



Secretaría de Salud
Hospital Juárez de México
Escuela de Enfermería



IMPACTO QUE TIENE LA EDUCACIÓN PRENATAL IMPARTIDA POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN MUJERES GESTANTES QUE LLEVAN CONTROL PRENATAL EN CLÍNICAS PRIVADAS EN EL 2016

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A:

Montes Vargas Sandra
Sarabia Corona Ana Miriam

Asesora:
Mtra. Ana Belén Martínez Lizama

CDMX

MARZO 2017



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.

DICTAMEN

NOMBRES DE LAS TESIS

MONTES VARGAS SANDRA SARABIA
CORONA ANA MIRIAM

TEMA DE INVESTIGACION

**IMPACTO QUE TIENE LA EDUCACIÓN
PRENATAL IMPARTIDA POR
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN
MUJERES GESTANTES QUE LLEVAN
CONTROL PRENATAL EN CLÍNICAS
PRIVADAS EN EL 2016**

TITULO A RECIBIR

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

FECHA

La que suscribe Mtra. Ana Belén Martínez Lizama acreditado por la Universidad Nacional Autónoma de México como asesora de tesis de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia hace constar que el trabajo de tesis aquí presentado cumple con los requisitos establecidos por la división de estudios para obtener el Título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia, se autoriza a las alumnas presentar ante la dirección para su réplica.

Mtra. E.E.P. Ana Belén Martínez Lizama

DEDICATORIA

Miriam:

Para mi Almita por ponerme en este camino
A mi Angelito por cuidarme y por estar siempre a mi lado
A mis dos amores Alan y Miranda

Sandra:

A Dios, y a la vida por dejarme oler el aroma a satisfacción.
A mi mamá por estar conmigo en todo momento
A mi hermano Javier por cuidar de mí más de lo necesario
A la persona que sin tener que serlo se convirtió en mi Ángel Sonia Cecilia Montes
Espinoza
Y...sin pretender ser pedante: A mí, porque me lo debía.

AGRADECIMIENTO

A la Escuela de Enfermería de la Secretaria de Salud del Hospital Juárez y a los profesores de la Coordinación de Licenciatura por haber contribuido en la elaboración de esta tesis y las facilidades prestadas.

A todos y cada uno de ustedes...Gracias.

INDICE

TEMA
INTRODUCCION

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.2.-Justificacion
- 1.3.-Objetivo General
- 1.3.1.-Objetivos Particulares
- 1.4.-Hipótesis
- 1.5.-Variables dependientes
- 1.5.1.-Variable independiente
- 1.6.- Delimitaciones

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1.-MARCO HISTORICO

- 2.1.1.-La Estimulación
- 2.1.2.-Historia de la estimulación prenatal
- 2.1.3 historia del control prenatal

- 2.2.- MARCO CONCEPTUAL
- 2.2.1.-Estimulacion Intrauterina
- 2.2.2.-Estimulacion Prenatal
- 2.2.3.-Fisiologia del Embarazo

2.2.4.-Etapas de la estimulación

- 2.3.- MARCO LEGAL
- 2.3.1.-Normas Oficiales

2.3.2.-Codigo de Ética de Enfermería

CAPITULO III METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

- 3.1.-METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN
- 3.1.1.-Tipo de Estudio
- 3.1.2.-Poblacion
- 3.1.3,.Muestra
- 3.1.4.- criterios de inclusión / exclusión
- 3.2.-. Instrumento

3.2.1-Procesamiento de Datos

CAPITULO IV ANALISIS DE DATOS

- 4.1.- Análisis de datos
- 4.2.-Graficas
- 4.3.-Conclusiones

INTRODUCCION

El objetivo del milenio propuesto por la Organización Mundial de la Salud corresponde a la reducción de la mortalidad materna.¹ Para llevar a buen término el embarazo, el primer punto clave es el adecuado control prenatal. Éste es un claro ejemplo de medicina preventiva.¹

Pudiera decirse que, desde finales del siglo XX, esta intuición va compactando y generalizándose en la cultura general de nuestra sociedad, aunque su conciencia social sea todavía insuficiente. Desde el punto de vista de las familias, el conocimiento de la educación prenatal y su presencia en la cultura es aún insuficiente. Lo que más se le aproxima, a juzgar por el contenido de libros y publicaciones periódicas sobre el tema y las consultas requeridas a especialistas, es la información ginecológica, obstétrica y pediátrica. En efecto, muchos padres procuran adquirir nociones sobre el embarazo, el parto y los cuidados pediátricos del niño al nacer o que ya ha nacido. En sentido estricto, esta curiosidad o necesidad de conocimiento defensivo o adaptativo no llega al ámbito de la educación prenatal del niño en el periodo de gestación. Como máximo, la urgencia de este conocimiento se extenderá a regularidades, hábitos y salud, y con esta misma orientación se prolongará hasta la primera infancia. Será, en consecuencia, pediátrico y psicológico. Pero, normalmente, no traspasará el umbral del conocimiento pedagógico, cuya inquietud o se extinguirá o no resultará tan relevante, si nos fijamos en los temas de libros y publicaciones periódicas, en el contenido de las consultas a expertos y, sobre todo, en la ausencia de esos expertos (pedagogos) para asesorar sobre la educación de sus hijos.²

¹ Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. URL disponible en : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rhr_01_30_sp/RHR_01_30_contents.sp.html (Fecha de acceso) : 16 de noviembre del 2016

² Orvos H, Hoffmann I, Frank I, Katona M, Pal A, Kovacs L. The perinatal outcome of pregnancy without prenatal care - A retrospective study in Szeged, Hungary. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology 2002;100:171-173.

