cuando estas malformaciones suceden a nivel fisiológico.

El siguiente grupo de padecimientos se refieren al aparato respiratorio. Entre éstos se encuentran: el síndrome de insuficiencia respiratoria idiopática, la membrana hialina, la broncoaspiración, la atelectasia pulmonar y otros. Está demostrado que estos problemas son menos frecuentes en las madres que han sido debidamente controladas durante su embarazo.

Entre las infecciones más frecuentes se encuentran las infecciones del ombligo. Asimismo, ocupan un lugar preponderante las infecciones oculares provocadas por estreptococos. Estos dos tipos de infección nos ejemplifican ampliamente todos aquellos padecimientos que pueden ser evitados con educación a las madres para que éstas realicen un buen aseo y desinfección de esas áreas susceptibles. De la misma manera, se pueden evitar infecciones del aparato digestivo, educando a las madres sobre como efectuar una correcta elaboración

ción, esterilización, conservación y administración de la alimentación infantil; o bien cuando ésta se realice en el seno materno, no se olvide el aseo de los senos. (54)

Las pacientes de la institución en estudio no tienen conocimiento de esta educación antes de su egreso, ya que es en este momento cuando los estudiantes de Enfermería imparten charlas educativas sobre medidas higiénicas que debe tener la madre con su hijo.

2.2.10.2. Lactante.

Esta etapa comprende para algunos autores hasta el fin del primer año de vida, y para otros hasta los dos años de vida; sin embargo, las dos acepciones son válidas.

La niñez es el período de la vida del hombre en que el desarrollo y el crecimiento son más rápidamente evolutivos. En esta etapa es donde se debe establecerse una vigilancia más estrecha, tanto en lo que se refiere a la alimentación como a hábitos higiénicos, así como a la vigilancia de un correcto desarrollo de la salud mental, ya que por otro lado es también este período donde se establece con mayor intensi-

(54). Secretaría de Educación Pública, Educación para la Salud. México, 1979, pp.200-201.

dad el aprendizaje. Asimismo, los agentes virales responsables de las enfermedades eruptivas, hacen su aparición en esta etapa de la vida, principalmente en aquellos lugares donde hay grandes hacinamientos urbanos y en menor cuantía en los medios rurales, donde estas enfermedades no se hacen evidentes hasta la etapa escolar. (55)

Por lo expuesto anteriormente, se comprende la importancia que en esta edad tienen las visitas médicas periódicas para el control de peso, talla, alimentación y la aplicación de las vacunas correspondientes. Así pues, lo recomendable es que durante el primer año de vida las visitas se sucedan con una periodicidad mensual. En cambio en el segundo año, bastará que esta periodicidad sea trimestral.

Es durante esta etapa de lactante cuando debe terminarse el esquema de vacunación.

2.2.10.3. Pre-escolar y escolar.

En este período de la vida debe continuarse la vigilancia del estado de salud del niño, aunque con menor frecuencia, tanto físico como mental. Asimismo deben efectuarse las re-

(55). Ibidem., pp.202-203.

vacunaciones necesarias en cada uno de los padecimientos a prevenir.

Una vez más, en este período la patología más frecuente es la infecciosa. Ahora los padecimientos respiratorios tienen una mayor prevalencia que los del aparato digestivo. Las enfermedades de tipo eruptivo, sin ser exclusivas de esta edad se manifiestan con mayor frecuencia en ella, debido a la convivencia de los niños en lugares como las escuelas. Otro grupo de patología que se hace más frecuente en este período es el de los traumatismos: fracturas, heridas y conmociones.

Durante estas etapas las enfermedades gastrointestinales pasan a segundo plano, pero no desaparecen totalmente. El responsable sigue siendo quien prepara y maneja los alimentos, ya no la madre ahora, sino los vendedores que manejan alimentos en la calle con malos hábitos de higiene. (56)

Es durante esta etapa donde la madre debe orientar al niño sobre los hábitos higiénicos y alimenticios que debe llevar éste para poder así prevenir los problemas que se presentan más frecuentemente durante esta etapa, como son los del

(56). Ibidem., p. 203.

aparato respiratorio y digestivo.

2.2.11. Control de la natalidad.

El gobierno de México a través del Consejo Nacional de Población ha establecido una política demográfica que representa las necesidades e intereses nacionales, pretende armonizar la variable población con las variables de desarrollo, para así acceder a un modelo de país en donde impere la justicia social y el uso irrestricto de las libertades individuales.

La política de crecimiento natural, pretende lograr la disminución del crecimiento de la población a partir del descenso en la natalidad; la política migratoria tiene como finalidad específica redistribuir geográficamente a la población para aprovechar, de esta manera, las potencialidades económicas de cada región, al mismo tiempo que se da solución a los desequilibrios regionales. (57)

El no llevarse a cabo adecuadamente el control de la natalidad, es uno de los problemas actuales más apremiantes del país, por lo cual, en el ISSSTE Zaragoza, se lleva una polí

(57). CONAPO, México Demográfico. (Brevario), México, 1980-81, p.92.

tica de control de la natalidad por medio de los diferentes métodos de planificación familiar; además de que en esta institución se llevó un programa de aplicación de D.I.U. posplacenta, evitando así que las pacientes salieran del hospital sin ningún método de planificación familiar.

La planificación familiar debe entenderse como un derecho humano que puede ser ejercido voluntariamente por la pareja para decidir el número de hijos y el espaciamiento de los embarazos.

El control de la natalidad se considera una acción de tipo restrictivo compulsivo que utiliza diferentes métodos anti-conceptivos, pero que además tiende a la supresión definitiva de la fertilidad con el uso de métodos definitivos de esterilización. (58)

Los problemas del mundo actual, como son el hambre, la miseria, las enfermedades y el desempleo, entre otros, tienen su más honda razón en la explosión demográfica y no en las condiciones socioeconómicas existentes. La única solución a tan grave problema es la disminución de la población por medio del control de la natalidad.

(58). Martínez Martínez R., La salud del niño y del adolescente. Tomos I-II. Ed. Trillas, México, 1983, pp. 33 y 1777.

Hasta hace algunos años parte de los países latinoamericanos mantenían una política oficialmente opuesta a todo programa de control natal, por razones religiosas, económicas y políticas. Recientemente el gobierno de los Estados Unidos y algunas organizaciones partidarias del control natal de ese país, intensificaron la presión sobre los gobiernos de América Latina para que adoptaran las ideas antinatalistas y organizaron programas masivos de planificación familiar.

Desde principios de la década de los 70, estos programas tienen prioridad en el continente.

A principios de los 70, los programas para controlar el crecimiento de la población son confiados a las Instituciones Nacionales de Salud; en 1974 se funda el Consejo Nacional de Población, cuya política de acción se dirige supuestamente a resolver los problemas más graves de la sobrepoblación, los cuales son, sin embargo, irresolubles en el sistema capitalista.

Los programas destinados a controlar el crecimiento de la población en el mundo, son financiados en su mayoría directa o indirectamente por organismos y fundaciones norteamericanas.

En 1965 el Presidente Johnson se declara públicamente partidario del control natal y como requisito pone que los países que reciben ayuda económica de los E.U.A. deben implantar la planificación de su población y el desarrollo de su agricultura. Sin la implantación de tales medidas, ningún país recibirá ayuda de los Estados Unidos. (59)

En las instituciones de salud los programas para el control del crecimiento de la población, por medio de los diferentes métodos de planificación familiar, son impuestos por E.U. , ya que éste presta ayuda económica al país. Pero aún estando en esta situación, la pareja debe decidir el número de hijos que desea, por lo cual no se les debe imponer el método que uno desee, sino el que ellos elijan. Y esten de acuerdo con sus necesidades y salud.

2.2.12. Factores de riesgo en el embarazo.

Riesgo reproductivo: Es la probabilidad o grado de peligro que tiene tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de que se presente el embarazo. (60)

(59). Consuegra H. J., El control de la natalidad como arma del imperialismo. Ed. Trillas, Buenos Aires, 1969, pp.122-230.

(60). Carlos Vargas G., CIMIGEN. Salud Perinatal y Planificación Familiar. (Apuntes de curso). México, 1988.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Los problemas que se presentan responden a diversas causas, que las dividiremos en:

- Microambiente (relacionado con el producto).
- Matroambiente (relacionado con la madre).
- Macroambiente (relacionado con el medio ambiente).

éstos pueden aparecer solos o bien combinados unos con otros.

2.2.12.1. Factores del Microambiente.

Entre estos factores tenemos:

1.- Los defectos placentarios, que pueden ocasionar:

- a) Sufrimiento fetal crónico (con retraso en el crecimiento fetal).
- b) Sufrimiento fetal agudo y
- c) Un producto pretérmino.
- d) Placenta pequeña.
- e) Desprendimiento de placenta.
- f) Placenta previa.

2.- Defectos del cordón umbilical.

3.- Hidramnios.

4.- Isquemia feto-placentaria.

5.- Arterosis, alteraciones del amnios. (61)

(61). Grupo de Estudios al Nacimiento, El feto y su ambiente. GEN, México, 1983, pp.57-58.

Estas situaciones mencionadas, pueden ocasionar la muerte, ya sea pré o posnatal; de ahí la importancia de que la madre tenga un control médico periódico y estricto para identificar cualquier alteración o anomalía durante esta etapa.

Estas alteraciones pueden provocar retraso en el crecimiento del producto, un parto pretérmino, producto con hipoxia aguda, la muerte fetal "in útero", formación de circular de cordón y productos inmaduros o prematuros. Con esto se tiene que se va a disminuir la salud perinatal.

2.2.12.2. Factores del Macroambiente.

El número de agentes químicos que pueden amenazar directamente al feto es asombroso, más de cuatro millones, alrededor de cien mil son de uso relativamente común y unos mil entran al mercado anualmente.

En realidad muy pocos han sido estudiados en cuanto a toxicidad, mutagenicidad, carcinogenicidad y teratogenicidad.

La amenaza de pandemias ambientales por liberación masiva, accidental o no, de xenobióticos (moléculas extrañas a la vida creadas en laboratorio), o radiaciones, está latente

siempre.

Metales pesados, insecticidas, hermicidas, pesticidas, aditivos de los alimentos y los denominamos contaminantes sociales, como el tabaco, el alcohol, la debatida marihuana, que ha demostrado efectos deletéreos en fetos, a nivel experimental y numerosas drogas de empleo cada vez mayor, constituyen factores potenciales de agresión al feto. (62)

Los efectos deletéreos del ambiente sobre el organismo humano se manifiestan a todo lo largo de su existencia; pero adquiere particular significado durante la vida intrauterina. En esta etapa, a pesar de encontrarse en un espacio aislado en la cavidad uterina, el feto se halla expuesto a cualquier sustancia que penetre al organismo materno, ya que la placenta es permeable a la casi totalidad de ellas. (63)

La importancia de esto radica en poder controlar o evitar todos estos factores, para tener un producto sano; porque de lo contrario se tendrá un aborto, una muerte fetal "in útero", un producto con defectos al nacimiento, un enfermo o lesionado; y esto sólo se logrará por medio de la orien-

(62). Ibidem., pp.69-70.

(63). Ibidem., p.6.

tación y la concientización de todas aquellas personas que de cierta manera participan en la contaminación del ambiente, y el uso moderado y controlado de los diferentes contaminantes sociales.

Según Schneider "...Los factores socioeconómicos que contribuyen a que un embarazo presente un riesgo elevado se reducen en la práctica a uno solo: la pobreza. Que implica hacinamiento, nutrición deficiente, fatiga, suciedad, bajo nivel moral, falta de educación, y necesidad de trabajar incluso durante el período de un embarazo difícil". Reducido ingreso per cápita que limita en forma considerable la adquisición de bienes y servicios de la familia, ejerciendo cada vez más presión la población infantil sobre los escasos recursos de salud, vivienda, servicios públicos, agravando los problemas de desempleo y subempleo.

En algunos casos las creencias y las costumbres pueden ser factores de riesgo, por las prácticas antihigiénicas, situación social de la mujer o atención por personal no profesional. (64).

Es importante hacer hincapié y motivar a las mujeres gestan-

tes sobre la importancia de acudir a los servicios de salud haciendo a un lado los obstáculos tanto socioeconómicos, como normativos y de valores, el temor y los perjuicios, con tal de lograr un estado de salud óptimo tanto para ella como para el producto.

2.2.12.3. Factores del Matroambiente.

Factores biológicos.

El ambiente materno o matroambiente, no ofrece un refugio seguro al feto en desarrollo; la armonía que requiere el crecimiento celular del feto puede alterarse cualitativa o cuantitativamente y proceder desfavorablemente por efecto de carencias nutritivas o de un precario aporte de sangre oxigenada al espacio intervelloso. Diversas enfermedades y agresiones ambientales también influyen en esto. Además, las características biológicas de la madre, de una manera u otra, se asocian o son responsables de situaciones adversas en la adaptación al embarazo y al parto. Tales situaciones se acompañan con frecuencia de productos de bajo peso al nacer, por prematurez o por retardo del crecimiento intrauterino. (65)

(65). Ibidem., p.83.

- Edad.- La gestación debe realizarse en la etapa de la vida en que la mujer coincida con su madurez reproductiva. La extrema juventud (menos de veinte años), presupone menor desarrollo físico, biológico y psicológico. Obstétricamente hablando, mayor de treinta y cinco años resulta aún más peligroso porque en esta condición, en una primigesta añosa habrá problemas de su rigidez tisular, y en una multípara del deterioro de su aparato reproductor, que origina mecanismos anormales del parto; y en ambas la incidencia mayor de algunas anomalías estructurales del hijo (mongolismo, acondroplasia) y diversos trastornos relacionados con la implantación y vascularización placentaria.

- Peso.- El peso para que una mujer se considere de bajo riesgo durante el embarazo es de más de 45 kilogramos; pero, menos de 60 kilogramos sin olvidar que el peso está en relación con la talla.

- Talla materna.- Se menciona que en mujeres con talla menor de 1.50 m. hay problemas de tipo de desproporción cefalo-pélvica. (66)

(66). Ibidem, p.84.

- Paridad.- aumenta el riesgo en mujeres con más de 3 ó 4 embarazos. Las complicaciones obstétricas son manifiestas en las grandes multíparas, encontrándose mayor mortalidad, incidencia de presentaciones anormales y tendencia a aumentar el número de malformaciones.
- Período intergénésico.- Este debe ser mínimo de dos años. Se dice que mayor de seis o menor de dos años, afecta la gestación y el crecimiento fetal.
- Patologías propias de la madre.- La severidad de una toxemia, diabetes, condicionan diversos trastornos que afectan al producto de la gestación directa o indirectamente a través del daño placentario.

Factores obstétricos.

- Embarazos múltiples.
- Obitos.
- Pesos de productos: macrosómico, bajo peso.
- Malformaciones en el producto.
- Cesáreas anteriores.
- Prematurez.
- Hemorragias obstétricas.
- Abortos.

- Antecedentes personales patológicos: hipertensión arterial, cardiopatía, diabetes y nefropatías principalmente. Todas las anteriores tienen un grado de riesgo en un embarazo.

Factores psicológicos.

- Ansiedad.
- Miedo.
- Embarazo deseado o no deseado.
- Estado civil. (67)

La gestación representa un reto en el desarrollo emocional de la mujer, a tal grado, que varios autores lo consideran una verdadera crisis psicológica. El inicio del embarazo y el grado y calidad de adaptación psicósomática al mismo dependerá de los recursos psicosociales que la mujer tenga a su disposición y de los eventos o cambios en el ambiente social a los cuales ella tenga que adaptarse; todo esto en interacción con múltiples factores biológicos. (68)

En cuanto al embarazo de alto riesgo actualmente en algunas instituciones de nuestro país se está llevando a cabo un

(67). Ibidem., p.88.

(68). Ibidem., p.89.

sistema de detección y clasificación de riesgo (Previgen I-II), donde se enmarcan todos los factores que pueden ser de riesgo en un embarazo, tanto para la madre como para el producto. Se da el cuidado a la embarazada de acuerdo con el grado de complejidad de su problema. Esta hoja se maneja en el ISSSTE, Zaragoza. Se realiza una adecuada canalización de las pacientes, según la complejidad del problema. Las embarazadas de mediano riesgo son canalizadas a hospitales de segundo nivel; las pacientes con alto riesgo perinatal son canalizadas a un tercer nivel de atención.

3. METODOLOGIA.

3.1. HIPOTESIS.

3.1.1. General.

H_1 : Existe influencia entre la capacitación materno-infantil y la salud perinatal de las pacientes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F.

3.1.2. De trabajo.

H_2 : A mayor capacitación materno-infantil, mayor será la salud perinatal de las pacientes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F.

3.1.3. Nula.

H_0 : No existe influencia entre la capacitación materno-infantil y la salud perinatal de las pacientes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F.

3.2. VARIABLES.

3.2.1. Variable independiente.

CAPACITACION MATERNO-INFANTIL

INDICADORES:

- Educación premarital.
- Consulta médica periódica.
- Conocimiento sobre el embarazo, parto y puerperio.
- Conocimiento sobre los cambios anatómicos que ocurren durante el embarazo, parto y puerperio.
- Importancia de la atención prenatal.
- Alimentación materna durante el embarazo.
- Higiene durante el embarazo.
- Período intergenésico entre los dos últimos hijos.
- Conocimiento de los diferentes métodos de planificación familiar.
- Detección de factores de riesgo durante el embarazo.
- Conocimiento de los problemas que puede causar un embarazo en las mujeres con enfermedades crónico-degenerativas.
- Importancia de la no automedicación durante el embarazo.
- Conocimiento de los problemas que causan el consumo de alcohol y tabaco durante el

embarazo.

- Conocimiento de la edad ideal de la mujer para embarazarse.
- Conocimiento de signos y síntomas del trabajo de parto.
- Conocimiento del manejo del recién nacido por la madre.
- Conocimiento del período adecuado del destete y ablactación del lactante.
- Conocimiento de la importancia de la alimentación al seno materno al recién nacido.
- Conocimiento de la importancia del esquema de inmunizaciones en el recién nacido.
- Importancia de la participación del conyuge en la atención al recién nacido.

3.2.2. Variable dependiente.

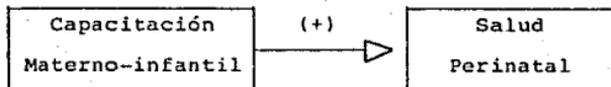
SALUD PERINATAL.

INDICADORES:

- Técnica de baño del recién nacido.
- Cuidado al cordón umbilical.
- Alimentación al seno materno.
- Aseo de la glándula mamaria.
- Técnica de la alimentación artificial.
- Estimulación temprana al recién nacido.

- Identificación temprana de defectos al nacimiento en el recién nacido.
- Manejo de cuadro de inmunizaciones.
- Crecimiento y desarrollo del recién nacido dentro de las percentilas normales.
- Tiempo de prolongación de destete.
- Etapa de comienzo de ablactación del lactante.
- Tiempo de convivencia madre-hijo.
- Condiciones higienico-dietéticas madre-hijo.
- Relaciones sexuales en el puerperio.
- Técnica de limpieza vulvo-perineal.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Consulta médica post-puerperio.
- Detección de signos de alarma durante el puerperio.

3.2.3. Modelo de relación causal de las variables.



3.3. TIPO Y DISEÑO.

3.3.1. Tipo.

Es una investigación de tipo observacional, prospectiva por que se presenta un fenómeno en el que no se modifican sus variables. Se utiliza en la investigación el método inductivo deductivo.