Para llevar a cabo un control prenatal efectivo no se requieren costosas instalaciones o tecnología; si no de una adecuada y completa historia clínica y el uso de estudios de extensión de acuerdo a indicaciones específicas suelen ser suficientes para tal fin.² Se recomienda involucrar activamente a la paciente y su pareja en el control prenatal para establecer un plan integral, que reconozca la importancia de las intervenciones y el seguimiento, e identifique los datos de alarma para acudir oportunamente al servicio de urgencias en caso necesario.³

³Hernández-Valencia M, Carrillo Pacheco A. Control prenatal asociado al número de consultas como método diagnóstico de hiperglucemia. Ginecol Obstet Mex 2002;70:592-596.

CAPITULO I

1.1 Planteamiento del Problema

IMPACTO QUE TIENE LA EDUCACIÓN PRENATAL IMPARTIDA POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN MUJERES GESTANTES QUE LLEVAN CONTROL PRENATAL EN CLÍNICAS PRIVADAS EN EL 2016

Actualmente la temática de Salud reproductiva es un importante tópico de investigación para las instituciones educativas y de salud ya que a partir de políticas de salud dirigidas a los grupos sociales en edad reproductiva puede beneficiarse a la sociedad reduciendo los índices de morbi-mortalidad en el binomio madre-hijo. La gestacional es la etapa de la reproducción considerada la más importante, pero también la más expuestas a riesgos y daños, los cuales afectan a la gestante, al jefe del hogar y a la familia generándose gastos de bolsillo que muchas veces no se tienen planificados.⁴

A nivel mundial y nacional se han creado diferentes estrategias que permitan al profesional de la salud intervenir en las etapas pre, trans y post-gestacional con la finalidad de garantizar la vida, disminuyendo los índices de morbi mortalidad materna, perinatal e infantil.

En años recientes, se ha renovado el interés por enfrentar el problema de la mortalidad materna en México mediante una política de largo aliento en el Sistema Nacional de Salud —que apunta a lograr para 2030 la integración funcional del Sistema—, por un lado, y la instauración del Sistema de Protección a la Salud a través del Seguro Popular para mejorar el acceso equitativo de las mujeres a los servicios, por otro. Estas políticas públicas debieran dar frutos a corto plazo, es decir, una prestación del servicio más justa. Finalmente, lo que se pretende es mejorar la utilización de los servicios y elevar el nivel de acceso por medio de la portabilidad de las usuarias a fin de que éste sea más universal y no fragmentado. El reto es enorme y muestra de ello son los hallazgos sobre

⁴ Villarreal-Ríos E, Salinas-Martínez AM, GuzmánPadilla E, Garza-Elizondo AM, Tovar-Castillo NH, García-Cornejo ML. Costo de la atención materno-infantil en un sistema de salud institucionalizado. Ginecol Obstet Mex 1998;66:29-34

las muertes maternas ocurridas en 2010. A dos años de la puesta en marcha del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de las Emergencias Obstétricas,¹ y de por lo menos diez años de iniciativas dirigidas a mejorar la prestación del servicio, se puede reconocer que aún existen barreras económicas, culturales y de calidad que determinan la muerte prematura —identificada oficialmente— de alrededor de mil mujeres al año; en 2010, el número oficial fue de 992 muertes. ¹ Dicho convenio permite la atención expedita e inmediata en instituciones públicas (IMSS, ISSSTE y SSA) sin importar la afiliación y sin costo alguno para la mujer que presente una emergencia obstétrica.⁵

De este modo, se observa al bebé como un ser con características propias y únicas, capaz de actuar y reaccionar en el vientre de su madre. También se ofrecen espacios de relajación física y mental para la madre, y se brinda apoyo emocional y de pareja para el disfrute del embarazo. Por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Qué impacto tiene la educación prenatal impartida por profesionales de enfermería en mujeres gestantes que llevan control prenatal en clínicas privadas en el 2016

⁵-Alfaro-Alfaro N, Maldonado-Alvarado R, GuzmánSánchez A, Mendoza-Roaf P, Balcázar-Partida N, Valadez-Figueroa I. Oportunidad y continuidad de la atención prenatal en embarazos de riesgo bajo y frecuencia de cesáreas. Rev Med IMSS 2002;40(5):415-419.

1.2.-JUSTIFICACION

En efecto, la existencia de servicios prenatales y perinatales accesibles y de buena calidad, parece ser un factor determinante en la reducción de la mortalidad materna. Así lo demuestra la experiencia de algunos países en desarrollo como Costa Rica y Cuba que, a pesar de encontrarse en condiciones socioeconómicas desfavorables, similares a las de otras naciones latinoamericanas, han alcanzado tasas de mortalidad materna ostensiblemente más bajas.⁶

Sólo a partir de la última década se le ha dado importancia al estudio de los factores de riesgo para la muerte materna. Se ha hecho hincapié en aquéllos relacionados con las condiciones de la mujer, como las edades extremas, la nuliparidad, el estado nutricional deficiente y la baja escolaridad. Algunos estudios se han orientado a evaluar el efecto de ciertos aspectos relacionados con la atención hospitalaria, como la operación cesárea, el tamaño y tipo del hospital, y la calidad de la atención.⁷

Por otra parte, también se ha estudiado el efecto de la accesibilidad a los servicios y la utilización oportuna de los mismos. Así, se han identificado la distancia y los tiempos de transportación y de espera como obstáculos para obtener la atención requerida y, consecuentemente, como factores de riesgo para la muerte materna.

Por último, se han revisado algunas características del usuario que afectan la utilización de los servicios, como son la edad de la mujer, la paridad y las obligaciones familiares, la educación, el nivel socioeconómico, y la condición de derechohabiente de

⁶ Cáceres-Manrique F. de M. "El control prenatal una reflexión urgente". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 60 (2): 165-170. [Acceso: 29 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a07.pdf>

⁷Lozano R. Factores socioeconómicos asociados a la mortalidad materna. Reunión Nacional de Maternidad sin Riesgo, Cocoyoc, Morelos, México, febrero de 1993. Documento no publicado

servicios de seguridad social. En esta línea, se ha demostrado que la percepción de gravedad de la complicación puede afectar el proceso de búsqueda de atención.⁸

1.3.-OBJETIVOS

- Analizar el impacto que tiene la educación prenatal impartida por profesionales de enfermería en mujeres gestantes que llevan su control prenatal en clínicas particulares en el 2016.

1.3.1.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer el impacto que tiene la educación prenatal en mujeres gestantes.
- Identificar el conocimiento que poseen las pacientes gestantes sobre la estimulación prenatal.
- Describir las diferentes maneras en que se lleva a cabo la estimulación prenatal.

1.4.-HIPOTESIS

Si las mujeres gestantes que llevan control prenatal en clínicas particulares conocieran el impacto de la educación prenatal, entonces se implementaría dentro del control

⁸ Sánchez-Nuncio H.R., Pérez-Toga G., PérezRodríguez P., Vázquez-Nava F. "Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal". Revista Médica del imss. 2005; 43 (5): 377-380. [Acceso: 2 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>

1.5.- VARIABLES

VARIABLES	TIPO	DEFINICION	OPERACIONALIZACION
Embarazadas	Independiente	El embarazo o gravidez es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto y el periodo de estimulación uterina inicia a partir de la semana 28 que es cuando se forman los reflejos arcaicos o primarios.	De la semana 28 a la 41 de gestación.
Edad	Dependiente	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	25 a 35 años (Factor de riesgo en el embarazo)
Control prenatal	Dependiente	El Control Prenatal son todas las acciones encaminadas a la vigilancia del embarazo para identificar factores de riesgo y corregirlos así como asesoría nutricional, vigilancia del crecimiento y desarrollo fetal así como la adecuación de suplementos para un mejor nacimiento de un recién nacido a término y saludable, sin secuelas de ningún tipo para el binomio Madre/Hijo.	Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario: 1ª consulta: entre las 6 - 8 semanas; 2ª consulta: entre 10 - 13.6 semanas; 3ª consulta: entre 16 - 18 semanas; 4ª consulta: 22 semanas; 5ª consulta: 28 semanas; 6ª consulta: 32 semanas; 7ª consulta: 36 semanas; y 8ª consulta: entre 38 - 41semanas.
Clínica privada	Dependiente	Es un establecimiento sanitario para la atención y asistencia a enfermos por medio de profesionales médicos, de enfermería y personal auxiliar y de servicios técnicos durante 24 horas, 365 días del año y disponiendo de tecnología, aparatología, instrumental y farmacología adecuadas.	Clínica privada Clínica publica
EDUCACION	Dependiente	Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen	EDUCACIÓN NO FORMAL: recibe esta denominación debido a que, a diferencia de la anterior, esta clase de educación se produce fuera del ámbito

			<p>oficial u escolar y es de carácter optativo⁹.</p> <p>EDUCACIÓN INFORMAL: este aprendizaje se desarrolla fuera del ámbito de las educaciones formal y no formal, y se distingue por ser de carácter permanente, espontáneo y no deliberado.</p> <p>Educación o curso psicoprofilactico en el embarazo.</p>
--	--	--	---

1.6.-Delimitación

La Clínica de la Mujer, ubicada en Medellín #43 B, Primer Piso Int. B-3, Col. Roma Norte, Delegación Cuauhtémoc, CP: 06700 CDMX. Con un total de 30 pacientes atendidas de Agosto a Noviembre del 2016.

Clínica San Rafael ubicada en Av. Vicente Villada # 232 Col. Villada Estado de México, con un total de 20 pacientes atendidas de Agosto a Noviembre 2016.

⁹<http://www.tiposde.org/escolares/144-tipos-de-educacion/#ixzz4LPazSrfT>

CAPITULO II

2.1.- MARCO TEORICO

La estimulación prenatal es el proceso que promueve el aprendizaje en los bebés aun en el útero, optimizando su desarrollo mental y sensorial.

Estudios realizados han sugerido que es posible promover el desarrollo del cerebro del niño aun antes de nacer. Importantes investigaciones han demostrado que los estímulos como los golpecitos en el vientre, sonidos suaves y melodiosos, el sonido de la voz humana -especialmente el de la madre- así como las vibraciones y la luz son placenteros para el bebé.