Esta tesis tiene proyección en la carrera de Enfermería, porque el personal esta capacitado para dar educación perinatal intrahospitalaria y comunidad, realizando así labores del primer nivel de atención, promoción a la salud y protección específica.

3.3.2. Diseño.

Es el que se sigue en la metodología de investigación de Seminario de tesis de la E.N.E.O.

3.4. TECNICAS DE INVESTIGACION UTILIZADAS.

3.4.1. Ficha de trabajo.

Esta técnica permitió ordenar y clasificar los datos consultados de la lectura realizada, incluyendo, las observaciones que se hacen de los párrafos de los autores.

3.4.2. Cuestionarios.

En esta investigación se aplicaron 200 cuestionarios a las pacientes obstétricas que cursan puerperio fisiológico o quirúrgico, con recién nacido sano y sin método de planificación familiar; en su domicilio y valorando el resultado de la educación intrahospitalaria. El cuestionario tuvo 44 preguntas con cuatro opciones de respuesta cada una. El tiempo de aplicación fué de 20 a 25 minutos por paciente, siendo aplicados en sus domicilios los días 3,4,5 y 6 de junio de 1989.

4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA.

4.1. UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA.

El Universo de trabajo en la investigación son todas las pacientes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F., que cursan con puerperio fisiológico o quirúrgico y que son derecho-habientes, haciendo un total de 7,000 al año. La Población: Son las mujeres del servicio de obstetricia de habitación conjunta que cursan con puerperio fisiológico o quirúrgico y con recién nacido sano y sin método de planificación familiar, al día son 20 pacientes, - siendo 3,240 pacientes en seis meses. La Muestra: Son las - pacientes obstétricas del servicio de habitación conjunta - que cursan con puerperio fisiológico o quirúrgico y que haucen un total de 200 pacientes que representan el 6.17% de - la población.

4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS.

Aquí se presentan las tablas y cuadros por variables y categorías. Esto permitió analizar el comportamiento de los dautos con las cifras que se se manejan en las variables.

CUADRO No. 1

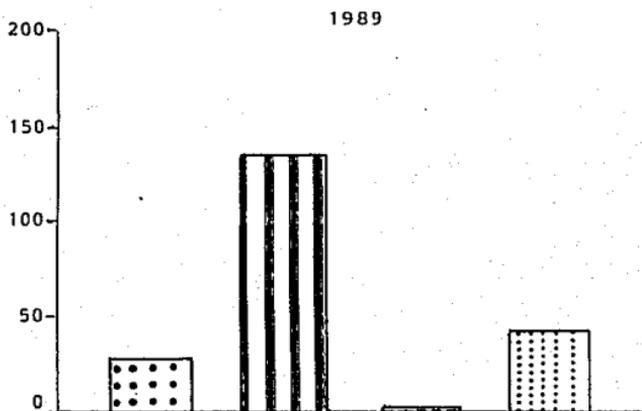
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
SOLTERA.	18	9
CASADA.	136	68
DIVORCIADA.	2	1
UNION LIBRE.	44	22
T O T A L	200	100%

Fuente: Cuestionario de la investigación: Influencia de la Capacitación Materno-infantil en la Salud Perinatal de las pacientes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F. Aplicado los días 3-6 de junio de 1989.

GRAFICA No.1

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



.....Soltera.

■ ■ ■ Casada.

-----Divorciada.

.....Unión libre.

DESCRIPCION: El 68% de las pacientes es casada, mientras que el 1% es divorciada.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.2

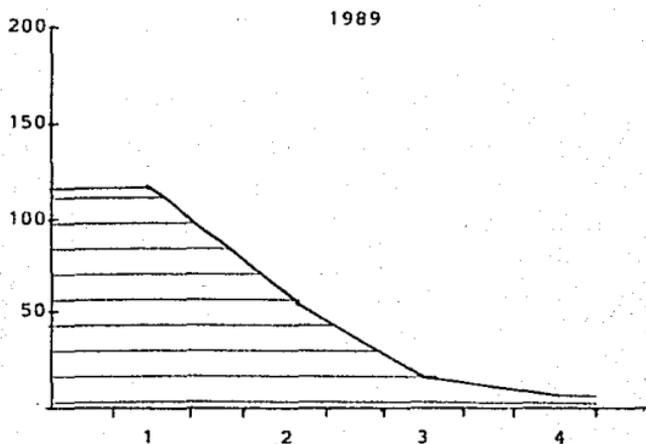
EDAD DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
15 A 25 AÑOS.	116	58
26 A 36 AÑOS.	60	30
37 A 40 AÑOS.	16	8
MAS DE 40 AÑOS.	8	4
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma fuente del cuadro No. 1

GRAFICA No.2

EDAD DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. 15 a 25 años.
2. 26 a 36 años.
3. 37 a 40 años.
4. Más de 40 años.

DESCRIPCION: El 58% de las pacientes tiene una edad de 15 a 25 años, mientras que solo un 4% de estas tienen una edad mayor a los 40 años.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.3

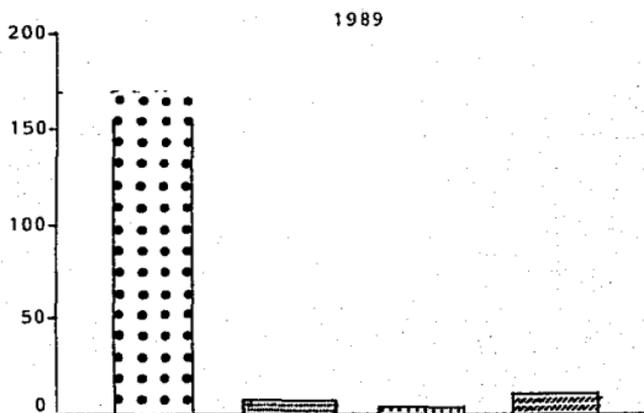
RELIGION DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
CATOLICA.	175	87.5
EVANGELISTA.	9	4.5
CRISTIANA.	5	2.5
TESTIGO DE JEHOVA.	11	5.5
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.3

RELIGION DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL
"GRAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



● ● ● ● Católica.

———— Evangelista.

..... Cristiana.

//// Testigo de Jehová.

DESCRIPCION: El 87.5% de las pacientes son de religión catól
lica, y el 2.5% es cristiana.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.4

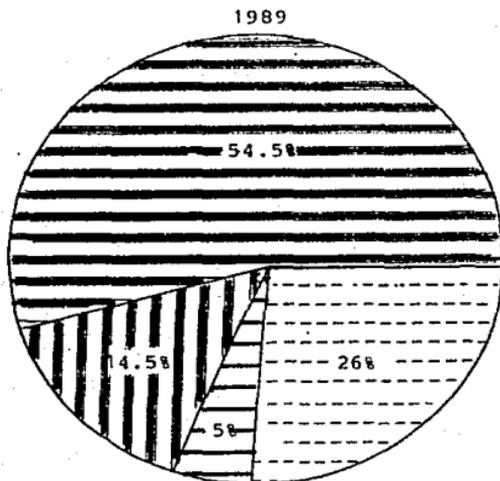
ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
PRIMARIA.	109	54.5
SECUNDARIA.	52	26
PREPARATORIA O EQUIVALENTE.	10	5
TECNICO O PROFESIONAL.	29	14.5
ESPECIFICAR:		
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.4

ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



- ■ ■ ■ ■ Primaria.
- Secundaria.
- ■ ■ ■ ■ Preparatoria o equivalente.
- Técnico o profesional.

DESCRIPCION: El 54.5% de las pacientes tiene educación primaria y el 5% educación preparatoria ó equivalente.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 5

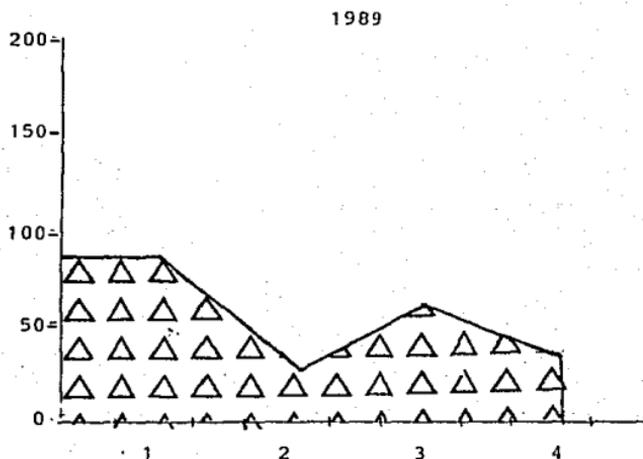
CONOCIMIENTO SOBRE EDUCACION SEXUAL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
SI, ME INFORME EN LA ESCUELA, POR MIS PADRES, EN LIBROS, ETC.	88	44
NO SE NADA AL RESPECTO.	24	12
NUNCA RECIBI INFORMACION DE ESTE TIPO.	66	33
NO, JAMAS ME DEJARON HABLAR SOBRE ESTE TEMA.	22	11
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.5

CONOCIMIENTO SOBRE EDUCACION SEXUAL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. Sí, me informe en la escuela, por mis padres, en libros, etc.
2. No se nada al respecto.
3. Nunca recibí información de este tipo.
4. No, jamás me dejaron hablar sobre este tema.

DESCRIPCION: Se observa que el 44% de las pacientes tienen conocimientos sobre educación sexual, mientras al 11% de las pacientes jamás las dejaron hablar sobre el tema.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.6

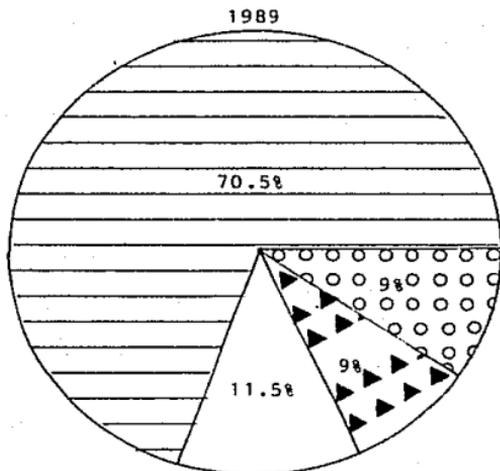
ASISTENCIA A CONSULTA MEDICA DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PA-
CIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO
ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
SI, ACUDI A REVISION MEDICA MES CON MES	141	70.5
SI, ACUDI EN EL ULTIMO TRIMESTRE.	23	11.5
NO, NUNCA ACUDI A REVISION MEDICA.	18	9
NO CREI IMPORTANTE IR AL MEDICO.	18	9
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.6

ASISTENCIA A CONSULTA MEDICA DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



— Sí, acudió a revisión médica.

— Sí, acudió solo en el último trimestre.

▲▲▲ No, nunca acudió a revisión médica.

○ ○ ○ No creí importante ir al médico.

DESCRIPCION: El 70% de las pacientes acuden a consulta médica mes con mes, durante el embarazo, y el 9% nunca acude a revisión médica, o no lo cree importante.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 7

IMPORTANCIA DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

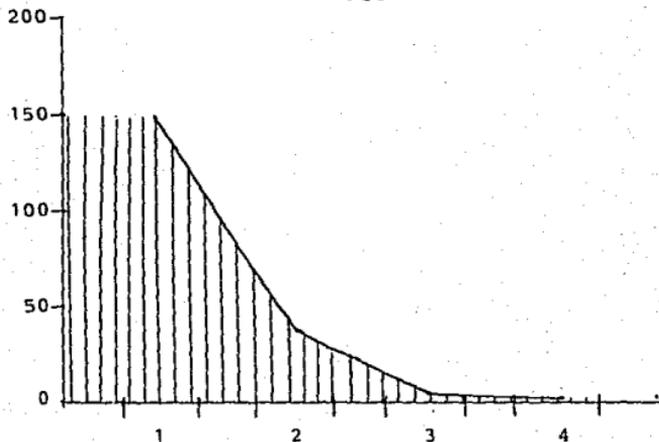
1989		
O P C I O N E S	F	O/O
SI, PORQUE ASI SABEMOS QUE CAMBIOS VAN A SUCEDER EN NUESTRO ORGANISMO EN CADA UNA DE ESTAS ETAPAS.	150	75
SI, PORQUE ASI PODEMOS EVITAR MUCHOS PROBLEMAS.	40	20
NO, PORQUE SON ACONTECIMIENTOS NATURALES EN LOS CUALES NO HAY PROBLEMA.	7	3.5
NO SE SI ES IMPORTANTE O NO.	3	1.5
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.7

IMPORTANCIA DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989



1. Sí, porque así sabemos que cambios van a suceder en nuestro organismo en cada una de estas etapas.
2. Sí, porque así podemos evitar muchos problemas.
3. No, porque son acontecimientos naturales en los cuales no hay problemas.
4. No se si es importante o no.

DESCRIPCION: El 75% de la población opina que si es importante tener conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio, porque así saben que cambios van a suceder en su organismo en cada una de estas etapas, mientras que el 1.5% no sabe si es importante o no.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.8

CONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS ANATOMO-FISIOLOGICOS QUE OCURREN DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

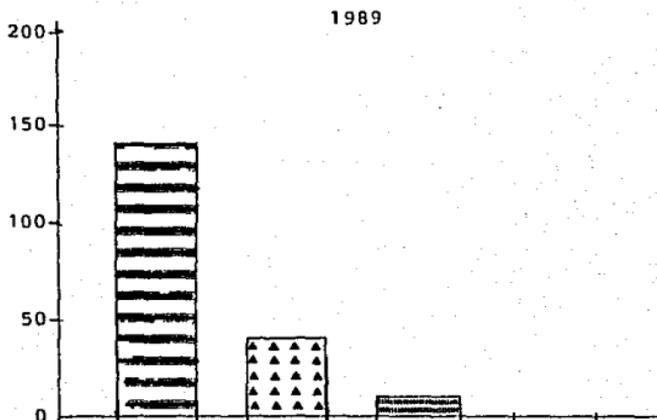
1989

O P C I O N E S	F	O/O
SI, EN EL EMBARAZO SE SUSPENDE LA REGLA EL VIENTRE AUMENTA DE TAMAÑO, EN EL PARTO, COMIENZAN LAS CONTRACCIONES, SE ARROJA EL TAPON MUCOSO, SE ROMPE LA FUENTE, EN EL PUERPERIO O CUARENTENA, LA MATRIZ VUELVE A SU TAMAÑO NORMAL, EMPIEZA A SALIR CALOSTRO POR LOS SENOS.	146	73
NO SE QUE SUCEDE EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.	43	21.5
NUNCA HE TENIDO INFORMACION AL RESPECTO	11	5.5
NO CREO IMPORTANTE SABER QUE SUCEDE.	0	0
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.8

CONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS ANATOMO-FISIOLOGICOS QUE OCURREN DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



----- Sí, tienen conocimiento de los cambios anatómo-fisiológicos que ocurren durante el embarazo, parto y puerperio.

▲▲▲▲ No se sabe que sucede en el embarazo, parto y puerperio.

..... Nunca he tenido información al respecto.

No creo importante saber que sucede.

DESCRIPCION: El 73% de las pacientes tienen conocimiento de los cambios anatómo-fisiológicos durante el embarazo, parto y puerperio, y al 5.5% de las pacientes nunca le han dado información al respecto.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.9

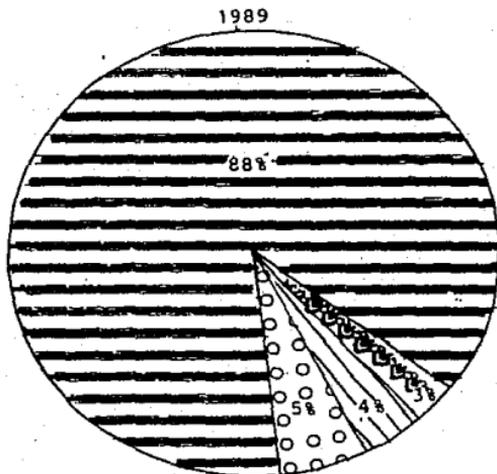
IMPORTANCIA DE LA CONSULTA MEDICA PRENATAL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
SI, ES IMPORTANTE PORQUE ASI SE DISMINUYEN LOS PELIGROS DEL EMBARAZO.	176	88
NO SE CUANDO ACUDIR A ESTA CONSULTA.	10	5
ES IMPORTANTE, PERO NO TENGO TIEMPO DE ACUDIR AL MEDICO.	8	4
NO SE DE QUE ME ESTA HABLANDO.	6	3
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.9

IMPORTANCIA, DE LA CONSULTA MEDICA PRENATAL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



-  Sí, es importante porque así se disminuyen los peligros del embarazo.
 No sé cuando acudir a esta consulta.
 Es importante, pero no tengo tiempo de acudir al médico.
 No sé de que me esta hablando.

DESCRIPCION: El 88% de las pacientes sabe de la importancia que tiene la consulta prenatal, mientras que el 3% no supone que se le estaba hablando.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 10

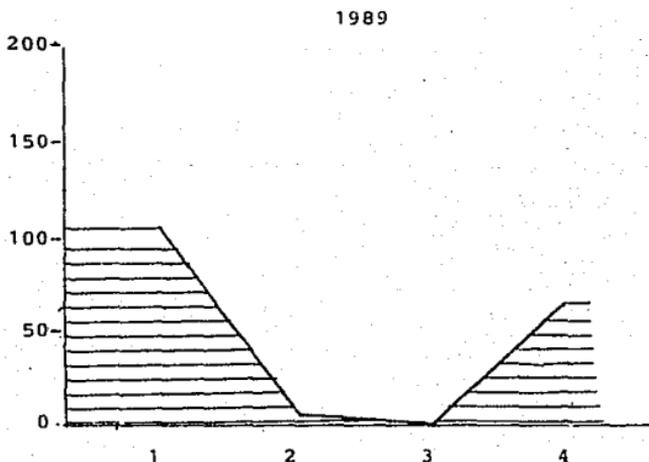
ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
COMPUESTA BASICAMENTE DE FRUTAS, VERDURAS, CARNE, LECHE Y HUEVO.	119	59.5
NO SE QUE CONSUMIR DURANTE EL EMBARAZO.	7	3.5
LLEVE UNA DIETA ESPECIAL YA QUE TUVE PROBLEMAS DURANTE EL EMBARAZO.	0	0
NO LLEVO UNA DIETA ESPECIAL, COMO LO QUE SIEMPRE HE ACOSTUMBRADO.	74	37
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.10

ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. Compuesta básicamente de frutas, verduras, carne, leche y huevo.
2. No sé que consumir durante el embarazo.
3. Lleve una dieta especial ya que tuve problemas durante el embarazo.
4. No llevo una dieta especial, como lo que siempre he acostumbrado.

DESCRIPCION: El 59.5% de las pacientes lleva una dieta compuesta de frutas, carne, leche y huevo durante el embarazo, y el 3% de esta población no sabe que consumir.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 11

MEDIDAS HIGIENICAS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

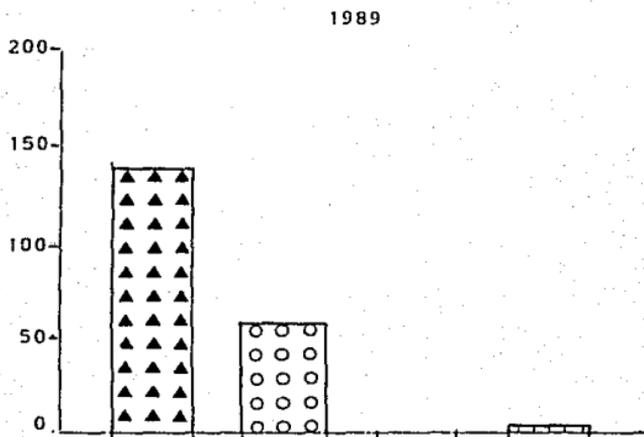
1989

O P C I O N E S	F	O/O
BAÑO Y CAMBIO DE ROPA DIARIO, EJERCICIO MODERADO.	138	69
BAÑO CADA TERCER DIA CON CAMBIO DE ROPA	58	29
BAÑO CADA OCHO DIAS.	0	0
NUNCA ME INFORMARON LO QUE TENIA QUE HACER.	4	2
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 11

MEDIDAS HIGIENICAS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



▲ ▲ ▲ Baño y cambio de ropa diaria, ejercicio moderado.