Sin embargo, el bebé puede aprender a relacionar estos estímulos a sus significados sólo si son presentados en una manera organizada; de otra forma probablemente los olvide o los ignore. Tiene que enseñarle al bebé que estos estímulos tienen un significado relacionado al presentarlos en un contexto coherente y repetitivo. Es sabido que cuando las experiencias ocurren en un patrón determinado y consistente, pueden ser mejor organizadas en el cerebro del bebé y ser usadas, luego, en circunstancias similares mediante asociación.¹⁰

El cerebro humano está formado por células (neuronas). Estas células forman redes y conexiones. Cada vez que el cerebro es estimulado -de una manera adecuada- nuevas conexiones neuronales se forman. Mientras mayor sea el número de conexiones, mayor será el número de neuronas interconectadas y esto es lo que determina la inteligencia y los parámetros sociales y emocionales

La estimulación prenatal se puede definir como el conjunto de acciones que proporcionarán al niño las experiencias que éste necesita para potenciar las

¹⁰ .- Rivera L., Fuentes R., Esquinca-Alboresb C., Abarcab F.J. y Hernández-Giróna C. "Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México". Revista de Salud Pública 2003; 37(6):687-692. Disponible en: www.fsp.usp.br/rsp

capacidades y habilidades infantiles, desde la fecundación, para desarrollar al máximo su potencial bio-psico-social.

La estimulación prenatal está basada en el desarrollo y maduración del sistema nervioso central (centro del control de las vivencias del niño y del futuro adulto) y en particular del cerebro, el que está constituido por millones de células llamadas neuronas, las que se interrelacionan entre sí formando las sinapsis (unión de una neurona con otra), a nivel de las cuales actúan los neurotransmisores eléctricos. La función de las sinapsis es integrar cada una de las neuronas a un sistema nervioso complejo que definirá el futuro del niño.¹¹

Se ha podido detectar las sinapsis a partir del décimo séptimo día de la fecundación. Al quinto mes del embarazo la cantidad total y definitiva de neuronas del cerebro está determinada y empieza el proceso de mielinización de los axones y arborización dendrítica. La mielinización es importante porque facilita la transmisión nerviosaⁱ

Estimulación Prenatal

La estimulación prenatal es un conjunto de actividades que realizadas durante la gestación enriquecen al niño por nacer en su desarrollo físico, mental, emocional y social.

Ello se logra a través de una comunicación afectuosa y constante entre el niño y sus padres desde el embarazo.

también de dan al bebé la oportunidad de potenciar ciertas capacidades y habilidades infantiles, para desarrollar al máximo su potencial bio-psico-social. La estimulación prenatal está basada en el desarrollo y maduración del sistema nervioso central y en particular del cerebro, por esto es importante que la estimulación comience a temprana

¹¹ Sanchez-Pérez H.J., Ochoa-Díaz López H., García-Gil M.M., Martín-Mateo M. "Bienestar social y servicios de salud en la región Fraylesca de Chiapas: el uso de los servicios de atención prenatal". Revista Salud Pública México. 2007; 39: 530-538.

edad gestacional, ya que al se aumentaría la capacidad de comunicaciones en la masa cerebral, llegando a ser más efectivas en su función y más perfecta en su estructura.¹²

2. Estimulación intrauterina

2.2.- HISTORIA DE LA ESTIMULACION PRENATAL

Desde finales de la segunda mitad del siglo XX se perfila como una criatura capaz de percepciones sensoriales diversas, con una variada actividad motriz, explorador del medio intrauterino,... etc., frente a los obsoletos esquemas del no nacido insensible, apático e ignorante. Esta nueva concepción del feto ha sido gracias a los progresos tecnológicos de las últimas décadas como la sonografía, lo fotografía intrauterina o los ensayos radioactivos, que han permitido realizar un seguimiento de la conducta del feto a lo largo de toda la gestación. Así mismo, se han creado numerosos programas destinados a la estimulación prenatal dirigida al feto, al bienestar de la gestante y al fortalecimiento de la cohesión familiar y el vínculo.¹³

A partir de la década de los 80, gracias a numerosas observaciones científicas llevadas a cabo en distintos campos, como la Medicina, la Psicología, la Biología, la Genética, o la Física moderna, se ha dado un nuevo paso en la comprensión de la vida, al estudiar la vida en el útero.

Del viejo paradigma que consideraba al bebé antes de nacer como un ser incapaz, que no se enteraba de nada, que era algo así como tonto, ciego y sordo, se ha pasado con todos estos nuevos estudios a un nuevo paradigma, que nos va demostrando las capacidades tan maravillosas del bebé en el vientre materno.

¹² Chambi Ayala, V.S. "Factores culturales que influyen en la asistencia al control prenatal al centro de salud de bella vista de la red sur de la ciudad de la paz en la gestión". [Tesis del Postgrado] de la Facultad Medicina. Universidad Mayor de San Andrés 2007. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/3642>

¹³ . Gonzaga-Soriano M. R., Zonana-Nacach A., Anzaldo-Campos M. C., Olazarán-Gutiérrez A. "Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California". Salud pública Méx. [Internet]. 2014 Feb. [citado 2016 Abr 07]; 56(1): 32-39. Disponible en: <http://>

Así, se sabe que a partir del tercer mes de gestación sus sentidos ya están formados, y el feto percibe las informaciones a través de todos sus sentidos; es capaz de reaccionar ante esas informaciones, y las memoriza.¹⁴

A pesar de que estamos tan sólo en los albores de estos descubrimientos, ya nos van demostrando que durante el periodo prenatal el ser humano construye las primeras bases de su salud, de su afectividad, de sus capacidades de relación (de su capacidad de amar), de sus facultades cognitivas (inteligencia), e incluso de su creatividad. El objetivo de la educación es desarrollar las potencialidades del ser humano y su adaptación al mundo. Y la está se opera a través de tres procesos esenciales: la impregnación, la imitación, Identificación y la experimentación. En el periodo prenatal la impregnación es máxima, es celular. El niño/a en el útero se impregna de todo lo que viven sus padres.

Así, se sabe que a partir del tercer mes de gestación sus sentidos ya están formados, y el feto percibe las informaciones a través de todos sus sentidos; es capaz de reaccionar ante esas informaciones, y las memoriza. Se sabe también que los bebés en el útero son seres sociables y comunicativos, que sienten el amor o el rechazo de su madre, que sienten placer y dolor, que el estrés de sus madres les repercute - no sólo emocionalmente, sino que incluso interfiere en la formación de sus órganos -, que tienen cierto grado de conciencia¹⁵

A pesar de que estamos tan sólo en los albores de estos descubrimientos, ya nos van demostrando que durante el periodo prenatal el ser humano construye las primeras bases de su salud, de su afectividad, de sus capacidades de relación (de su capacidad de amar), de sus facultades cognitivas (inteligencia), e incluso de su creatividad.

¹⁴.- Dantés O.G., Sesma S., Becerril V.M., Knaut F. M., Arreola H., Frenk J. "Sistema de salud de México". Salud pública Méx. [Internet]. 2017 Ene. [citado 2016 octubre. 14]; 53(Suppl 2): 220- 232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es

¹⁵.-Ordaz-Martínez K.Y., Rangel R., HernándezGirón C. "Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México". Ginecol Obstet Mex. 2010; 78 (7):357-364. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2010/gom107e.pdf>

Es importante distinguir la educación de la instrucción. La instrucción es la transmisión de conocimientos y de habilidades, y utiliza métodos de aprendizaje. Pero al bebé en el útero no hay que enseñarle nada, intentarlo sería arbitrario y peligroso; sería una intrusión en el proceso de formación y ejerceríamos violencia sobre él/ella.

En cambio el objetivo de la educación es desarrollar las potencialidades del ser humano y su adaptación al mundo. Y la educación se opera a través de tres procesos esenciales: la impregnación, la imitación, Identificación y la experimentación.

En el periodo prenatal la impregnación es máxima, es celular. El niño/a en el útero se impregna de todo lo que vive su madre.

Si los padres están informados de que su hijo se educa al mismo tiempo que se forma, tienen la posibilidad de evitar que reciba ciertas violencias y pueden darle las mejores condiciones para su desarrollo más óptimo, según su propia dinámica y su proceso natural.

Historia del Control Prenatal

Aunque no se sabe con exactitud los orígenes de la atención del embarazo, Hall refiere que surge como una necesidad de tener infantes saludables para contar con soldados en condiciones para la guerra, trabajo en el campo y en las fábricas. Los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada, se remontan a los inicios de la raza humana, su atención, ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente se concibe en un entorno lleno de mitos y tabúes. Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la embarazada y se encuentran referidos en múltiples registros, pero nada o muy poco se encuentra escrito sobre los cuidados durante el embarazo.¹⁶

Entre los documentos más antiguos que refieren aspectos relacionados con estos cuidados, están los escritos chinos, que recomendaba a la embarazada, evitar comida abundante y ejercicio excesivo. En India, se establecieron ciertas reglas sobre la

¹⁶ Gobierno del Estado de México. Manual de procedimientos para la operación del sistema de referencia y contrareferencia de pacientes en unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención. Gaceta. 2010; Tomo CLXXXIX(111). Disponible en: <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/gct/2016/>

alimentación, bebidas, ejercicio, ropa y la recomendación de tener compañía de personas alegres. Fray Bernardino de Sahagún relata cómo en el momento en que la joven se embarazaba avisaba a sus padres. Esto era motivo de alegría, se organizaba una reunión y al término de ésta, un anciano por parte del esposo dirigía unas palabras anunciando la nueva. El anciano se dirigía a la joven preñada con palabras tiernas y después a ambos esposos, aconsejándoles de cómo deberían comportarse. A los 7 u 8 meses volvían a reunirse en casa de los padres de la joven para comer y beber, con el fin de conocer a la partera que había de intervenir en el parto.

Se escogía una pariente del joven para que se encargase del parto a quien la partera comentaba haciendo ver que ella aunque médico y partera no sabía si su conocimiento era suficiente para traer al mundo al nuevo ser. Acto seguido calentaba el temascal y lo colocaba en el vientre de la joven para ver en qué posición venía el niño y le daba indicaciones; que no ingiriera mucha sal o estuviera cerca del fuego para que no se tostara el niño, que no durmiera de día para que no sacara la cara deforme; que no viera nada rojo, para que no naciera de lado, que no ayunara ni comiera tierra; que los primeros meses fuera acomedida con su marido, esto tendría que velar al acercarse el momento del parto, de no ser así el niño nacería con una viscosidad blanca que le originaría problemas al nacer .