○ ○ ○ Baño cada tercer día con cambio de ropa.

||:||||| Baño cada ocho días.

||||| Nunca me informaron lo que tenía que hacer.

DESCRIPCION: El 69% de las pacientes durante el embarazo realiza el baño y cambio de ropa diario, así como el ejercicio moderado. en tanto que al 2% de las pacientes nunca les informaron lo que tenía que hacer.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.12

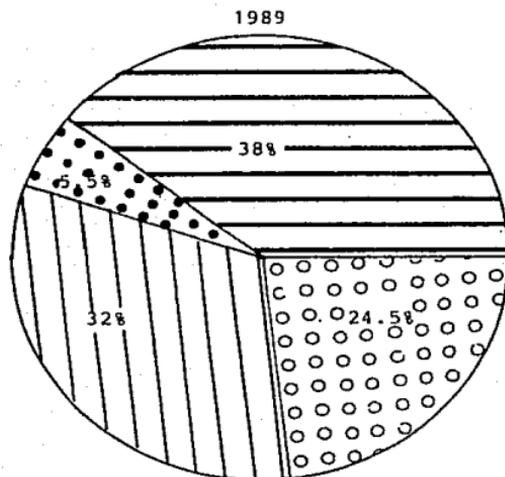
AÑOS DE DIFERENCIA ENTRE LOS DOS ULTIMOS HIJOS DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZA RAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
PRIMER HIJO.	76	38
MENOS DE 1 AÑO.	11	5.5
1 A 2 AÑOS.	49	24.5
3 O MAS AÑOS.	64	32
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 12

AÑOS DE DIFERENCIA ENTRE LOS DOS ÚLTIMOS HIJOS DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZA RAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



———— Primer hijo.

••••• Menos de 1 año.

○○○ 1 a 2 años.

||| 3 ó más años.

DESCRIPCION: Del 38% de las pacientes es su primer hijo, y el 5.5% corresponde a menos de 1 año de diferencia entre los dos últimos hijos de las pacientes.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.13

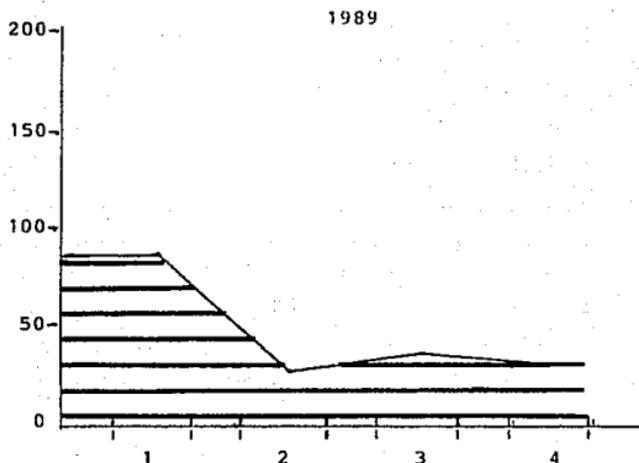
CONOCIMIENTO DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA CIO ZARAGOZA DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
SI, CONOZCO EL D.I.U., LAS PASTILLAS, LAS INYECCIONES, ETC.; PERO NO CONOZCO SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS.	88	44
SI, CONOZCO TODOS LOS METODOS Y CONOZCO SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS.	32	16
SOLO CONOZCO EL QUE UTILIZO:	41	20.5
NO CONOZCO NINGUNO.	39	19.5
T O T A L	200	100 %

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 13

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA CIO ZARAGOZA DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. Sí, conozco el D.I.U., las pastillas, las inyecciones, etc.; pero no conozco sus ventajas y desventajas.
2. Sí, conozco todos los métodos y conozco sus ventajas y desventajas.
3. Solo conozco el que utilizo.
4. No conozco ninguno.

DESCRIPCION: El 44% de la población conoce los diferentes métodos de planificación pero no sus ventajas y desventajas solo el 16% de la población conoce todos los métodos de planificación familiar así como sus ventajas y desventajas.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.14

CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO
 POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL.
 IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

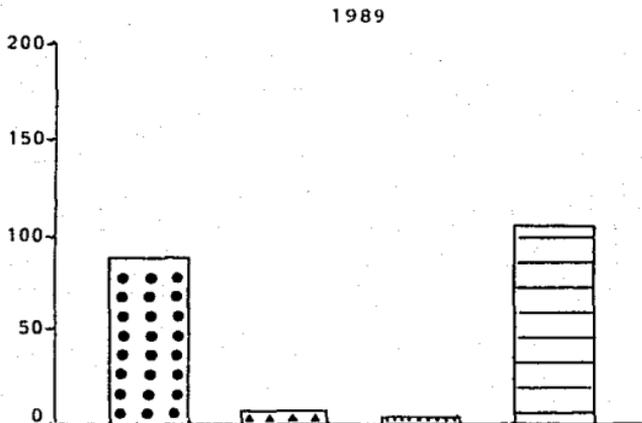
1989

O P C I O N E S	F	O/O
SI, COMO EL PESO, LA TALLA, LA EDAD, EL PERIODO INTERGENESICO, LAS HEMORRAGIAS, EL AUMENTO DE PESO EXCESIVO, LA FALTA DE MOVIMIENTOS FETALES, HINCHAZON DE PIERNAS.	88	43
EL MEDICO DEBIO HABERMELO DICHO, PERO NO RECUERDO BIEN.	6	3
SON COSAS BUENAS QUE SUCEDEN DURANTE EL EMBARAZO.	2	2
NO SE NADA AL RESPECTO.	104	52
T O T A L	200	100 %

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 14

CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO
 POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL.
 IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



- ● ● Sí, como el peso, talla, la edad, el período intergenésico, las hemorragias, el aumento de peso excesivo, la falta de movimientos fetales, hinchazón de piernas
- ▲ ▲ ▲ El médico debió habermelo dicho, pero no recuerdo bien.
- Son cosas buenas que suceden en el embarazo.
- ===== No se nada al respecto.

DESCRIPCION: El 43% de las pacientes tiene conocimiento de los factores de riesgo durante el embarazo, y el 1% opina que son cosas buenas que suceden durante el embarazo.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 15

CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS QUE CAUSA EL EMBARAZARSE CUANDO EXISTEN ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS EN LAS PACIENTES OBSTERICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989

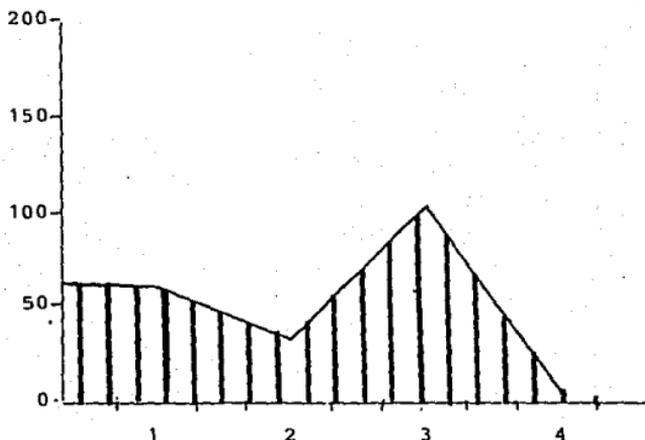
O P C I O N E S	F	O/O
SI, DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO LA MADRE Y EL NIÑO TIENEN MUCHOS PROBLEMAS	60	30
SOLO AFECTA AL BEBE YA QUE PUEDE NACER CON MALFORMACIONES O PUEDE HEREDAR LA ENFERMEDAD.	33	16.5
NO SE QUE PROBLEMAS OCASIONA.	102	51
NO CREO QUE PUEDAN TENER ALGUN PROBLEMA.	5	2.5
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.15

CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS QUE CAUSA EL EMBARAZARSE CUANDO EXISTEN ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS EN LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989



1. Sí, durante el embarazo y el parto la madre y el niño tienen muchos problemas.
2. Solo afecta al bebé ya que puede nacer con malformaciones o puede heredar la enfermedad.
3. No se que problemas ocasiona.
4. No creo que puedan tener algún problema.

DESCRIPCION: El 51% de la población no sabe que problemas ocasiona y el 2.5% de la población opinan que no creen tener algún problema.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 16

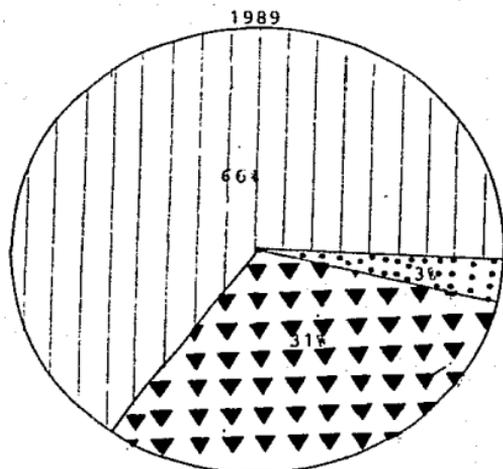
MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
SOLO TOME LAS MEDICINAS QUE ME RECETO EL MEDICO.	132	66
SI TOME MEDICINA SIN CONSULTAR AL MEDICO.	6	3
NO ES BUENO TOMAR MEDICINA DURANTE EL EMBARAZO.	0	0
NO TOME NINGUN MEDICAMENTO.	62	31
T O T A L	200	100 %

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.16

MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



!!! Solo tome las medicinas que me recetó el médico.

..... Sí tome medicina sin consultar al médico.

No es bueno tomar medicina durante el embarazo.

▼▼ No tome ningún medicamento.

DESCRIPCION: El 66% de las pacientes solo tomaron medicinas recetadas por el médico, y el 3% de las pacientes tomo medicinas sin consultar al médico.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.17

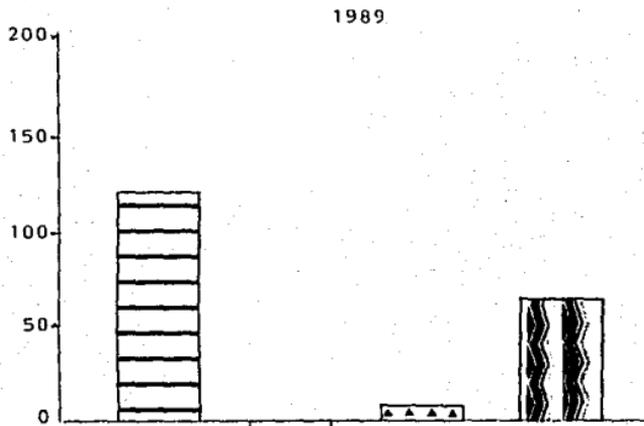
CONOCIMIENTOS DE LOS PROBLEMAS QUE CAUSA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/0
SI, EL BEBE NACE ANTES DE TIEMPO Y CON BAJO PESO.	122	61
ESTOS NO CAUSAN PROBLEMAS AL PRODUCTO.	0	0
SI CONOZCO LOS PROBLEMAS, PERO ME ES IMPOSIBLE DEJAR DE FUMAR.	11	5.5
NO CONOZCO LOS PROBLEMAS QUE OCASIONA.	67	33.5
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.17

CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS QUE CAUSA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



==== Sí el bebé nace antes de tiempo y con bajo peso.

Estos no causan problema al producto.

▲▲▲ Si conozco los problemas, pero me es imposible dejar de fumar.

||| No conozco los problemas que ocasiona.

DESCRIPCION: El 61% de las pacientes tiene conocimientos de los problemas que causa el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, mientras que el 5.5% conoce los problemas pero le es imposible dejar de fumar.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.18

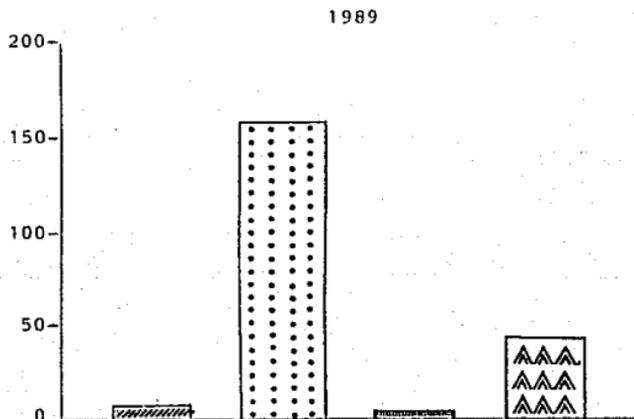
EDAD ADECUADA PARA QUE LA MUJER SE EMBARAZE, SEGUN LAS PACIENTES OBSTERICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
-15 A 20 AÑOS	8	4
-21 A 30 AÑOS.	160	80
-31 A 40 AÑOS.	4	2
-NO SABE LA EDAD.	28	14
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.18

EDAD ADECUADA PARA QUE LA MUJER SE EMBARAZE, SEGUN LAS PA_ CIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZA RAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



////// 15 a 20 años.

..... 21 a 30 años.

■■■■■■■■■■ 31 a 40 años.

▲▲▲ No sabe la edad.

DESCRIPCION: El 80% de la población opina que la edad adecuada para embarazarse es de 21 a 30 años de edad, mientras que el 2% opina que es de 31 a 40 años.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.19

CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SINTOMAS DEL TRABAJO DE PARTO POR-
LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA
CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

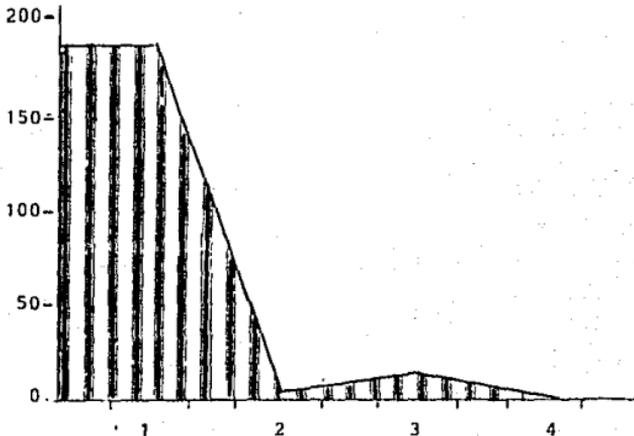
1989		
O P C I O N E S	F	O/O
HAY DOLORES CONTINUOS E INTENSOS, SE ROMPE LA FUENTE, SE ARROJA MOCO CON SANGRE.	185	92.5
NO HE SENTIDO NADA PERO ME DIJERON QUE ES LO QUE DEBIA SUCEDER.	2	1
NO SE QUE ES LO QUE SUCEDE.	13	6.5
ME DA TANTO MIEDO, QUE HASTA ME QUIERO MATAR.	0	0
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 19

CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SINTOMAS DEL TRABAJO DE PARTO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989



1. Hay dolores continuos e intensos, se rompe la fuente, se arroja moco con sangre.
2. No he sentido nada pero me dijeron que es lo que debía suceder.
3. No se que es lo que sucede.
4. Me da tanto miedo que hasta me quiero matar.

DESCRIPCION: El 92.5% de las pacientes tiene conocimiento de los signos y síntomas del trabajo de parto, mientras que el 1% de las pacientes opinó que no ha sentido nada pero le informaron que es lo que debía suceder.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.20

CONOCIMIENTO DEL MANEJO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOGAR POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

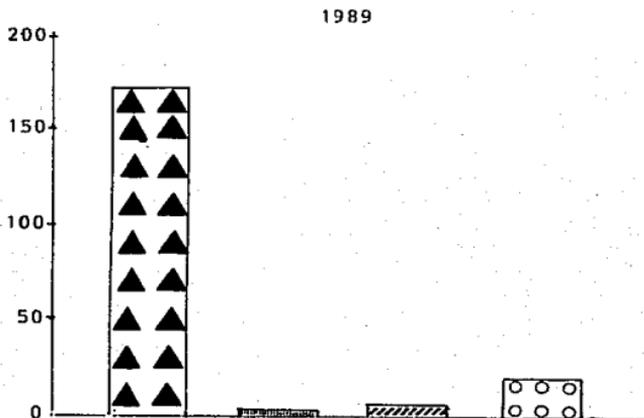
1989

O P C I O N E S	F	O/O
SI, COMO BAÑARLO, LA ALIMENTACION AL SENO MATERNO, CUIDADOS AL CORDON UMBILICAL, LAS VACUNAS QUE SE APLICAN, ETC.	173	86.5
ES DIFICIL CUIDAR A UN RECIEN NACIDO.	2	1
DE SU CUIDADO SE ENCARGA OTRA PERSONA.	6	3
LE REALIZO LOS CUIDADOS, PERO NO SE SI ES LO CORRECTO O NO.	19	9.5
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 20

CONOCIMIENTO DEL MANEJO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOGAR DE
 LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA
 CIO ZARAGOZA DEL ISSSTE, EN EL D.F.



▲▲ Sí, como bañarlo, la alimentación al seno materno, cuidados al cordón umbilical, y las vacunas que se le aplican.

..... Es difícil cuidar a un recién nacido.

//// De su cuidado se encarga otra persona.

○ Le realizo los cuidados pero no se si es lo correcto.

DESCRIPCION: El 86.5% de las pacientes tiene conocimientos sobre el manejo al recién nacido en el hogar, en tanto que el 1% de las pacientes dice que es difícil cuidar a un recién nacido.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.21

CONOCIMIENTOS SOBRE EL TIEMPO DE DESTETE Y ABLACTACION DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

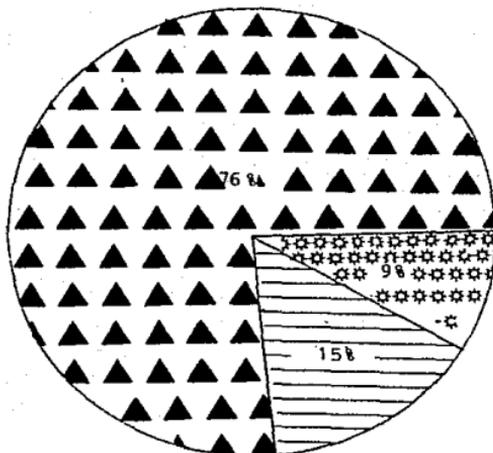
1989		
O P C I O N E S	F	O/O
SI, EL MEDICO ME INFORMO.	152	76
SI, LO LEI EN LIBROS.	0	0
MI MADRE ME INFORMO SOBRE ESTO.	18	9
NO, NADIE ME INFORMO.	30	15
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.21

CONOCIMIENTO SOBRE EL TIEMPO DE DESTETE Y ABLACTACION DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989



▲▲ Si, el médico me informó.

Si, lo lei en libros.

☆☆ Mi madre me informó sobre esto.

— Nadie me informó.