La Tlamatquicitl, era la partera entre los aztecas. Su función era relevante, ya que contaba con un prestigio diferente al de las demás mujeres. Tenía la categoría de sacerdotisa, de socializadora, de consejera en asuntos matrimoniales y de educadora en salud. Los habitantes del México antiguo en términos generales, concebían a la enfermedad como un fenómeno dual, dependiente del propio individuo y de las influencias metafísicas y físicas del medio en que habitaban. Como parte de esas creencias tenemos a la diosa del maíz, de la medicina y de las hierbas medicinales (Centeotl), a la que adoraban "... los médicos y cirujanos, los sangradores y parteras...". Esta influencia metafísica se observaba también entre los nahuas. Los niños que morían se consideraban que eran amados de dios, quien les daba por residencia la casa de "Tonacatecutli", y si el fallecimiento acaecía en los primeros meses de vida, cuando los infantes aún mamaban, iban a la primera mansión celestial, "Chichihaucauco", de cuyas frondosas ramas goteaba leche que les servía de alimento. También existía la creencia de que las mujeres que morían a consecuencia de su primer parto se transformaban en diosas. La cultura Náhuatl los cuidados a la mujer

embarazada y al niño tuvieron un lugar preponderante, aunque no se describe con exactitud en que consistían estos. En la época colonial (siglo XVI), la cultura estaba impregnada y la población comprometida con los problemas de fertilidad y de sexualidad. En esta época hubo múltiples protestas contra la abolición de la poligamia y la práctica del matrimonio entre indígenas de corta edad. Por otra parte este grupo sufría las consecuencias de los problemas de esa época. Partos abortos e infanticidios, se registraban en varias regiones; en Michoacán, por ejemplo, se afirmaba que un brujo indujo a una multitud de indios al suicidio. Alonso de Zorita supo de muchos casos de suicidios para escapar al pago de tributos exagerados y también cita numerosos abortos y negativas de procrear entre los indios mixes y chontales. En el occidente de México, Lebrón de Quiñones nos dice que a las mujeres indígenas se les prohibía procrear o buscaban el aborto para asegurar la rápida desaparición de la tribu. Es por esto que el decrecimiento de la población y la definición formal de la vida colonial aparecían relacionados.¹⁷

En la época postcolonial en México, la atención del embarazo tuvo su propia regulación, uno de los primeros aspectos fue el establecimiento del protomedicato en 1628 quienes tenían las atribuciones de: "... Examinar a los que querían ejercer la medicina, la farmacia, la obstetricia y la flebotomía... y disponía cartillas para los sangradores y parteras. Fuga Por otra parte la enseñanza médica la inició Don José García (1760) con la cátedra de cirugía, donde incluía algo del tema de gineco-obstetricia. Aunque formalmente como cátedra surgió hasta 1833 con el Dr. Pedro Villar impartíendola en el 5to. Año de la carrera de medicina en la ciudad de México. En Guadalajara, el Dr. Pablo Gutiérrez, a su regreso de estudiar en Francia (1837) instauró la cátedra de obstetricia en la carrera de Medicina, pero esta se llevaría a cabo en el Hospital de Belén en 1839, durante el sexto año de la carrera. Aunque aún no existía el servicio de Obstetricia en el Hospital, se refiere que las maniobras de parto debían de hacerse en un maniquí. Es hasta 1873 cuando se emitió el decreto 345 en el Estado en donde establece que se daría la clínica de partos por la asignatura de obstetricia y se estableció una sala de maternidad. Anteriormente se impartían conocimientos a parteras o comadronas, pero no como una cátedra oficial. No fue sino hasta 1840 en que apareció el Reglamento Particular de la Enseñanza Médica, que consideró un curso sobre partos para las

¹⁷ Tena-Tamayo C, Ahued-Ahued JR. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Ginecol Obstet Mex 2003;71:409-420.

matronas en el hospital de San Miguel, señalando además que “Las parteras debían de ser casadas (con consentimiento de sus maridos) o viudas, haber llevado el curso y practicado bajo el cuidado de una matrona por dos años”. Cuando se produjo el establecimiento de “Ciencias Médicas”, en 1887, como se denominaba a la Facultad de Medicina en la ciudad de México, ya se contaba con la obra del Dr. Rodríguez llamado “El Arte de los Partos”. El Dr. Raúl Lucio Nájera escribió también publicó “Breves Consideraciones Sobre las Condiciones Higiénicas de las Maternidades”, un “Cuadro Sinóptico de Obstetricia” y un “Manual del Arte de Partos”. El Dr. Isidro Espinosa de los Reyes fue uno de los que más trabajó en beneficio del embarazo y el niño. Escribió los “Apuntes Sobre Puericultura intrauterina”, el cual incluía desde antes de la procreación, la gestación, hasta después del nacimiento, estableció una relación de causa a efecto entre las medidas higiénicas y de sanidad con el recién nacido. Aquí planteaba la necesidad de establecer una red que brindara atención preventiva en las etapas prenatal y postnatal. En 1924 presentó a la Academia Nacional de Medicina el tema “La mortalidad de la primera infancia en México; sus causas y sus remedios. Animado por los resultados de su trabajo presentó la propuesta de creación del Servicio de Higiene Infantil, la cual fue aceptada en 1929. El es el primer mexicano que incorpora el término prenatal o antenatal descrito por el francés Ballantyne (Hall M, 1985) en los programas de higiene pública. Por el año de 1925 los doctores Rafael Reygadas y Atanasio Garza Ríos empezaron a realizar los partos en los hospitales más que en los domicilios, y se empezó a consultar más literatura norteamericana que francesa, que era la que había predominado hasta entonces. Posteriormente continuó la atención incorporando más acciones a realizar durante el embarazo, principalmente relacionados con la detección de riesgos, y con el número de visitas de la embarazada al consultorio del médico.¹⁸