DESCRIPCION: El 76% de las pacientes fué informada por el médico acerca del tiempo de destete y ablactación, mientras que el 9% fué informada por su madre.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 22

IMPORTANCIA DE ALIMENTAR AL RECIEN NACIDO AL SENO MATERNO
SEGUN LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

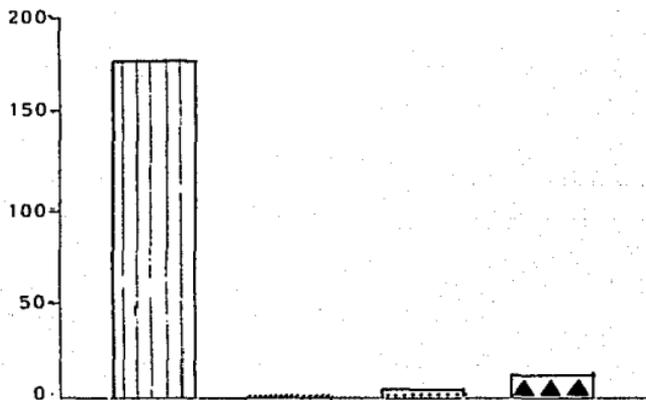
1989		
O P C I O N E S	F	0/0
PORQUE LO PROTEGE CONTRA INFECCIONES.	179	89.5
CONOZCO LO IMPORTANTE QUE ES, PERO NO TUVE SECRECION LACTEA.	2	1
NO ES IMPORTANTE ALIMENTAR AL BEBE CON PECHO.	4	2
NO TENGO CONOCIMIENTO SOBRE ESTO.	15	7.5
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.22

IMPORTANCIA DE ALIMENTAR AL RECIEN NACIDO AL SENO MATERNO
SEGUN LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL
IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989



|| || || Porque lo protege contra infecciones.

..... Conozco lo importante que es, pero no tuve secreción
láctea.

..... No es importante alimentar al bebé con pecho.

▲▲▲ No tengo conocimiento sobre esto.

DESCRIPCION: El 89.5% de las pacientes sabe que es importante
alimentar al seno materno a sus hijos, y el 1% conoce la
importancia de alimentar al seno materno pero no tuvieron
secreción láctea.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.23

IMPORTANCIA DE LA VACUNACION AL RECIEN NACIDO SEGUN LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989

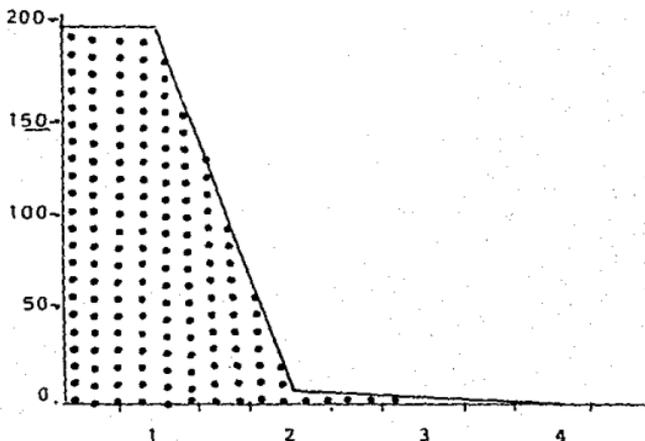
O P C I O N E S	F	0/0
SI ES IMPORTANTE, SE PUEDEN PREVENIR ENFERMEDADES GRAVES.	195	97.5
SI ES IMPORTANTE, PERO NO TENGO TIEMPO PARA LLEVARLO A VACUNAR.	5	2.5
NO CREO QUE SEA IMPORTANTE VACUNARLOS.	0	0
NUNCA HE VACUNADO A MIS HIJOS.	0	0
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.23

IMPORTANCIA DE LA VACUNACION AL RECIEN NACIDO SEGUN LAS PA_ CIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZA RAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989



1. Sí, es importante, se pueden prevenir enfermedades graves.
2. Sí, es importante, pero no tengo tiempo para llevarlo a vacunar.
3. No creo que sea importante vacunarlos.
4. Nunca he vacunado a mis hijos.

DESCRIPCION: El 97.5% sabe de la importancia de la vacunación al recién nacido, mientras que el 2.5% sabe de su importancia pero no lleva a vacunar a sus hijos por falta de tiempo.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.24

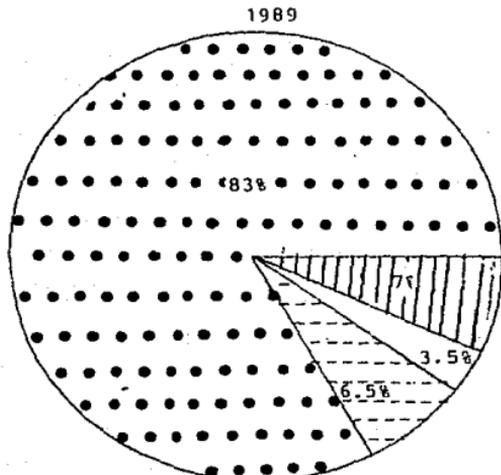
PARTICIPACION DEL ESPOSO EN LA ATENCION DEL BEBE DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZA RAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
SI, ES IMPORTANTE PORQUE ES RESPONSABILIDAD DE LA PAREJA, CON LO CUAL AMBOS CONOCEN LAS NECESIDADES DEL HIJO, ADEMÁS HAY UN VINCULO MAS ESTRECHO ENTRE EL PADRE-HIJO-MADRE.	166	83
ES IMPORTANTE, PERO, MI ESPOSO NO TIENE TIEMPO.	14	7
LA ATENCION DEL NIÑO SOLO DEBEN REALIZARLA LAS MUJERES.	7	3.5
LOS HOMBRES NO TIENEN CONOCIMIENTO PARA ATENDER A LOS HIJOS.	13	6.5
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.24

PARTICIPACION DEL ESPOSO EN LA ATENCION AL BEBE DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



● ● ● Sí, es importante porque es responsabilidad de la pareja, con lo cual, ambos conocen las necesidades del hijo, además hay un vínculo más estrecho entre el padre-hijo-madre.

|||| Es importante, pero mi esposo no tiene tiempo. La atención del niño solo deben realizarla las mujeres.

----- Los hombres no tienen conocimiento para atender a los hijos.

DESCRIPCION: El 83% de las pacientes sabe de la importancia de la participación del esposo en la atención del bebé, mientras que el 3.5% opina que esto lo deben realizar las mujeres.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.25

COMO REALIZAN EL BAÑO EN EL RECIEN NACIDO LAS PACIENTES
OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
DEL ISSSTE, EN EL D.F.

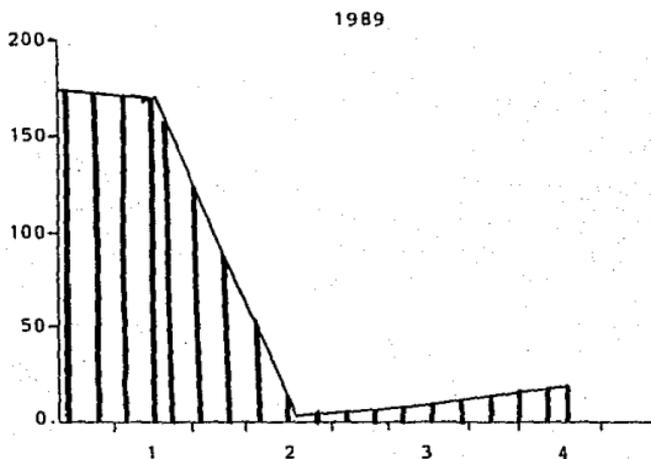
1989

O P C I O N E S	F	0/0
LE BAÑO PRIMERO LA CABEZA Y DESPUES EL CUERPO.	171	85.5
MI ESPOSO BAÑA AL NIÑO CUÁNDO EL SE BAÑA.	4	2
YO NO BAÑO AL NIÑO, ME DA MIEDO, LO BAÑA OTRA PERSONA.	9	4.5
LO BAÑO EN LA TINA, SIN SEGUIR NINGUNA TECNICA.	16	8
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.25

COMO REALIZAN EL BAÑO EN EL RECIEN NACIDO LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. Le baño primero la cabeza y después el cuerpo.
2. Mi esposo baña al niño cuando él se baña.
3. Yo no baño al niño, me da miedo, lo baña otra persona.
4. Lo baño en la tina, sin seguir ninguna técnica.

DESCRIPCION: El 85.5% de las pacientes realiza el baño comenzando por la cabeza y después el cuerpo, mientras que en el 2% el esposo baña al niño.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.26

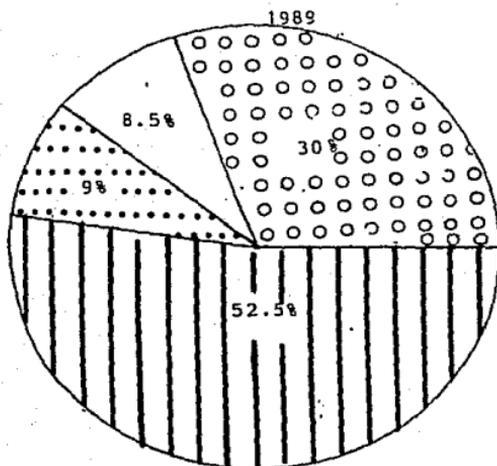
REALIZACION DEL ASEO AL CORDON UMBILICAL POR LAS PACIENTES -
 OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
SOLO CON AGUA Y JABON.	60	30
NO LE PONGO NADA SOLO LO FAJO.	18	9
LE PONGO VASELINA, ACEITE, CREMA.	17	8.5
CON ALCOHOL Y MERTHIOLATE ES SUFICIENTE.	105	52.5
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.26

REALIZACION DEL ASEO AL CORDON UMBILICAL POR LAS PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



Solo con agua y jabón.

..... No le pongo nada solo lo fajo.

OOO Le pongo vaselina, aceite, crema.

||| Con alcohol y merthiolate es suficiente.

DESCRIPCION: El 52.5% de las pacientes realiza el aseo al cordón umbilical solo con alcohol y merthiolate, mientras que el 8.5% le pone vaselina, aceite, crema.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.27

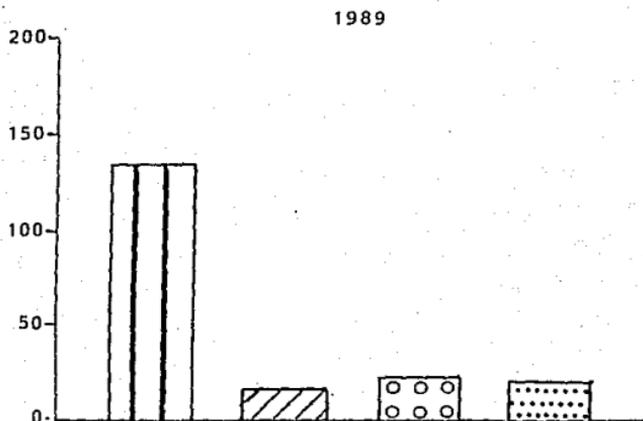
ALIMENTACION AL SENO MATERNO POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS
DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE,
EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
SI LO ALIMENTE.	136	68
NO LO ALIMENTE PORQUE TRABAJO.	18	9
LO ALIMENTE HASTA QUE YA NO TUVE LECHE.	24	12
NO ME GUSTA ALIMENTAR A MIS HIJOS CON EL PECHO.	22	11
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.27

ALIMENTACION AL SENO MATERNO POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS-
DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, -
EN EL D.F.



|| Si lo alimente.

///, No lo alimente porque trabajan.

ooo Lo alimente hasta que ya no tuvo leche.

..... No me gusta alimentar a mis hijos con el pecho.

DESCRIPCION: El 68% de las pacientes alimentó a su hijo al-
seno materno, mientras que el 9% no lo hizo ya que trabajan

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.28

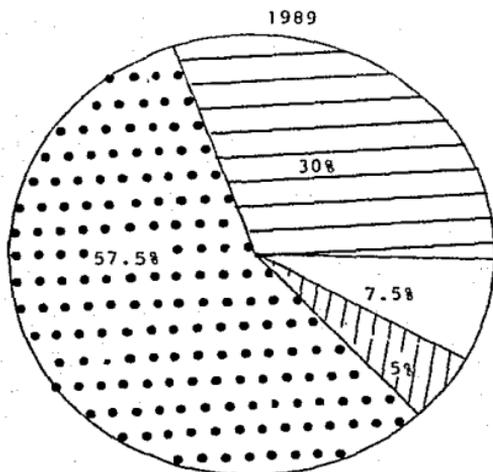
LIMPIEZA DE LOS SENOS POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOS-
PITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL -
D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
LO REALIZO EN EL BAÑO DIARIO.	60	30
CADA VEZ QUE ALIMENTO AL BEBE Y DESPUES DE REALIZARLO.	115	57.5
NUNCA ME REALIZO LIMPIEZA DE LOS SENOS.	15	7.5
NO ME REALIZO LA LIMPIEZA, AUNQUE SE -- QUE DEBO HACERLO.	10	5
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.28

LIMPIEZA DE LOS SENOS POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



==== Lo realizo en el baño diario.

●●● Cada vez que alimento al bebé y después de realizarlo
Nunca me realizo la limpieza de los senos.

//// No me realizo la limpieza, aunque se que debo hacerlo

DESCRIPCION: El 57.5% de las pacientes realiza la limpieza de sus senos antes y después de alimentar al bebé, mientras que el 5% no realiza la limpieza aunque sabe que debe hacerlo.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.29

MEDIDAS HIGIENICAS QUE REALIZAN AL PREPARAR LOS BIBERONES -
 LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA
 CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL. D.F.

1989

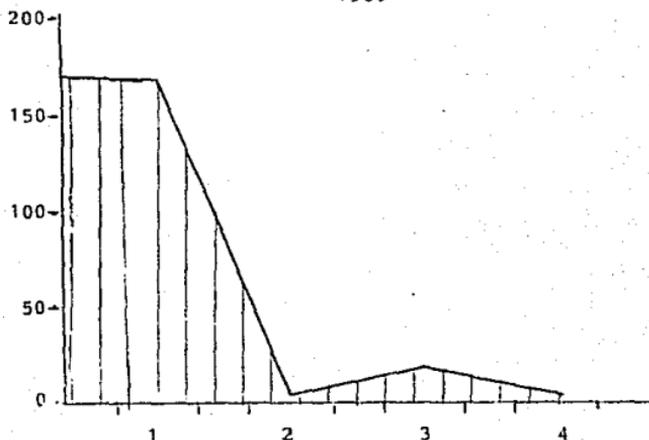
O P C I O N E S	F	O/O
HIERVO LOS BIBERONES, ROSQUILLAS, CHUPO NES Y EL AGUA POR 15 MIN.	171	85.5
EL AGUA QUE UTILIZO PARA PREPARAR LA -- LECHE NO ESTA HERVIDA.	5	2.5
NO HIERVO LOS BIBERONES.	20	10
NO ME LAVO LAS MANOS, GUARDO LA LECHE - SOBRANTE.	4	2
T O T A L	200	100 %

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.29

MEDIDAS HIGIENICAS QUE REALIZAN AL PREPARAR LOS BIBERONES -
 LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA
 CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989



1. Hiervo los biberones, rosquillas, chupones y el agua por 15 min.
2. El agua que utilizo para preparar la leche no está hervida.
3. No hiervo los biberones.
4. No me lavo las manos, guardo la leche sobrante.

DESCRIPCION: El 85.5% de las pacientes tiene conocimiento de las medidas higiénicas que se realizan al preparar los biberones, mientras que el 2% no se lava las manos y guarda la leche sobrante.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.30

ESTIMULACION TEMPRANA EN EL RECIEN NACIDO POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"- DEL ISSSTE, EN EL D.F.

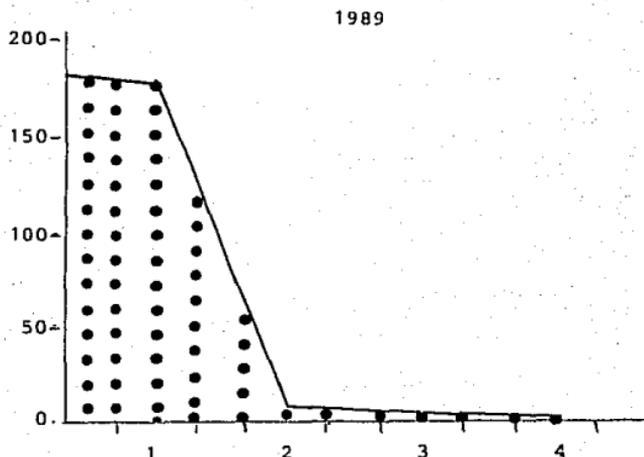
1989

O P C I O N E S	F	0/0
LE HABLA, CANTA, ARRULLA, SONRIE CON -- SU HIJO.	181	90.5
CASI NO CONVIVO CON EL, NO TENGO TIEM_-- PO.	8	4
LOS BEBES NO ENTIENDEN A ESTA EDAD.	7	3.5
SOLO LE REALIZO LOS CUIDADOS NECESARIOS PARA MANTENERLO LIMPIO.	4	2
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA NO.30

ESTIMULACION TEMPRANA EN EL RECIEN NACIDO POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"- DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. Le habla, canta, arrulla, sonrío con su hijo.
2. Casi no convivo con él, no tengo tiempo.
3. Los bebés no entienden a esta edad.
4. Solo realizo los cuidados necesarios para mantenerlo limpio.

DESCRIPCION: El 90.5% de las pacientes le hablan, cantan -- arrullan, sonrien con sus hijos, mientras que el 2% solo -- realiza los cuidados necesarios para mantenerlo limpio.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.31

DETECCION OPORTUNA DE DEFECTOS AL NACIMIENTO POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

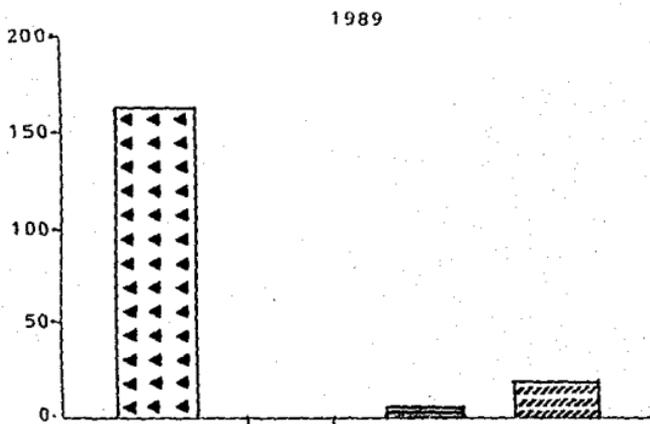
1989

O P C I O N E S	F	0/0
SI LO REVISO, PARA IDENTIFICAR ALGUN PROBLEMA.	173	86.5
LO REVISO PORQUE HE TENIDO HIJOS CON PROBLEMAS DE MALFORMACIONES.	0	0
NO LO REVISO, PERO LO LLEVO AL MEDICO PERIODICAMENTE.	7	3.5
NO LO CREO NECESARIO.	20	10
T O T A L	100	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.31

DETECCION OPORTUNA DE DEFECTOS AL NACIMIENTO POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



◀◀◀ Si lo reviso, para identificar algún problema.

Lo reviso porque he tenido hijos con problemas de mal formaciones.

▬▬▬ No lo reviso, pero lo llevo al médico periódicamente.

////// No lo creo necesario.

DESCRIPCION: El 86.5% de las pacientes, lo revisa para identificar algún problema, mientras que el 3.5% no lo revisa - pero lo lleva periódicamente al médico.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 32

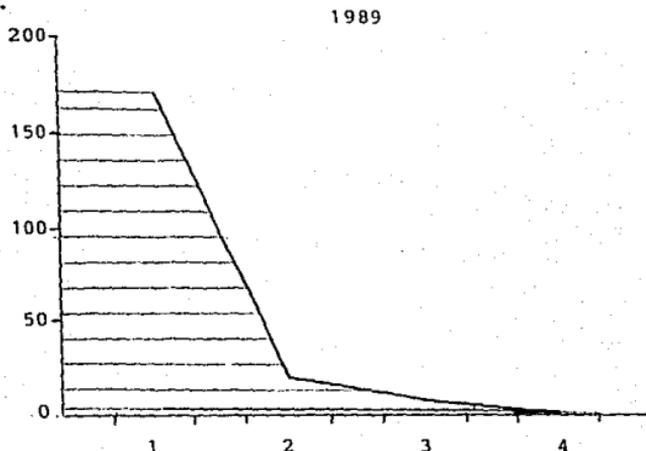
CONOCIMIENTO DE LA APLICACION DE LAS VACUNAS EN EL NIÑO EN SU PRIMER AÑO DE VIDA POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNAÇIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
LA POLIO, EL SARAMPION Y LA TRIPLE.	171	85.5
NO SE QUE VACUNAS SE APLICAN.	21	10.5
NUNCA LE HAN APLICADO VACUNAS.	8	4
NO CREO QUE SEA IMPORTANTE VACUNARLOS.	0	0
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 32

CONOCIMIENTO DE LA APLICACION DE LAS VACUNAS EN EL NIÑO EN SU PRIMER AÑO DE VIDA POR LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. La polio, el sarampión y la triple.
2. No se que vacunas se aplican.
3. Nunca le han aplicado vacunas.
4. No creo que sea importante vacunarlos.

DESCRIPCION: El 85.5% de las pacientes sabe que vacunas se le aplican al niño en el primer año de vida, mientras que el 4% dice que nunca le han aplicado vacunas a sus hijos.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 33

EDAD DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F

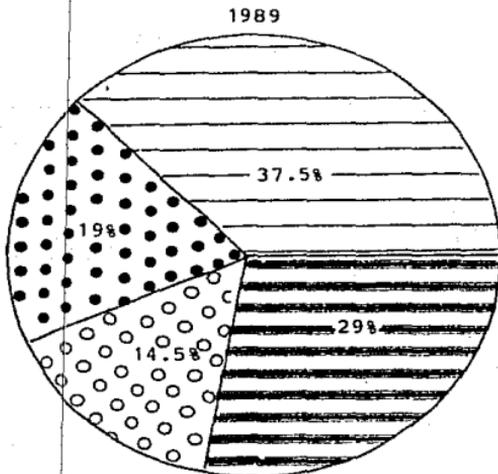
1989

O P C I O N E S	F	O/O
DE 1 A 6 MESES.	75	37.5
DE 6 MESES A 10 MESES.	38	19
DE 10 MESES A 1 AÑO.	29	14.5
MAS DE UN AÑO.	50	29
T O T A L	200	100 %

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.33

EDAD DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL --- D.F.



———— De 1 a 6 meses.

● ● ● ● De 6 meses a 10 meses.

○ ○ ○ De 10 meses a 1 año.

▨ ▨ ▨ ▨ Más de un año.

DESCRIPCION: El 37.5% de las pacientes tienen hijos de 1 a 6 meses, mientras que el 14.5% tienen hijos de 10 meses a 1 año.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.34

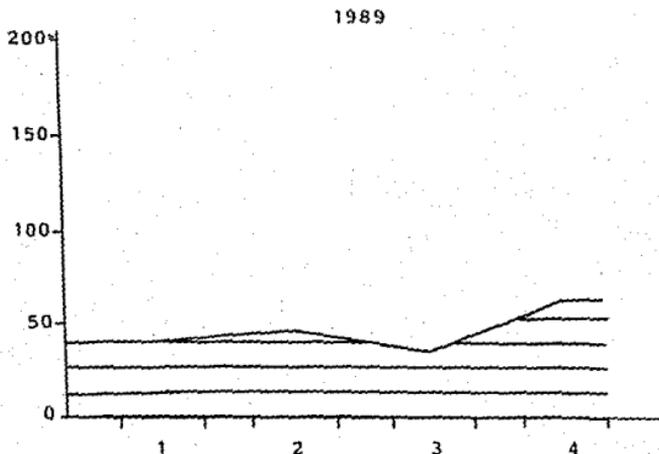
PESO DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
DE 3 A 7 KG.	42	21
DE 8 A 9 KG.	46	23
MAS DE 9 KG.	37	18.5
NO SE CUANTO PESA.	75	37.5
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.34

PESO DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. De 3 a 7 kg.
2. De 8 a 9 kg.
3. Más de 9 kg.
4. No se cuanto pesa.

DESCRIPCION: El 37.5% de las pacientes no sabe cuanto pesa su hijo, mientras que el 18.5% de los hijos pesa más de 9 kg.

FUENTE: Misma del cuadro NO. 1

CUADRO No.35

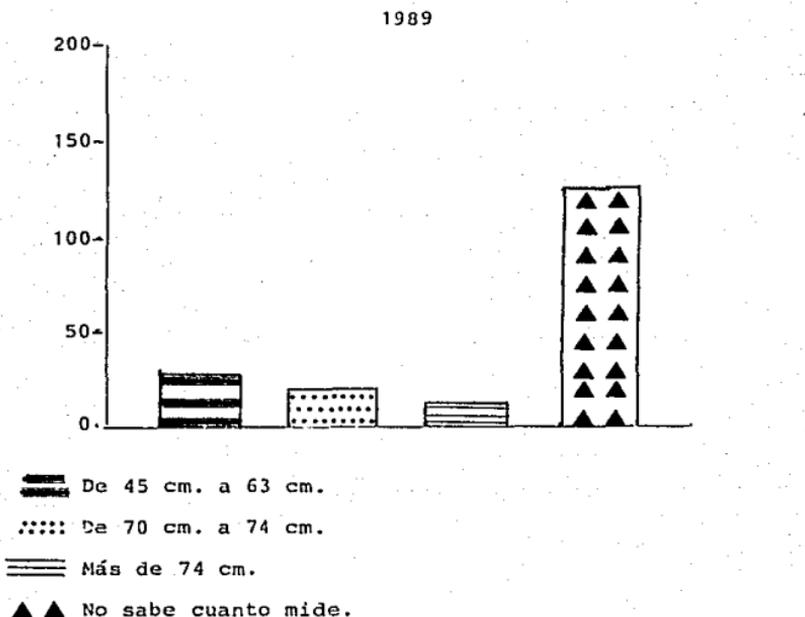
TALLA DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOS-
PITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL -
D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/0
DE 45 CM. A 69 CM.	31	15.5
DE 70 CM. A 74 CM.	24	12
MAS DE 74 CM.	17	8.5
NO SABE CUANTO MIDE.	128	64
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.35

TALLA DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



DESCRIPCION: El 64% de las pacientes no sabe cuanto mide su hijo, mientras que el 8.5% de los hijos mide más de 74 cm.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.36

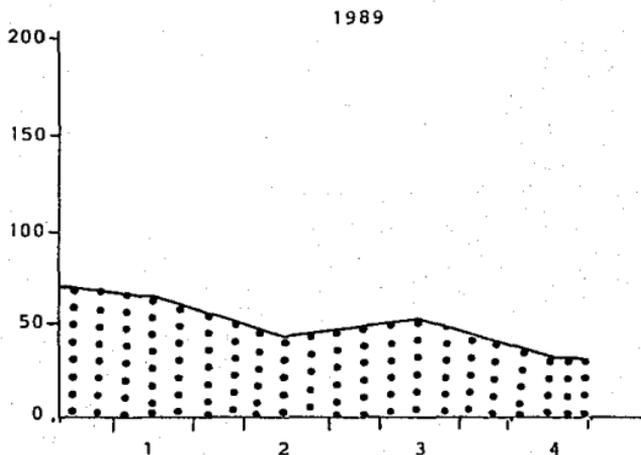
TIEMPO DE ALIMENTACION AL SENO MATERNO POR LAS PACIENTES --
 OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"-
 DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
DE RECIEN NACIDO HASTA LOS 3 MESES.	67	33.5
DE 4 A 6 MESES.	44	22
YO LE DOY HASTA QUE NO TENGA LECHE.	54	27
NO AMAMANTE A MI HIJO.	35	17.5
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.36

TIEMPO DE ALIMENTACION AL SENO MATERNO POR LAS PACIENTES --
 OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"--
 DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. De recién nacido hasta los 3 meses.
2. De 4 a 6 meses.
3. Yo le doy hasta que no tenga leche.
4. No amamante a mi hijo.

DESCRIPCION: El 33.5% de las pacientes alimentaron al seno materno a sus hijos de recién nacidos a los 3 meses, mientras que el 17.5% de las pacientes no amamantó a sus hijos.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 37

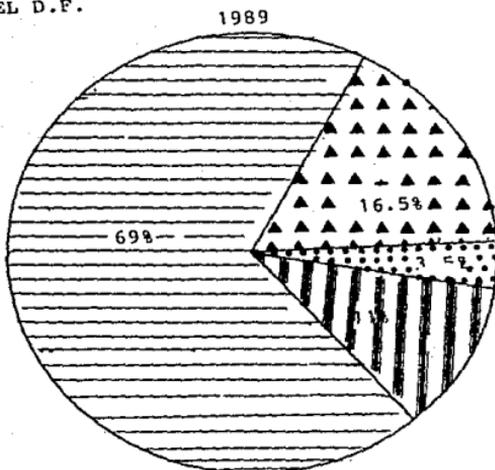
EDAD DE ABLACTACION DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL - ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	0/8
ANTES DE LOS 3 MESES LE DI OTROS ALIMENTOS.	33	16.5
ENTRE EL 3o. Y 4o. MES.	138	69
DESPUES DE LOS 6 MESES.	22	11
NO RECUERDO A QUE EDAD.	7	3.5
T O T A L	200	100 %

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 37

EDAD DE ABLACTACION DEL ULTIMO HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



▲▲▲ Antes de los 3 meses le di otros alimentos.

==== Entre el 30. y 40. mes.

|||| Después de los 6 meses.

..... No recuerdo a que edad.

DESCRIPCION: El 69% de las pacientes iniciaron la ablactación del bebé entre el 30. y 40. mes, mientras que el 3.5% no recuerda la edad.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.38

TIEMPO DE CONVIVENCIA MADRE-HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ----- ISSSTE, EN EL D.F.

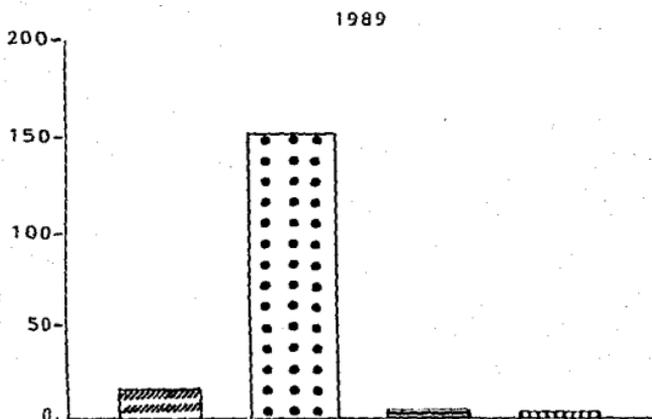
1989

O P C I O N E S	F	O/O
SOLO EN LAS NOCHES, YA QUE TRABAJO.	18	9
CUANDO ESTOY DESOCUPADA, DEDICO ESE --- TIEMPO A EL.	152	86
NO TENGO TIEMPO EL QUEHACER DE LA CASA--- ES MUCHO.	6	3
NO CREO NECESARIO JUGAR CON EL NIÑO.	4	2
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.38

TIEMPO DE CONVIVENCIA MADRE-HIJO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



////// Solo en la noche, ya que trabajo.

••••• Cuando estoy desocupada, dedico ese tiempo a él.

----- No tengo tiempo el quehacer de la casa es mucho.

..... No creo necesario jugar con el niño.

DESCRIPCION: El 86% de las pacientes convive con su hijo -- cuando esta desocupada, mientras que el 2% no cree necesario jugar con el niño.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 39

MEDIDAS HIGIENICAS QUE TIENEN CON SU HIJO AL DARLE DE COMER
 LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNA
 CIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

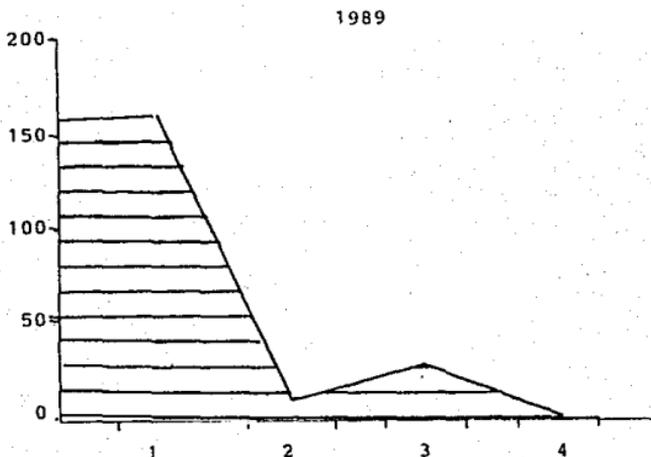
1989

O P C I O N E S	F	0/0
EL AGUA QUE TOMA ES HERVIDA, LAS FRUTAS Y VERDURAS LAS LAVO Y AMBOS NOS LAVAMOS LAS MANOS.	160	80
CONSUMIMOS LAS VERDURAS Y FRUTAS LAVADAS Y TOMAMOS AGUA DE LA LLAVE SIN HERVIR.	11	5.5
SOLO NOS LAVAMOS LAS MANOS.	28	14
SE SIENTA A COMER CON LAS MANOS SUCIAS.	1	.5
T O T A L	200	100 %

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.39

MEDIDAS HIGIENICAS QUE TIENEN CON SU HIJO AL DARLE DE COMER LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. El agua que toma es hervida, las frutas y verduras las - lavo y ambos nos lavamos las manos.
2. Consumimos las frutas y verduras lavadas y tomamos agua- de la llave sin hervir.
3. Solo nos lavamos las manos.
4. Se sienta a comer con las manos sucias.

DESCRIPCION: El 80% de las pacientes lleva medidas higien_ cas adecuadas al darle de comer a su hijo, mientras el .5% de los hijos se sienta a comer con las manos sucias.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.40

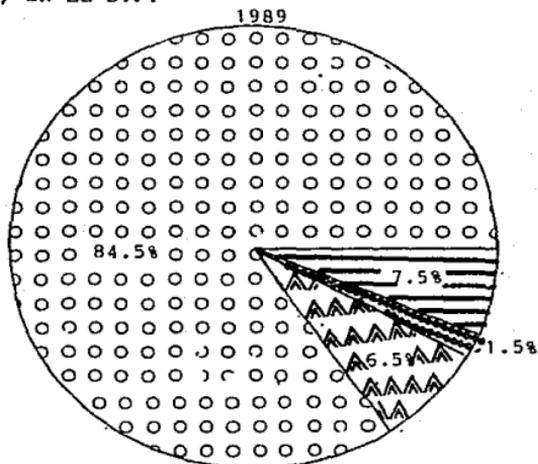
RELACIONES SEXUALES DURANTE EL PUERPERIO DE LAS PACIENTES -
 OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"-
 DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
NO, HASTA QUE EL MEDICO ME INDICO.	169	84.5
NO, MI ESPOSO Y YO LO DECIDIMOS ASI.	15	7.5
NO, PORQUE LA GENTE CON LA QUE CONVIVO ME RECOMENDO NO HACERLO.	3	1.5
SI TUVE RELACIONES.	13	6.5
T O T A L	200	100 %

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.40

RELACIONES SEXUALES DURANTE EL PUERPERIO DE LAS PACIENTES -
 OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"-
 DEL ISSSTE, EN EL D.F.



○ ○ ○ No, hasta que el médico me indicó.

==== No, mi esposo y yo lo decidimos así.

----- No, porque la gente con la que convivo me recomendó no hacerlo.

▲▲▲ Sí tuve relaciones.

DESCRIPCION: El 84.5% de las pacientes no tuvo relaciones sexuales, hasta que el médico se lo indicó, en tanto que el 1.5% no tuvo relaciones sexuales porque la gente con la que convive así se lo recomendó.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 41

TECNICA DE LIMPIEZA VULVO PERINEAL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL - ISSSTE, EN EL D.F.

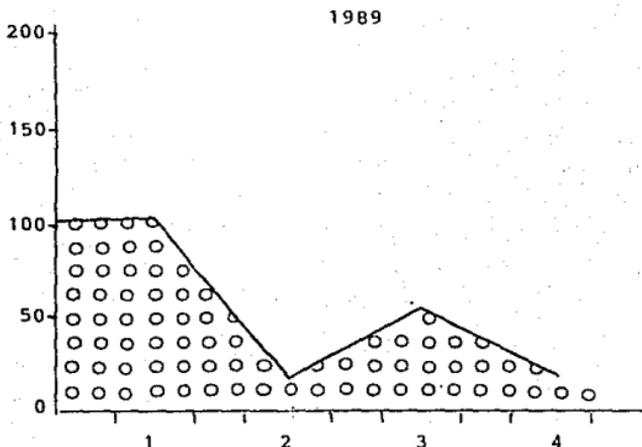
1989

O P C I O N E S	F	0/0
ME LIMPIO DE ADELANTE HACIA ATRAS.	103	51.5
ME LIMPIO DE ATRAS HACIA ADELANTE.	18	9
NO ME HE DADO CUENTA COMO LO HAGO.	57	28.5
LA FORMA DE LIMPIARSE NO TIENE IMPORTANCIA.	22	11
T O T A L	200	100 %

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.41

TECNICA DE LIMPIEZA VULVO PERINEAL DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. Me limpio de adelante hacia atrás.
2. Me limpio de atrás hacia adelante.
3. No me he dado cuenta como lo hago.
4. La forma de limpiarse no tiene importancia,

DESCRIPCION: El 51.5% de las pacientes realiza la limpieza-vulvo perineal adecuadamente, mientras que el 9% la realiza de atrás hacia adelante.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.42

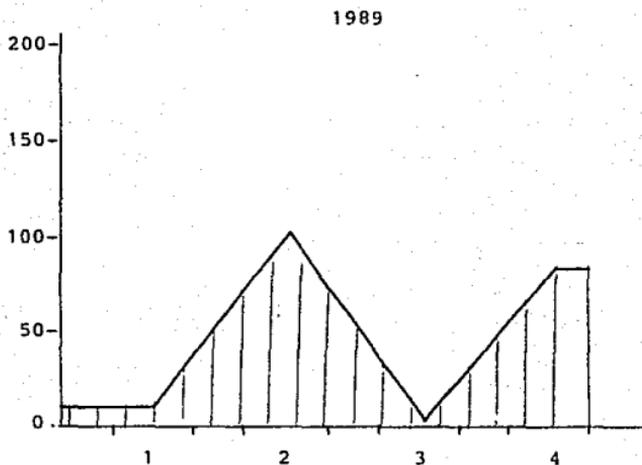
METODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZAN LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ---- ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
HE USADO VARIOS, PERO NINGUNO DA RESULTADO.	10	5
USO EL D.I.U., TOMO PASTILLAS, UTILIZO EL RITMO, ETC.	101	50.5
MI ESPOSO ESTA OPERADO.	3	1.5
NO USO NINGUN METODO.	86	43
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.42

METODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZAN LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. He usado varios, pero ninguno da resultado.
2. Uso el D.I.U., tomo pastillas, utilizo el ritmo, etc.
3. Mi esposo esta operado.
4. No uso ningún método.