La atención prenatal inicialmente fue proporcionada por parteras y enfermeras, pero el médico fue tomando el control en el transcurso del tiempo. La atención prenatal pasó de la partera que atendía a la embarazada en su hogar, al consultorio del médico y el parto se cambió a nivel hospitalario. Se pasó de tener una visión del embarazo como una etapa normal y vinculada íntegramente al proceso de la vida, a la de ver el embarazo como un proceso médico prioritariamente. Ordenbiológico y desvinculado de los cuidados de enfermería y mucho menos de una partera. Es claro que los beneficios de

¹⁸ .- Hernández-Andrade E, Guzmán-Huerta M, GarcíaCavazos R, Ahued-Ahued JR. Diagnóstico prenatal en el primer trimestre, ¿a quién y cómo? Ginecol Obstet Mex 2002;70:607-612.

la atención prenatal se han obtenido a través de varios cambios en la atención médica que históricamente se han realizado, así el avance científico ha contribuido a la disminución de la mortalidad fetal, sin embargo debe de evaluarse adecuadamente su manera de concebirla y normarla, sus formas y procedimientos de implementación, tomando en cuenta la situación desigual de las necesidades en México, el acceso inequitativo a los servicios de salud, y la utilización de la medicina tradicional. Además es importante considerar el uso y abuso de la tecnología médica en la atención de la embarazada. Es importante reconocer el papel que han venido desarrollando las parteras y enfermeras, por lo que es conveniente evaluar de qué manera se puede optimizar su participación en la atención prenatal y en la atención del parto en embarazos de bajo riesgo. Se ha demostrado que la disminución de las visitas prenatales no complica el resultado del embarazo, ni el incremento de estas visitas lo mejora. Por otra parte la atención domiciliaria está volviéndose a poner de moda principalmente en Europa donde se está incrementando su utilización. Por lo que debe reevaluarse el lugar de la atención, la persona que proporciona esta atención, el contenido de las visitas de atención del embarazo, los momentos más oportunos, el personal adecuado para hacerla y sobre todo la calidad de la atención de la misma.

La atención del embarazo se encuentra inmersa en la evolución histórica de los conceptos epidemiológicos, de los conocimientos médicos existentes y de la tecnología médica disponible. El conocer la evolución de las etapas recorridas, sus aciertos y errores permitirá reorientar la atención óptima de la madre y del niño, con el propósito de disminuir su mortalidad. Por lo que se insiste en la necesidad de comprender a los servicios de salud como parte de un proceso socio histórico que señala las direcciones a tomar en el cuidado del control prenatal y se hagan propuestas de cambio en políticas de salud: en las cuales debemos abordar criterios de atención prenatal con la participación familiar y en especial la participación del padre, así como la incorporación de parteras dentro de los programas de salud, principalmente en embarazos de bajo riesgo. Por otra parte se pueden atender partos en el domicilio de la embarazada que disminuiría la ocupación hospitalaria y reduciría el estrés en embarazadas que así lo deseen.¹⁹

¹⁹ .- Winbo I, Serenius F, Dahlquist G, Källén B. Maternal risk factors for cause-specific stillbirth and neonatal death. Acta Obstet Gyn Scand 2001;80(3):235-244.

Se debe de incrementar las acciones de tipo educativo que propicien en la mujer una toma de decisiones de manera informada, responsable sobre su salud, para que de esta manera se mejore el esquema de autoatención. Se deben tomar en cuenta todos aquellos programas de cuidados y atención prenatal que se lleven con participación comunitaria y la valoración de la posible participación de Organismos no Gubernamentales y grupos de autoayuda en la atención y cuidado prenatal. Se debe de continuar con investigaciones que recuperen la experiencia histórica, así como incrementar la investigación sobre modelos tradicionales y alternativos de atención a la salud de la embarazada. Se debe de investigar sobre la propia cosmovisión popular acerca de la atención prenatal.

2.3. TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN

La práctica del conjunto de actividades, arriba mencionado, redundará en beneficio de la salud, equilibrio emocional y relajación de la madre lo cual brindará un ambiente placentero al feto y preparación para el momento del parto.

En la actualidad, una gran mayoría de programas prenatales no se limitan a estimular al feto sino que constituyen auténticos programas de intervención. Son técnicas para aumentar el bienestar de la gestante y el feto, como por ejemplo: técnicas de relajación, ejercicios para el fortalecimiento de la autoestima y la confianza en sí misma, consejos nutricionales, estimulación sensorial dirigida principalmente a la gestante... etc. Que tiene como objetivo crear en torno a la mujer embarazada una atmósfera tranquila, atractiva y variada para eliminar el estrés del entorno cotidiano, proporcionándole una gran sensación de bienestar, y a través de él, conseguir esa sensación placentera para el no nacido. Al igual que enriquecer sus experiencias y ayudarla a disfrutar de ese

periodo especial, además de potenciar sus sentimientos de seguridad física y emocional²⁰

2.3.1.-DIRIGIDAS AL FETO

Antes del nacimiento, la estimulación prenatal tiene por finalidad facilitar la comunicación y el aprendizaje del bebé por nacer mediante la realización de actividades y la aplicación de las diferentes técnicas organizadas, potencializando así el desarrollo físico, mental y sensorial del niño por nacer.