DESCRIPCION: El 50.5% de las pacientes usa algún método, en tanto que el 1.5% es de esposos que estan operados.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.43

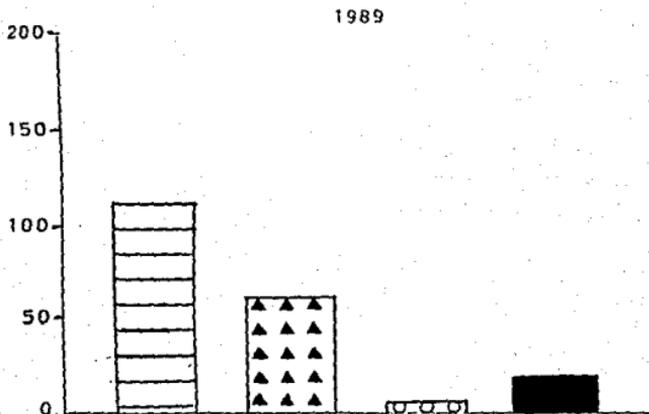
REVISION MEDICA DESPUES DEL PUERPERIO DE LAS PACIENTES OBS_
TETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" ---
DEL ISSSTE, EN EL D.F.

1989		
O P C I O N E S	F	O/O
SI, A LOS CUARENTA DIAS ACUDI AL MEDI_-- CO.	112	56
HASTA EL MOMENTO NO HE ACUDIDO AL ME_-- DICO.	61	30.5
NO TENGO TIEMPO DE ASISTIR AL MEDICO -- SOLO CUANDO ME ENFERMO.	7	3.5
NO CREO NECESARIO ACUDIR AL MEDICO.	20	10
T O T A L	200	100 %

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.43

REVISION MEDICA DESPUES DEL PUERPERIO DE LAS PACIENTES OBS_
TETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL
ISSSTE, EN EL D.F.



— — — Sí a los cuarenta días acudí al médico.

▲ ▲ ▲ Hasta el momento no he acudido al médico.

○ ○ ○ No tengo tiempo de asistir al médico, solo cuando me enfermo.

■ No creo necesario acudir al médico.

DESCRIPCION: El 56% de las pacientes acudieron a revisión médica después del puerperio, en tanto que el 3.5% no tiene tiempo de asistir al médico y solo lo hace cuando se enferma.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No.44

DETECCION DE SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO POR LAS-PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO-ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.

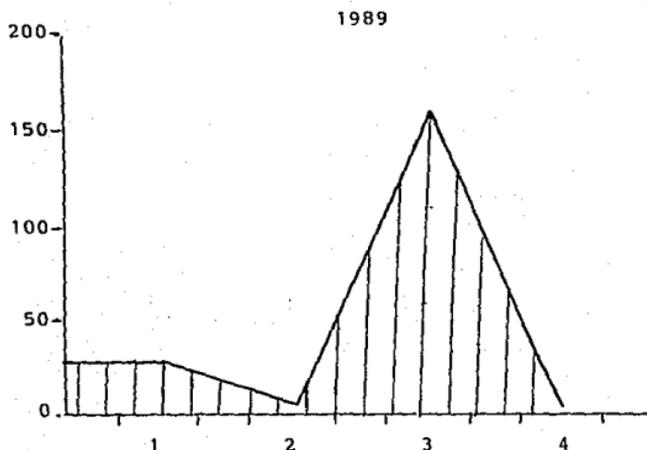
1989

O P C I O N E S	F	0/0
SI, PRESENTE SANGRADO EXCESIVO, FIEBRE, DOLOR INTENSO.	29	14.5
NO SE DIFERENCIAR LO QUE ES NORMAL Y - LO ANORMAL.	7	3.5
NO PRESENTE NINGUN PROBLEMA.	162	81
NO SE DE QUE CAMBIOS ME HABLA.	2	1
T O T A L	200	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No.44

DETECCION DE SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO POR LAS-PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO-ZARAGOZA" DEL ISSSTE, EN EL D.F.



1. Sí, presente sangrado excesivo, fiebre, dolor intenso.
2. No se diferenciar lo que es normal y lo anormal.
3. No presente ningún problema.
4. No se de que cambios me habla.

DESCRIPCION: El 81% de las pacientes refiere no haber presentado ningún problema, en tanto que el 1% no sabe de que se le habla.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

4.3. COMPROBACION DE HIPOTESIS

La comprobación de hipótesis se realiza mediante el coeficiente de correlación de Pearson, ya que permite medir la influencia que existe entre las variables estudiadas.

De ésta manera y con una muestra de 200 encuestas aplicadas se concentraron los datos en la tabla No. 1, que a continuación se presenta y que contiene para "X" CAPACITACION MATERNO-INFANTIL y para "Y" SALUD PERINATAL DE LAS PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE.

Tabla No. 1
Concentración de datos para la
Variable "X": Capacitación materno-infantil y la
Variable "Y": Salud perinatal.

1989

ITEMS "X"	X	X ²	ITEMS "Y"	Y	Y ²	XY
1	88	7,744	21	171	29,241	15,048
2	141	19,881	22	105	11,025	14,805
3	150	22,500	23	136	18,496	20,400
4	146	21,316	24	115	13,225	16,790
5	176	30,976	25	171	29,241	30,096

6	119	14,161	26	181	32,761	21,539
7	138	19,044	27	173	29,929	23,874
8	76	5,776	28	171	29,241	12,996
9	88	7,744	29	75	5,625	6,600
10	88	7,744	30	75	5,625	6,600
11	102	10,404	31	128	16,384	13,056
12	132	17,424	32	67	4,489	8,844
13	122	14,884	33	138	19,044	16,836
14	160	25,600	34	152	23,104	24,320
15	185	34,225	35	160	25,600	29,600
16	173	29,929	36	169	28,561	29,237
17	152	23,104	37	103	10,609	15,656
18	179	32,041	38	101	10,201	18,079
19	195	38,025	39	112	12,544	21,840
20	166	27,556	40	162	26,244	26,892
TOTAL $\Sigma x=2,773$ $\Sigma x^2=410,078$ $\Sigma y=2,665$ $\Sigma y^2=381,189$ $\Sigma xy=373,108$						

Con los resultados anteriores, se desarrolla la fórmula siguiente:

$$r = \frac{n \Sigma XY - (\Sigma X)(\Sigma Y)}{\sqrt{[n \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2][n \Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}}$$

que en el despeje resulta:

$$r = \frac{(200)(373,108) - (2,773)(2,665)}{\sqrt{[(200)(410,078) - (2,773)^2][(200)(381,189) - (2,665)^2]}}$$

$$r = \frac{74'621,600 - 7'390,045}{\sqrt{(82'015,600 - 7'689,529)(76'237,800 - 7'102,225)}}$$

De donde:

$$r = \frac{67'231,555}{\sqrt{(74'326,071)(69'135,575)}}$$

$$r = \frac{67'231,555}{\sqrt{51'385,756}}$$

$$r = \frac{67'231,555}{71'683,858}$$

$$r = .9378$$

Por lo tanto, al resultar un coeficiente de $r = .9378$, con -

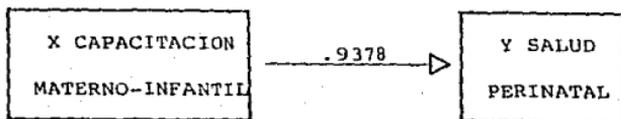
correlación fuertemente positiva, se comprueba la hipótesis de trabajo que dice:

H_2 : A mayor Capacitación Materno-Infantil, mayor será la Salud Perinatal de las pacientes del Hospital Regional -- "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F.

Así mismo, al localizar la tabla F con valores de "r" a los niveles de confianza de .05 da un $r_t = .2050$ que para un "n" de más de 90, se comprueba la hipótesis de Trabajo H_2 y la hipótesis General que dice:

H_1 : Existe influencia entre la Capacitación Materno-Infantil y la Salud Perinatal de las pacientes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F

POR LO ANTERIOR DA COMO RESULTADO QUE LA CAPACITACION MATERNO-INFANTIL QUE SE BRINDE EN EL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL ISSSTE, INFLUYE DETERMINANTEMENTE EN LA SALUD PERINATAL DE LAS PACIENTES DE DICHO HOSPITAL, y da como consecuencia, que:



Por lo tanto se rechaza la hipótesis Nula que dice:

H_0 : No existe influencia entre la Capacitación Materno-Infantil y la Salud Perinatal de las pacientes del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en el D.F.

4.4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

En el cuadro No. 1: Se observa que el 68% de las pacientes de esta población son casadas, con lo que tenemos que son mujeres tradicionalistas y que, tienden a formar una familia que es la base de toda sociedad, solo el 1% de esta población es divorciada, lo que de cierta manera repercutirá en la aceptación, socialmente hablando de estas mujeres y de sus hijos.

En el cuadro No. 2: El 58% de las pacientes son jóvenes, teniendo una edad entre los 15-25 años, estando en una edad reproductiva, con lo cual se pueden ver aumentadas las tasas de natalidad. El 4% de estas pacientes son de más de 40 años de edad, con lo cual se ve afectada la salud perinatal ya que ambas, las primeras y segundas se les considera pacientes de alto riesgo.

En el cuadro No. 3: El 87% de la población es católica, lo que de cierta manera puede influir en el uso de métodos anticonceptivos, por creencias religiosas, miedo al castigo divino, valores, tabúes, etc.

En el cuadro No. 4: El 54.5% de esta población, solo tienen educación primaria, y, sólo el 5% estudió preparatoria o equivalente, con lo cual se puede deducir que no tienen el suficiente conocimiento sobre el manejo de sus hijos, ni de ellas mismas, disminuyendo así la salud perinatal.

En el cuadro No. 5: Solo el 44% de la población tiene conocimientos sobre educación sexual, mientras que al 11% no las dejaron hablar nunca sobre el tema, con lo cual se ve que la población no tiene conocimientos teóricos para hablar de estos temas a sus hijos.

En el cuadro No. 6: El 70% de la población acudió a revisión médica mes con mes, mientras que el 9% de estas pacientes nunca acudieron o no lo creyeron necesario. Si la población no lleva un control médico donde se puedan detectar los problemas y dar un tratamiento adecuado, se va a ver afectada la salud de la madre como la del hijo.

En el cuadro No. 7: El 75% de la población conoce la impor

tancia de tener conocimientos sobre el embarazo, parto y -- puerperio, mientras que el 1.5% de la población no sabe la importancia de esto. Las pacientes dicen que es importante-- ésto pero ellas no manejan conceptos teóricos sobre este -- tema.

En el cuadro No. 8: El 73% de las pacientes dicen tener co-- nocimientos de los cambios anatómo-fisiológicos que ocurren durante el embarazo, parto y puerperio, pero el 21.5% de -- las pacientes no saben lo que sucede en estas tres etapas,-- con lo cual puede aumentar el riesgo de morbi-mortalidad pa-- ra el binomio, al no tener la mujer la capacidad de diferen-- ciar los cambios normales de los anormales.

En el cuadro No. 9: El 88% de las pacientes conoce la impor-- tancia de la consulta médica prenatal; solo un 3% no sabe-- que es esta consulta. El conocimiento de ésto puede mejorar la salud perinatal, ya que si las mujeres acuden a esta con-- sulta, se llevará un control del embarazo y se detectará al-- gún problema durante el mismo.

En el cuadro No. 10: La alimentación del 59.5% de la pobla-- ción está compuesta básicamente de carne, leche, y huevo du-- rante el embarazo, por lo que se observa que tienen una ali-- mentación balanceada. Pero, el 37% de la población lleva la

alimentación que siempre ha acostumbrado sin aumentar los alimentos ántes mencionados, ya que para ellas esta etapa es como cualquier otra. El personal de salud debe orientar a - la población a este respecto, ya que con ello se evitará la desnutrición tanto de la madre como del producto.

En el cuadro No. 11: En cuanto a las medidas higiénicas que se llevan a cabo por las pacientes, el 69% dice bañarse diario y cambio de ropa también diario, con lo que se puede deducir que, en este grupo de pacientes hay malos hábi- tos higiénicos ya que, el 29% de las pacientes se bañan ca- da tercer día esto se da porque la población no ha tenido - una educación sobre las medidas higiénicas en general y, sobre todo durante el embarazo.

En el cuadro No. 12: Aquí el 38% de las pacientes tienen su primer hijo, mientras que el 5.5% la diferencia de edad en- tre sus dos últimos hijos es de menos de 1 año. Con lo que- podemos observar que la mayoría de las pacientes estan empezando en la etapa reproductiva y si, recordamos por el cua- dro No. 1, están en edad de riesgo elevado, y, si tenemos- que el período intergenésico es corto, la salud perinatal - se vera afectada.

En el cuadro No. 13: El 44% de las pacientes conoce los mé- u

todos de planificación familiar pero, no conoce sus ventajas y desventajas, solo el 16% conoce las ventajas y desventajas de estos, lo que puede influir en el uso de estos, -- por temor, miedo e información distorsionada sobre sus efectos en el organismo.

En el cuadro No. 14: En cuanto al conocimiento de los factores de riesgo en el embarazo, el 52% de las pacientes no sabe nada al respecto, con lo que más de la mitad de la población no sabría en cierto momento detectar estos factores de riesgo, con lo que aumentaría el riesgo de morbi-mortalidad para el binomio.

En el cuadro No. 15: El 51% de las pacientes no conocen los problemas que causa el embarazarse teniendo alguna enfermedad crónico-degenerativa, o sea que más de la mitad de la población se puede embarazar en estas condiciones, aumentando el riesgo de mortalidad para el binomio. Sólo el 2.5% de las pacientes dicen no creer que se tenga algún problema al embarazarse en esta condiciones, lo que hace ver que tampoco conocen la importancia de esto.

En el cuadro No. 16: Actualmente la mujer cuida mucho el aspecto de consumo de medicamentos durante el embarazo ya que solo el 66% de las pacientes solo tomo el medicamento que -

les fué recetado por el médico pero, el 3% de estas pacientes tomó medicamentos sin consultar al médico, con lo que vemos que hace falta educación a este respecto.

En el cuadro No. 17: El 61% de las pacientes conocen los problemas que ocasiona el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo pero a su vez el 33% dice no conocer los problemas que esto ocasiona, por lo tanto aumentan los riesgos de mortalidad perinatal ya que, al no conocer los problemas que esto ocasiona pueden ser consumidoras y, tener productos de bajo peso o pretérmino.

En el cuadro No. 18: El 80% de las pacientes opinan que la edad adecuada para que una mujer se embaraze es de los 21 a 30 años, ya que, se ha llegado a una madurez biológica, con lo cual van a tener un mejor estado de salud tanto en ella como en su hijo. Solo el 2% opina que la edad adecuada para embarazarse es de 31 a 40 años, porque ellas se embarazaron a esa edad.

En el cuadro No. 19: El 92.5% de las pacientes conoce la sintomatología del trabajo de parto. Sólo el 6.5% no sabe que es lo que sucede. La población tiene conocimientos sobre esto por experiencia propia o por lo que saben por información de otras personas.

En el cuadro No. 20: Tenemos que el 86.5% de las pacientes tienen conocimientos del manejo del recién nacido en el hogar, el otro porcentaje definitivamente no tiene conocimientos sobre esto, otras le realizan los cuidados pero, no saben si es la forma correcta o no. Es importante educar y capacitar a la mujer teórica y prácticamente en el manejo del recién nacido, ya que esto disminuirá la morbi-mortalidad del niño.

En el cuadro No. 21: Las pacientes tienen el conocimiento sobre el tiempo de destete y ablactación (76%), ya que, menciona el médico les ha dado esa información pero, el 15% dice no saber nada al respecto ya que, nadie les informó, y otras han sido informadas por su madre (empíricamente). Sería importante educar a la madre a este respecto para que el niño tenga un crecimiento y desarrollo normal.

En el cuadro No. 22: El 89.5% de las pacientes conoce lo importante que es alimentar al niño al seno materno, ya que manifiestan, esto los protege contra infecciones y contiene todos nutrientes que requiere el niño; pero el 7.5% de las pacientes dicen no tener conocimientos sobre la importancia de esto, otras manifiestan que aunque ellas hubieran querido dar alimentación al seno materno no tuvieron secreción láctea.

En el cuadro No.23: El 97.5% de las pacientes saben de la importancia de la vacunación al recién nacido, el 2.5% saben de la importancia de esto pero no tienen tiempo para -- llevarlos a vacunar, con lo cual se va a ver afectada la salud del niño.

En el cuadro No. 24: Observamos que el 83% de las pacientes opinan que es importante la participación del esposo en la atención del bebé ya que es responsabilidad de ambos, mientras que otras opinan que los hombres no tienen conocimientos sobre como atender a los hijos y, otras opinan que la atención del niño les corresponde a las mujeres. Con lo que tenemos que falta educación tanto a la mujer como al hombre sobre su papel y responsabilidad en el cuidado del niño.

En el cuadro No. 25: El 85.5% de las pacientes saben como realizar el baño a un recién nacido pero, el 8% baña al niño sin seguir alguna técnica y, definitivamente, otras no bañan al niño por miedo a manejarlo, dejando este cuidado a otra persona. Sería importante capacitar a la mujer en aspectos teóricos-prácticos para que conozca la técnica de baño al recién nacido.

En el cuadro No. 26: Observamos que la mitad de la población tiene conocimientos de como realizar el aseo del muñon

umbilical en el recién nacido; pero también tenemos que la mitad de la población no sabe como realizar este cuidado, - el mal manejo de este puede traer problemas infecciosos, lo cual va a repercutir en la salud del niño.

En el cuadro No. 27: El 68% de las pacientes alimentan a su bebé al seno materno; el otro 9% no llevan a cabo esto ya - que trabajan y, a otras pacientes no les gusta amamantar a su bebé. La importancia de esto radica en que más de la mitad de la población está dando el alimento ideal al niño, y fomentando el acercamiento madre-hijo, que es muy estimulante para ambos. Es importante estimular a la mujer para que realice la alimentación al seno materno.

En el cuadro No. 28: En cuanto a la limpieza de los senos, - el 57.5% de las pacientes realizan el aseo de estos antes y después de alimentar al bebé , el 30% de esta población solo lo realizan una vez durante el baño y , definitivamente- otras no lo realizan, aunque saben que deben hacerlo. Es importante la orientación a las madres a este respecto, porque así se podran evitar procesos infecciosos, tanto para la madre como al hijo y de esta forma la salud de la madre- y el niño no se vería afectada.

En el cuadro No. 29: El 85.5% de las pacientes conocen las-

medidas higiénicas que se realizan al preparar los biberones pero, también el otro 15.5% no llevan a cabo las medidas higiénicas, con lo cual se vería afectada la salud del niño, con problemas gastrointestinales.

En el cuadro No. 30: El 90.5% de las pacientes comienzan la estimulación temprana con su hijo, ya que solo se dedican a las labores del hogar, pero otras aún dedicándose a su hogar tienen mucho que hacer lo que hace que no le dediquen tiempo a su hijo; otras opinan que no es importante esto, ya que los bebés a esta edad no entienden aún. Con esto se puede ver afectado el desarrollo psicológico emocional del niño.

En el cuadro No. 31: En cuanto a la identificación de defectos al nacimiento, el 86.5% de las pacientes revisan a sus hijos para identificar algún problema. Pero, el 10% de las pacientes dicen no creer necesario estar revisando al bebé, con lo que se puede ver afectada la salud perinatal ya que, detectan estos problemas hasta que ya no tienen solución. Es importante hacer una detección oportuna a este problema para dar un tratamiento adecuado y oportuno.

En el cuadro No. 32: El 85.5% de las pacientes conocen que las vacunas se deben aplicar al bebé, pero el 10.5% dicen no sa

ber que vacunas se aplican. Es importante orientar y educar a las madres sobre el esquema de inmunizaciones, cuales son la dosis, y las reacciones posteriores de la vacuna en el niño. La importancia de que las madres conozcan esto es que el niño tenga un crecimiento y desarrollo normal.

En el cuadro No. 33: Observamos que la edad de los hijos de las pacientes oscila entre 1 a 6 meses (el 37%) y de más de 1 año (el 29%). Por lo que vemos que estas pacientes necesitan orientación teórico-práctica sobre el manejo del recién nacido en el hogar, ya que la edad de sus hijos así lo requiere.

En el cuadro No. 34: El 37.5% de la población total no sabe cuanto pesa su hijo, con lo que se puede deducir que no llevan un control médico de su hijo, con lo que se podrían evitar problemas de desnutrición, bajo peso, o sobre-peso, según su edad y talla.

En el cuadro No. 35: El 64% de las pacientes no sabe cuanto mide su hijo, esto es en relación con el cuadro anterior, no lleva un control médico pediátrico, con lo cual se podrían evitar problemas de salud en el niño.

En el cuadro No. 36: Observamos que el 33.5% de las pacien_

tes alimentaron al seno materno a su bebé sólo hasta los -- tres meses, pero, el 17.5% no amamanta a su bebé. Es impor-- tante educar a la madre sobre la etapa de destete al bebé, -- ya que algunas amamantan a su bebé hasta que ya no hay se-- creción láctea, sin comenzar la ablactación, lo que repercu-- te en la nutrición del niño.

En el cuadro No. 37 :: El 69% de las pacientes saben a que e-- dad debe comenzar la ablactación de sus hijos pero, el 11%-- comienza esta ablactación después de los 6 meses, con lo -- cual puede verse afectada la salud del niño, al no tener to-- dos los requerimientos nutricionales que ya necesita a esa-- edad.

En el cuadro No. 38: El tiempo de convivencia madre-hijo, -- para favorecer la estimulación temprana, solo la realizan -- las pacientes cuando estan desocupadas de las labores del -- hogar (el 86%). El 2% dice no creer necesario convivir con-- su hijo y jugar con él; otras sólo le dedican un pequeño -- tiempo en la noche ya que trabajan. Este poco tiempo de es-- timulación al niño, puede verse reflejado en el desarrollo-- neuromuscular retardado del niño.

En el cuadro No. 39: El 80% de las pacientes saben que medi-- das higiénicas se deben llevar a cabo en la alimentación al

niño pero, el otro 20%, de alguna manera no cumple con todas las medidas, con lo cual se puede ver afectada la salud de toda la familia, por problemas de tipo infeccioso (gastroenteritis).

En el cuadro No. 40: El 84.5% de las pacientes dicen no haber tenido relaciones sexuales durante el puerperio, ya que así se los indicó el médico pero, el 6.5% si tuvo relaciones, con lo que observamos que todavía falta educación a este respecto, con esto se afecta la salud de la mujer y aumentan las tasas de natalidad, ya que por lo regular no usan ningún método de control familiar.

En el cuadro No. 41: Más de la mitad de la población (el 51.5%) conocen y realizan la técnica de limpieza vulvo-perineal, pero el 28% que es un alto porcentaje, no se han dado cuenta de como realizan esto, con lo que tenemos que se debe educar a la población femenina a este respecto, con lo cual se disminuirán los riesgos de infecciones.

En el cuadro No. 42: La utilización de algún método anticonceptivo por parte de las pacientes es de 50.5% pero el 43% que es un alto porcentaje no utilizan ningún método de planificación familiar con lo cual tenemos que es mucha la población desprotegida. Los motivos por los que no utilizan

los métodos es que, no confían en su efectividad, no tienen conocimiento sobre como funcionan y los efectos que tienen en el organismo. Por costumbres, tradiciones, tabués, etc., con lo cual se ve aumentada la natalidad del país.

En el cuadro No. 43.: Solo el 56% de las pacientes acuden a revisión médica pospuerperio, el 30.5% no acude a revisión médica por negligencia o por no creerlo necesario, con lo cual se ve afectada la salud de la mujer. Es de suma importancia dar orientación a este respecto.

En el cuadro No. 44.: El 81% de las pacientes, si saben detectar signos de alarma durante el puerperio, este porcentaje no presento ningún problema durante el mismo. El 14.5% - sí presento sangrado excesivo; según esto por retención de restos placentarios. Tenemos que las pacientes si saben detectar los signos de alarma, pero también, es importante -- que el personal médico tome conciencia de los problemas que puede ocasionar al no dar una buena atención.

5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

5.1. CONCLUSIONES.

Derivado de la comprobación de hipótesis, y de la experiencia obtenida al realizar la presente investigación se presentan las conclusiones siguientes:

- La capacitación materno-infantil, si influye de manera positiva en la salud perinatal, ya que a las pacientes que se les dio capacitación presentaron un menor o nulo número de problemas, estas mencionan que anteriormente tenían más problemas con la salud de sus hijos y de ellas mismas al no manejar conocimientos teórico-prácticos al respecto. Derivado de lo anterior se tiene que, si esta capacitación es continua, se verá mejorada notablemente la salud perinatal.
- La capacitación materno-infantil en comunidad y a nivel hospitalario, es de fundamental importancia ya que con ello se logra que toda la población en edad reproductiva conozca estos aspectos con lo cual se mejorará la salud perinatal. Esto lo podemos observar con las pacientes del ISSSTE, Zaragoza, las cuales tenían un bajo conocimiento de estos aspectos, pero al dar este tipo de capacitación mejoro notablemente el estado de salud del binomio.

lo cual repercute en el nivel de salud Nacional. En cuanto al personal que proporciona ésta capacitación, debe tener plena conciencia de lo que está realizando y de la importancia que esto tiene dentro del contexto de salud.

- conocer las bases teóricas, en cuanto a los aspectos de capacitación materno-infantil y la salud perinatal en México, son de fundamental importancia ya que con ello se puede valorar hasta que punto se está llevando a la práctica en que medida se están manejando éstos aspectos en la realidad.

- La capacitación materno-infantil se ha visto relegada a un segundo plano, ya que lo más importante para las instituciones ha sido el aspecto curativo, no tomando en cuenta que con una buena orientación o capacitación se pueden prevenir muchos de los problemas y, hacer que estos no lleguen a un segundo nivel de atención. Con lo anterior se tiene que si es importante que se capacite a la mujer en el manejo teórico-práctico del área materno-infantil, logrando con esto que se mejore la salud tanto de la madre como del niño.

Por todo lo anterior se presentan las siguientes sugerencias:

5.2. SUGERENCIAS.

- Educar a la población sobre aspectos sexuales desde los primeros años de la vida es de vital importancia, ya que ello va a repercutir en la personalidad del individuo y lo ayudará a realizarse en su plenitud como ser humano sexual.
- Capacitar a las pacientes en cuanto a la edad ideal para embarazarse; los factores de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio, el período intergenésico y sobre el uso de una metodología de planificación familiar con ventajas y desventajas de los mismos van a ayudar a disminuir la información distorsionada que se tiene sobre estos aspectos y; con ello se ayudará a disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil.
- Fomentar en las mujeres la importancia de la consulta médica prenatal es importante, ya que a través de esto se pueden detectar problemas (factores de riesgo) y dar un tratamiento adecuado, con lo cual se verá beneficiada la salud perinatal.
- Capacitar a las mujeres para que en un momento determinado puedan diferenciar lo que es normal de lo anormal,

durante el embarazo, parto y puerperio, es fundamental, pero, también debe tener conocimientos teóricos sobre los cambios anatómo-fisiológicos que ocurren durante estas etapas, con lo cual se verá mejorada la salud del binomio madre-hijo. El personal de enfermería puede dar este tipo de información auxiliándose de algunos recursos didácticos como video, película, filmgrabación, etc que son formas más objetivas de dar a conocer estos temas.

Orientar a la mujer en estado gestacional sobre la manera de combinar los alimentos, esto es una de las tareas del personal de Enfermería ya que en muchas ocasiones las pacientes no cuentan con los recursos económicos suficientes para adquirir estos, de tal manera que conozca que tipo de alimentos más económicos (por lo regular los de temporada) les pueden aportar los requerimientos que necesitan en esta etapa, ya que con ello se logrará un crecimiento y desarrollo intrauterino óptimo y se evitará igualmente una desnutrición de la madre.

- Fomentar en las pacientes embarazadas las medidas higiénicas en esta etapa (baño diario con cambio de ropa) es importante ya que, a través de esto se evitarán infecciones vaginales.

- Fomentar a la población en general y, más aún en la mujer gestante la importancia de suspender las drogas sociales como son el tabaco y alcohol, haciendo énfasis en los daños que causan al producto auxiliandose de folletos, volantes, murales, charlas, etc., debe ser una de las finalidades del personal de enfermería, con lo cual se logrará obtener un producto en buenas condiciones.

- Dar capacitación teórica-práctica sobre el manejo del recién nacido en el hogar, es de suma importancia, el personal de Enfermería debe hacer demostraciones a este respecto, y posteriormente, hacer que la paciente lo realice, para que ésta adquiera las habilidades en el manejo del niño.

- También se debe fomentar la alimentación al seno materno, indicarles el tiempo de destete y el momento de iniciar la ablactación del niño, lo que repercutirá en su crecimiento, también es importante indicar a las madres, las medidas higiénicas que debe llevar a cabo en el aseo de las glándulas mamarias antes y después de alimentar al niño y también de las medidas que debe llevar a cabo en el manejo de la preparación de los alimentos, ya que con esto se evitarán problemas gastrointestinales principalmente. Esta orientación se puede dar en el Hospital, así

- como en la comunidad a través de charlas, folletos y demostraciones.

- Cabe mencionar también la importancia que tiene, el que se capacite a la mujer sobre la técnica de baño al recién nacido, orientarlas también sobre las medidas higiénicas que se debe seguir en el cuidado al muñon umbilical, sobre la técnica de lavado, esterilización y manejo de biberones, todo esto con el fin de evitar problemas en el niño

- Educar a las madres sobre el cumplimiento del esquema de inmunizaciones, además de poder identificar los defectos al nacimiento, así como la importancia de que la madre conozca el peso, talla, crecimiento y desarrollo normal del niño, ya que con esto la madre podrá identificar algún problema de retraso en algunos de estos aspectos..

- Fomentar en la pareja la importancia que tiene la estimulación temprana en el recién nacido, mencionarle que esto se puede lograr por medio de la convivencia que con él se tenga, con objetos, sonidos, arrullo materno, caricias, etc., con esto se logrará un mejor desarrollo psicomotriz y de los sentidos del niño.

- Orientar a la paciente sobre la importancia de tener un período de abstinencia sexual postparto, esto con el fin de permitir que su organismo vuelva a la normalidad, así como evitar un posible embarazo en este período. También se debe enseñar a la población femenina la técnica de limpieza vulvo-perineal desde la infancia, con el fin de evitar infecciones vulvo-vaginales.

- Orientar a las pacientes sobre lo importante que es acudir a la consulta postparto, ya que en ella se valorará el estado de salud de la paciente, se orientará sobre medidas higiénica-dietéticas de ella y su hijo.

- Orientar a la madre sobre los signos y síntomas de urgencia en el puerperio para que ella logre identificarlos y acudir a la institución de salud correspondiente.

6. APENDICE

APENDICE No. 1: CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACION: INFLUEN_
CIA DE LA CAPACITACION MATERNO-INFANTIL EN
LA SALUD PERINATAL DE LAS PACIENTES DEL --
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
DEL ISSSTE, EN EL D.F.

APENDICE No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

No. Cuestionario _____

CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACION: INLUENCIA
DE LA CAPACITACION MATERNO-INFANTIL EN LA
SALUD PERINATAL DE LAS PACIENTES DEL HOS-
PITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
DEL ISSSTE, EN EL D.F.

Elaborado por:

Alma Juana Jiménez Pedro.

María Isabel Cortés Camacho.

Asesorado por:

Maestra Carmen L. Balseiro Almarío.

FECHA DE ELABORACION: 23 mayo de 1989

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Recabar los datos de las fuentes fidedignas, a fin de conformar la información necesaria para comprobar las hipótesis de trabajo y general.

JUSTIFICACION: El presente cuestionario se justifica en virtud de que es el instrumento con que podrá obtenerse la información, conjuntamente con la observación y el apoyo de las entrevistas. Y a partir entonces de la obtención de la información, se podrán elaborar las tablas y gráficas necesarias para el conocimiento y presentación de resultados.

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario se ha estructurado con el objeto de obtener datos, por lo tanto, se hace necesario que las personas encuestadas sigan las indicaciones-- que a continuación se mencionan:

1. Contestar solamente una opción de respuesta de cada pregunta, ya que si se contestan dos opciones de una misma pregunta se invalidan las respuestas.
2. Contestar en forma honesta las preguntas que a continuación se mencionan.
3. Todos los datos recabados son estrictamente de uso confidencial.

NOTA: Se agradece su colaboración en las respuestas que dé a este cuestionario, y si desea conocer los resultados estarán a su disposición al término de la investigación.

DATOS GENERALES.

1. ESTADO CIVIL.

- Soltera.
 Casada.
 Divorciada.
 Union libre.

2. EDAD.

- 15 a 25 años.
 26 a 36 años.
 37 a 40 años.
 Más de 40 años.

RELIGION.

- Católica.
 Evangelista.
 Cristiana.
 Testigo de Jehová.

4. ESCOLARIDAD.

- Primaria.
 Secundaria.
 Preparatoria o equivalente.
 Técnico o profesional. Especificar _____

5. TIENE CONOCIMIENTO SOBRE QUE ES LA EDUCACION SEXUAL?

- Sí, me informé en la escuela, por mis padres, en libros, etc.
 No se nada al respecto.
 Nunca recibí información de este tipo.
 No, jamás me dejaron hablar sobre este tema.

6. ACUDIO A CONSULTA MEDICA DURANTE SU EMBARAZO?

- Sí, acudí a revisión médica mes con mes.
- Sí, acudí en el último trimestre.
- No, nunca acudí a revisión médica.
- No creí importante ir al médico.

7. CREE USTED QUE ES IMPORTANTE TENER CONOCIMIENTOS SOBRE--
EL EMBARAZO, PARTO Y CUARENTENA (PUERPERIO)?

- Sí, porque así sabemos que cambios van a suceder en nuestro organismo en cada una de estas etapas.
- Sí, porque así podemos evitar muchos problemas.
- No, porque son acontecimientos naturales en los cuales no hay problemas.
- No se si es importante o no.

8. SABE USTED QUE CAMBIOS OCURREN EN SU CUERPO DURANTE EL -
EMBARAZO, PARTO Y CUARENTENA (PUERPERIO).

- Sí, en el embarazo se suspende la regla, el vientre aumenta de tamaño. En el parto, comienzan las contracciones, se arroja el tapón mucoso, se rompe la fuente. En el puerperio o cuarentena, la matriz vuelve a su tamaño normal, empieza a salir calostro por los senos.
- No se que sucede en el embarazo, parto y puerperio.
- Nunca he tenido información al respecto.
- No creo importante saber que sucede.

9. CREE IMPORTANTE LA CONSULTA MEDICA PRENATAL?

- Sí, es importante porque así se disminuyen los peligros del embarazo.
- No sé cuando acudir a esta consulta.
- Es importante, pero no tengo tiempo de acudir al médico.
- No sé de que me está hablando.

10. CUAL ES SU ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO?
 compuesta básicamente de frutas, verduras, carne, leche y huevo.
 No sé que consumir durante el embarazo.
 Lleve una dieta especial ya que tuve problemas durante el embarazo.
 No llevo una dieta especial, como lo que siempre he -- acostumbrado.
11. DURANTE EL EMBARAZO QUE MEDIDAS HIGIENICAS LLEVA A -- CABO?
 Baño y cambio de ropa diario, ejercicio moderado.
 Baño cada tercer día con cambio de ropa.
 Baño cada ocho días.
 Nunca me informaron lo que tenia que hacer.
12. CUANTOS AÑOS DE DIFERENCIA HAY ENTRE SU ULTIMO HIJO Y EL ANTERIOR?
 Primer hijo.
 Menos de 1 año.
 1 a 2 años.
 3 ó más años.
13. QUE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR CONOCE?
 Sí, conozco el D.I.U., las pastillas, las inyecciones, etc., pero no conozco sus ventajas y desventajas.
 Sí, conozco todos los métodos y conozco sus ventajas y desventajas.
 Sólo conozco el que utilizó:
 Cuál _____
14. CONOCE USTED LOS FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO?

- ___ Sí, como el peso, la talla, la edad, el período inter-
genésico, las hemorragias, el aumento de peso excesivo,
la falta de movimientos fetales, hinchazón de piernas.
___ El médico debió haberme lo dicho, pero no recuerdo bien.
___ Son cosas buenas que suceden en el embarazo.
___ No se nada al respecto.

15. SABE QUE PROBLEMAS CAUSA EL EMBARAZARSE CUANDO EXISTEN
ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS, COMO LA DIABETES,
CARDIOPATIAS.

- ___ Sí, durante el embarazo y el parto la madre y el niño--
tiene muchos problemas.
___ Solo afecta al bebé ya que puede nacer con malformacio-
nes o puede heredar la enfermedad,
___ No se que problemas ocasiona.
___ No creo que pueda tener algún problema.

16. TOMO ALGUN MEDICAMENTO DURANTE SU EMBARAZO.

- ___ Solo tomé las medicinas que me recetó el médico.
___ Si tome medicina sin consultar al médico.
___ No es bueno tomar medicina durante el embarazo.
___ No tome ningún medicamento.

17. SABE QUE PROBLEMAS CAUSA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO
DURANTE EL EMBARAZO.

- ___ Sí el bebé nace antes de tiempo y con bajo peso.
___ Estos no causan problemas al producto.
___ Si conozco los problemas, pero me es imposible dejar --
de fumar.
___ No conozco los problemas que ocasiona.

18. MENCIONE CUAL CREE USTED QUE ES LA EDAD ADECUADA PARA
EMBARAZARSE.

15 a 20 años.

21 a 30 años.

31 a 40 años.

Porqué _____

No sabe la edad.

19. QUE SUCEDE CUANDO SE HACERCA EL MOMENTO DEL PARTO?

Hay dolores continuos e intensos, se rompe la fuente, se arroja moco con sangre.

No he sentido nada pero me dijeron que es lo que debia de suceder.

No sé que es lo que sucede.

Me da tanto miedo, que hasta me quiero matar.

20. TIENE CONOCIMIENTOS DE COMO MANEJAR A SU BEBE EN SU CASA?

Sí, como bañarlo, la alimentación al seno materno, cuidados al cordón umbilical y, las vacunas que se le aplican etc.,?

Es difícil cuidar a un recién nacido.

De su cuidado se encarga otra persona.

Le realizó los cuidados pero no sé si es lo correcto.

21. TIENE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TIEMPO QUE DEBE ALIMENTAR A SU BEBE CON LECHE Y A QUE EDAD DAR OTROS ALIMENTOS?

Sí, el médico me informó.

Sí, lo leí en libros.

Mi madre me informó sobre esto.

No, nadie me informó.

22. PORQUE ES IMPORTANTE ALIMENTAR AL BEBE CON SENO MATERNO?

Porque lo protege contra infecciones.

Conozco lo importante que es, pero no tuve secreción ---
láctica?

No es importante alimentar al bebé con pecho.

No tengo conocimientos sobre esto.

23. CREE QUE ES IMPORTANTE VACUNAR AL RECIEN NACIDO?

Sí, es importante, se pueden prevenir enfermedades gra_-
ves.

Sí, es importante, pero no tengo tiempo para llevarlo a
vacunar.

No creo que sea importante vacunarlo.

Nunca he vacunado a mis hijos.

24. ES IMPORTANTE QUE EL ESPOSO PARTICIPE EN LA ATENCION ___
DEL BEBE?.

Sí, es importante porque es rsponsabilidad de la pareja
con lo cual ambos conocen las necesidades del hijo ade_-
más, hay un vínculo más estrecho entre el padre-hijo ---
y la madre.

Es importante, pero mí esposo no tiene tiempo.

La atención del niño sólo deben realizarla las mujeres.

Los hombres no tienen conocimientos para atender a los -
hijos.

25. COMO REALIZA EL BAÑO EN EL RECIEN NACIDO?

Le baño primero la cabeza y después el cuerpo.

Mí esposo baña al niño cuando él se baña.

Yo no baño al niño, me da miedo, lo baña otra persona.

Lo baño en la tina, sin seguir ninguna técnica.

26. CUANDO TERMINA DE BANAR A SU BEBE, LIMPIA EL CORDON UM_
BILICAL?.

Solo con agua y jabón.

- No la pongo nada solo lo fajo.
- Le pongo vaselina, aceite, crema.
- Con alcohol y merthiolate es suficiente.

27. ALIMENTO A SU BEBÉ AL SENO MATERNO.

- Sí lo alimenté.
- No lo alimento porque trabajo.
- Lo alimento hasta que ya no tuve leche.
- No me gusta alimentar a mis hijos con el pecho.

28. COMO REALIZA LA LIMPIEZA DE SUS SENOS?

- Lo realizo con el baño diario.
- Cada vez que alimento al bebé y después de realizarlo.
- Nunca me realizo limpieza de los senos.
- No me realizo la limpieza, aunque se que debo hacerlo.

29. AL PREPARAR LOS BIBERONES QUE MEDIDAS HIGIENICAS REALIZA.

- Hiervo los biberones, rosquillas, chupones y el agua -- por 15 minutos.
- El agua que utilizo para preparar la leche no esta hervida.
- No hiervo los biberones.
- No me lavo las manos, guardo la leche sobrante.

30. CUANDO USTED ESTA CON SU BEBE.

- Le habla, canta, arrulla, sonríe con su hijo.
- Casi no convivo con él.
- Los bebes no entienden a esta edad.
- Solo le realizo los cuidados necesarios para mantenerlo limpio.

31. CUANDO BAÑA A SU BEBÉ, LO REVISA DE CABEZA A PIES?

- Sí lo reviso, para identificar algún problema.
- Lo reviso porque he tenido hijos con problemas de malformaciones.
- No lo reviso, pero lo llevé al médico periódicamente.
- No lo creo necesario.

32. QUE VACUNAS SE APLICAN AL NIÑO EN SU PRIMER AÑO DE VIDA? --

- La polio, el sarampión y la triple.
- No se que vacunas se aplican.
- Nunca le han aplicado vacunas.
- No creo que sea importante vacunarlos.

33. QUE EDAD TIENE SU ULTIMO HIJO?.

- De 1 a 6 meses.
- De 6 meses a 10 meses.
- De 11 meses a 1 año.
- Más de 1 año.

34. CUANTO PESA SU ULTIMO HIJO?.

- De 3 a 7 Kg.
- De 8 a 9 Kg.
- Más de 9 Kg.
- No sé cuanto pesa.

35. CUANTO MIDE SU ULTIMO HIJO?

- De 45 cm. a 69 cm.
- De 70 cm. a 74 cm.
- Más de 70 cm.
- No se cuanto mide.

36. POR CUANTO TIEMPO AMAMANTO A SU BEBÉ?

- De recién nacido hasta los 3 meses.

- De recién nacido hasta los 3 meses.
- De 4 a 6 meses.
- Yo le doy hasta que no tenga leche.
- No amamante a mi hijo.

37. A QUE EDAD COMENZO A DAR OTROS ALIMENTOS A SU BEBE?

- Antes de los 3 meses le dí otros alimentos.
- Entre el 3o. y 4o. mes.
- Después de los 6 meses.
- No recuerdo a que edad.

38. QUE TIEMPO DEDICA A JUGAR CON SU HIJO?

- Solo en las noches, ya que trabajo.
- Cuando estoy desocupada, dedico ese tiempo a él.
- No tengo tiempo el quehacer de la casa es mucho.
- No creo necesario jugar con el niño.

39. QUE MEDIDAS HIGIENICAS TIENE CON SU HIJO AL DARLE DE COMER?

- El agua que toma es hervida, las frutas y verduras las lavo y ambos nos lavamos las manos.
- Consumimos las verduras y frutas lavadas y tomamos agua de la llave sin hervir.
- Solo nos lavamos las manos.
- Se sienta a comer con las manos sucias.

40. DURANTE LA CUARENTENA (PURRPERIO) TUVO RELACIONES SEXUALES?

- No, hasta que el médico me indicó.
- No, mi esposo y yo lo decidimos así.
- No, porque la gente con la que conviví me recomendó no hacerlo.
- Sí tuve relaciones.

41. AL IR AL BAÑO A DEFECAR, COMO SE LIMPIA?

- Me limpio de adelante hacia atrás.
 Me limpio de atrás hacia adelante.
 No me he dado cuenta como lo hago.
 La forma de limpiarse no tiene importancia.

42. QUE METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZA?

- He usado varios, pero ninguno da resultado.
 Uso el D.I.U., tomo pastillas, utilizo el ritmo, etc.
 Cuál _____
 Mi esposo esta operado (vasectomía).
 No uso ningún método.

43. DESPUES DE SU CUARENTENA (PUERPERIO) ACUDIO A REVISION MEDICA?

- Sí, a los cuarenta días acudí a revisión médica.
 Hasta el momento no he acudido al médico.
 No tengo tiempo de asistir al médico, solo cuando me enfermo.
 No creo necesario acudir al médico.

44. AL CURSAR SU CUARENTENA (PUERPRIO) DETECTO ALGUN CAMBIO ANORMAL?

- Sí, presente sangrado excesivo, fiebre, dolor intenso.
 No se diferenciar lo que es normal de lo anormal.
 No presente ningún problema.
 No se de que cambios me habla.

7. GLOSARIO DE TERMINOS.

A

ADHERENCIA Unión anormal de partes que deben estar separadas. Soldadura entre dos superficies u órganos próximos, compuesta de fibrina que luego se organiza, resultando generalmente de inflamación.

ADOLESCENCIA Epoca que sigue a la infancia y que se extiende desde los primeros signos de la pubertad hasta que el cuerpo ha adquirido toda su madurez física.

AGENTE Poder, principio o sustancia capaz de actuar sobre el organismo. Es un microorganismo (bacteria, protozoo, helminto, espiroqueta, hongo, virus, etc.,) capaz de producir enfermedad.

ANTICONCEPCION Es la prevención voluntaria, o por indicación médica del embarazo. Es lo opuesto a la concepción.

B

BASES LEGALES

Es un conjunto de leyes, decretos, re_glamento, acuerdos y circulares de las cuales se derivan las atribuciones de la entidad o de las unidades administrativas comprendidas en ella.

BIOPSIKO-SOCIAL

Esfera, o integración biológica, psicológica y social que conforman a un individuo.

C

CARDIOPATIA

Término general para las enfermedades del corazón. Comprende las afecciones inflamatorias, tóxicas, y degenerativas así como las debidas a malformaciones congénitas.

CONCLUSION

Inferencia diseñada de dos o más proposiciones que son tomadas como premisas.

CRECIMIENTO

Desarrollo progresivo del cuerpo, especialmente aumento de masa, en los prime

ros años de la vida.

D

DESARROLLO

Capacidad que tiene el hombre para ir -
adquiriendo nuevas habilidades.

DEMOGRAFIA

Estudio o ciencia de las colectividades
humanas. Estadística aplicada al estu_
dio colectivo del hombre.

DIAGNOSTICO

Parte de la medicina que tiene por obje_
to la identificación de una enfermedad
fundándose en los síntomas de ésta.

E

EDUCACION PARA LA SALUD Es el proceso por medio del cual
los individuos o grupos de personas --
aprenden a fomentar, proteger o resta_
blecer la salud. Para lograr este obje_
tivo es necesario que las técnicas y -
los métodos empleados tengan en cuenta-
los hábitos de vida de esas personas,-
los factores que las inducen a conser_-

var o modificar sus hábitos adquiridos y la manera como las personas adquieren y aplican sus conocimientos.

ENCUESTA

Es recabar información acerca de las características de la población.

ESTADISTICA

Ciencia que se ocupa de la reunión de los hechos que se pueden valorar numéricamente para hacer comparaciones y sacar conclusiones.

F

FENILCETONURIA

Error metabólico hereditario de la fenilalanina en virtud del cual el ácido fenilpirúvico aparece en la orina. A menudo se asocia con deficiencia mental.

FONDO

Parte del cuerpo uterino que se localiza entre las inserciones de los ligamentos redondos.

G

GESTACION

Estado de una mujer encinta; período -- comprendido desde la fecundación del -- óvulo hasta el parto. Dicho estado se -- caracteriza por signos que se han dis-- tinguido en signos de probabilidad y -- certeza. Los priemros son: la supresión de la regla, los trastornos digestivos el abultamiento progresivo del abdomen, las modificaciones de las mamas, colora ciones pigmentarias. Los segundos son: -- los movimientos activos y pasivos del - feto, el choque fetal y los ruidos car diacos fetales.

GREMIO

Corporación formada por los maestros, -- oficiales y aprendices de una misma pro fesión u oficio que se regía por sus -- ordenanzas, dictaba normas para el ejer cicio de la profesión, fijaba tasas y - decidia los litigios entre los elemen-- tos de un mismo oficio. Conjunto de per sonas que tienen un mismo ejercicio, -- profesión o estado social.

GRAFICAS

Representación por el dibujo de los ---

grados o estados de un fenómeno que se estudia y que sirve en estadística para esquematizar los datos y señalar sus relaciones esenciales.

H

HABITO HIGIENICO Costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de actos para conservar la salud.

HABILIDAD Capacidad, inteligencia y disposición para algo. Cada una de las cosas que una persona ejecuta con gracia y destreza.

HIPOTERMIA Disminución o descenso de la temperatura del cuerpo por debajo de los límites de la normalidad.

HIPOTESIS GENERAL Es la hipótesis rectora de una investigación, que varía positiva o negativamente entre una relación y otra.

HIPOTESIS DE TRABAJO Hipótesis que prueba la relación cau

sal entre variables utilizando los conectores lógicos.

HIPOTESIS NULA Es la hipótesis que contradice a la hipótesis general.

I

INCIDENCIA En estadística sanitaria, proporción de enfermos nuevos de una enfermedad por 1.000 habitantes en un espacio de tiempo, generalmente un año.

INDICADOR Conector para concretar el valor de una variable.

INFECCION Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivos patógenos, y acción morbosa de los mismos y reacción orgánica consecutiva.

INMUNIZACION Proceso de hacerse o hacer inmune. Activación. Inoculación de antígenos capaces de aumentar o provocar la aparición de anticuerpos.

Pasiva. Inoculación al paciente de antígenos procedentes de otra persona o animal inmune.

INSTRUMENTO

Conjunto de recursos vinculados con criterios de funcionalidad y eficiencia, - combinados entre sí cualitativa y cuantitativamente dentro de márgenes determinados por factores técnicos y económicos y que tienen como finalidad producir actividades específicas de la salud

INVESTIGACION

Búsqueda de respuestas a determinadas cuestiones que se han planteado.

L

LOQUIOS

Excreción que proviene del útero en el posparto. Loquios de color rojo durante los primeros días debido a sangre. Loquios blancos, de color blanquecino, se rosa., después de los primeros 2-3 días.

M

MENARCA Establecimiento o comienzo de la mens_
truación.

MORBILIDAD Número proporcional de personas que en_
ferman en una población y tiempo deter_
minados.

MUERTE PERINATAL Literalmente alrededor del nacimiento.
Se utiliza en los índices de mortalidad
Suma de la frecuencia de nacidos muer_
tos (No./1 000 nacidos vivos) y la fre_
cuencia de la muerte neonatal (No./1000
nacidos vivos).

N

NATALIDAD Proporción de nacimientos entre un núme_
ro determinado de habitantes en un tiem_
po dado.

P

PANDEMIA Epidemia extendida a muchos países o -
que ataca a casi todos los individuos.

- PARTO** Conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida del claustro materno un producto vivo y sus anexos.
- PATOLOGIA** Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que producen en el organismo.
- PLANIFICACION FAMILIAR** Actitud y acción de la pareja para limitar y espaciar sus hijos con la finalidad de mejorar la calidad de vida.
- PSICOPROFILAXIS** Es la preparación física y psicológica, que permite a las mujeres acometer el parto sin temor, colaborando con su desarrollo, y superando el dolor de las contracciones.
- PUERPERIO** Período que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelven al estado ordinario anterior a la gestación.

REPRODUCCION Función por la cual los seres organiza_ dos producen otros seres semejantes a-- sí mismos.

S

SALUD La salud es un estado de bienestar com_ pleto (físico, psíquico y social) y no solamente la simple ausencia de enferme_ dad o de invalidez.

SOMATOMETRIA Medición del cuerpo, especialmente en - sus relaciones con la constitucionalís_ tica o biotipología.

T

TEORIA Conjunto de principios o parte especula_ tiva de una ciencia. Hipótesis explicati_ va de un hecho.

TECHICA Conjunto de procedimientos de que se -- sirve una ciencia o un arte. Habilidad para usar estos procedimientos.

TEMOR

Comportamiento emocional de tono afectivo desagradable, acompañado de postración, fuga y miedo.

TOXINA

Término general para las sustancias productoras de efectos tóxicos secretadas por las bacterias patogénas. Sus caracteres generales más importantes son los de producir los efectos tóxicos después de un período de incubación y de ser antígeno.

V

VARICELA

Enfermedad infecciosa febril, exantemática, a menudo epidémica, generalmente-benigna, propia de la infancia, caracterizada por fiebre y erupción en grupos de pápulas, que se convierten en vesiculas que se secan sin supurar y no dejan cicatriz. La enfermedad dura una semana aproximadamente y no tiene ninguna relación con la viruela, salvo su aspecto.

VARIABLE DEPENDIENTE

Es la variable a explicar. Es el --

efecto.

VARIABLE INDEPENDIENTE Es la variable explicada, es decir, es la causa y el investigador no tiene control sobre ella.

VARIABLE POLITOMICA Es la variable que tiene más de dos indicadores.

8, REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

ALLENDE E. Elvia. Generalidades de Capacitación, 1er. seminario sobre detección de necesidades de adiestramiento del Hospital General del Centro Médico, México, 1982, 6 PP.

ARIAS G. Fernando. Metodología de la investigación, Ed. Trillas, 2a. ed, México, 1975, 149 PP.

BENSON Ralph C. Manual de Ginecología y Obstetricia Ed. El Manual Moderno, 7a. ed, México, 1987, 744 PP.

BETHEA D. C. Enfermería Materno-infantil, Ed. Interaamericana, 3a. ed, México, 1985, 374 PP.

CONAPO. México Demográfico (Breviario), México, 1980-81, 92 PP.

CONSUEGRA H. J. El control de la natalidad como arma del imperialismo, Ed. Buenos Aires, Argentina, 1986, 340 PP.

DIAZ del Castillo, Ernesto. Pediatría perinatal, Ed. Interamericana, México, 1979, 541 PP.

DIAZ del Castillo, Ernesto. Pediatría Perinatal, Ed. Inter-

americana, México, 1981, 514 PP.

DILTS, et. al. Obstetricia y ginecología, Ed. Interamericana, 2a. ed, México, 1982, 320 PP.

DORRA, Raúl. guía para procedimientos y recursos para técnicas de investigación, Ed. Trillas, México, 1979, 74 PP.

ECO, Humberto. Como se hace una tesis. Técnica y procedimientos de investigación, estudios y escritura, Ed. Gedisa y representaciones editoriales S.A., México, 1982, 267 PP.

FRENK S., Salud Pública de México, Revista, Vol. 25, No. 25 México, 1983, 513 PP.

G. Anderson, Barbara. Obstetricia para la enfermera, Ed. Troquel, Buenos Aires, Argentina, 1970, 146 PP.

GEN (Grupo de estudios al nacimiento). El feto y su ambiente, GEN, México, 1983, 108 PP.

HERNAN San Martín. Salud y enfermedad, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 4a. ed, México, 1984, 893 PP.

JURADO García, Eduardo. El futuro de la perinatología, Bole

tín Médico Hospital Infantil, México, 1983, 50 PP.

JURADO García, Eduardo. El Problema Perinatal en México.
OMS/OPS. Salud Materno-infantil y atención primaria de las
américas, Ed. Publicaciones científicas, México, 176 PP.

L'GAMIZ, Arnulfo. Bioestadística, Ed, Francisco Méndez Cer-
vantes, México, 1983, 250 PP.

MARTINEZ, Martínez, R. La salud del niño y del adolescente,
Tomos I-II, Ed. Trillas, México, 1983, 1811 PP.

MONDRAGÓN Castro, Héctor. Obstetricia básica Ilustrada, Ed,
Trillas, México, 1986, 685 PP.

MONROY D. Velasco Anameli. La educación y la sexualidad hu-
mana, Ed. Pax-Mex, México, 1980, 164 PP.

MONROY D. Velasco Anameli. El maestro y la planificación
familiar, Ed. Pax-Mex, México, 1981, 143 PP.

MONROY Enríquez Agustín. Administración laboral (selección
capacitación de personal), Ed. DAC (diagnóstico Administra-
tivo por computo), s.a., México, 110 PP.

ORGANIZACION Panamericana de la Salud. Salud materno-infantil y atención primaria en las Americas. Publicación científica, No. 461, 348 PP.

PODER EJECUTIVO FEDERAL, Programa Nacional de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1984, 880 PP.

QUINTIN Olascoaga José. Nutrición normal, Ed. Francisco Méndez Cervantes, México, 1985, 264 PP

REYES Ponce Agustín, Administración de empresas, teoría y práctica, Ed. Limusa, México, 1983, 550 PP.

SALVAT, Diccionario terminológico de ciencias médicas, Ed. Salvat, 11a. ed. (9a. reimpresión), México, 1983, 1073 PP.

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA. Educación para la Salud, Ed. SEP. México, 1979, 254 PP.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Educación para la salud, Ed. Talleres gráficos de la nación, 2a. ed, México 1980, 335 PP.

SILICEO, Alfonso, Capacitación y desarrollo de personal, Ed Limusa, México, 1978, 201 PP.

SCHWARCZ, Ricardo, el.al, Obstetricia, Ed. El Ateneo, s.e,
Buenos Aires, Argentina, 1979, 944 PP.

STEWART Taylos, Obstetricia de Beck, Ed. Interamericana,
10a. ed, México, 1979, 649 Pp.

VARGAS Garcia carlos, Salud perinatal y Planificación Fami-
liar, (apuntes de curso), México, 1988.

VEGA Franco Leopoldo, Bases esenciales de la Salud Pública
Ed. La Prensa Médica Mexicana, 7a. reimpresión, México, 1984
99 PP.