Para una adecuada aplicación de estas técnicas de estimulación prenatal es importante considerar el desarrollo embrionario-fetal, fomentando la participación de la familia y comunidad. Estas técnicas aprovechan las capacidades de sentir, oír y ver del niño por nacer. Potencializan los sentidos que son la base de los futuros aprendizajes. Es preferible que ambos padres participen. Las técnicas más importantes de estimulación prenatal son las siguientes

a) Técnica Táctil :

Se realiza a partir de la sexta a décima semana de gestación, mediante la utilización de diversos instrumentos (masajeadores, texturas), aplicados a nivel del dorso fetal, a través del vientre materno.

Su aplicación a diferentes presiones genera vibraciones que se transmiten a través del líquido amniótico y son captados por los nervios periféricos de la piel del bebé. Este estímulo es transmitido a la médula espinal y luego al cerebro, produciendo así cambios físicos como es el movimiento del bebe.

Mientras se estimula auditivamente al bebé también se le puede “acariciar” dando suaves masajes en el vientre materno. Estas caricias pueden ser suaves toquecitos con las manos en busca de estimularlo y lograr la comunicación con él. Puede iniciarse la estimulación de este tipo a partir de la quinta semana de gestación. Asimismo, se

²⁰ NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida

recomienda dejar que el agua tibia (sin mucha potencia) caiga sobre el abdomen cuando la madre se baña.

b) Técnica Visual :

Se realiza en forma más efectiva a partir del cuarto mes de gestación; con la utilización de la luz artificial y natural. Los fotones de luz que llegan al feto a través de la pared abdominal de la madre estimula la retina ocular, siguiendo la vía por el nervio óptico hasta la corteza cerebral, lo cual le permitirá al bebé en edad temprana una mejor discriminación visual, así como una mejor orientación y dirección.



A partir de la décima semana de gestación se hace más efectiva la estimulación visual, ya que el bebé puede percibir las variaciones de la luz a través del vientre materno. Por ejemplo, si se colocara una linterna prendida con la luz dirigida al vientre materno y se moviera suavemente por toda la superficie del abdomen, el feto la notará y se moverá. Se puede enriquecer dicha estimulación con la auditiva y táctil. Asimismo, se puede cambiar el color de la luz colocando plásticos transparentes de color delante del foco de luz.²¹

c) Técnica Auditiva :



La audición es uno de los sentidos que conecta al bebé con el mundo exterior y a su vez es uno de los que más se pueden estimular, ya que el aparato auditivo del bebé se desarrolla aproximadamente a las 14 semanas de gestación, siendo entonces cuando empieza a captar los sonidos externos e internos.

El sonido opera como un neurotransmisor interactivo actuando directamente sobre el sistema neurovegetativo*

²¹ Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México: Secretaría de Salud; 2009.

celular e hipofisiario del feto, dejando impreso un registro a modo de huella. Por ejemplo las sensaciones producidas por la música van a quedar grabadas en el futuro bebé, que lo remitirá una vez nacido a ese estado placentero que vivió durante su gestación.

Puede iniciarse la estimulación en esta área a partir de la sexta semana de gestación (aproximadamente dos meses). Se debe hablar con el bebé, suave y claramente, cantarle, leerle cuentos, decirle que se le ama y ponerle música suave. También se puede mover un sonajero o hacer funcionar una cajita de música cerca del vientre materno y balancear el cuerpo al compás de la música.

MUSICOEMBRIOLOGÍA:

La música favorece el bienestar físico y mental del bebé que la escucha en su instancia intrauterina y el resto de su vida. La madre potencia sus facultades por medio de la música y le transmite al bebé sus sentimientos. El recién nacido al escuchar la música, la asocia con el sentimiento placentero experimentado en el vientre materno. Los niños que han sido estimulados antes y después del nacimiento:

- Tendrán mejores aptitudes para la lectura y matemática.
- Potencializarán su memoria y concentración.
- Incrementarán su coordinación.
- Desarrollarán su creatividad.
- Enriquecerán sus emociones y fortalecerán sus relaciones interpersonales y familiares.

d) Técnica Motora :

Se realiza a partir de las 10 semanas de gestación; ya que por esos momentos se forman los canales semicirculares relacionados con el equilibrio. La estimulación se realiza por las diferentes posiciones que toma la madre durante el embarazo en su vida



normal o a través de los ejercicios físicos apoyados por una respiración adecuada.

El feto dentro del útero se informa de su posición recepcionando si la madre se encuentra de pie o en una posición que afecte su

equilibrio intraútero, logrando así desarrollar el centro del equilibrio del niño poniéndolo en alerta.

Este tipo de técnicas se brinda cuando la madre hace ejercicios, aproximadamente a partir del quinto mes de embarazo, no antes porque puede ser perjudicial para el bebé, sobre todo si la madre está en el grupo de gestantes de alto riesgo. Estas técnicas mejoran el centro de equilibrio del bebé y lo pone alerta.

Ayudan a que la madre realice un trabajo consciente con los músculos y órganos que tendrán actividad directa en el desarrollo del parto, y se estimulen las glándulas endocrinas. Las actividades incluidas, en esta etapa, son la gimnasia psicofísica prenatal, el trabajo de estiramiento y respiración, los ejercicios de relajación, el trabajo de posturas, la meditación y la concentración.

La práctica del conjunto de actividades, arriba mencionado, redundará en beneficio de la salud, equilibrio emocional y relajación de la madre lo cual brindará un ambiente placentero al feto y preparación para el momento del parto.

En la actualidad, una gran mayoría de programas prenatales no se limitan a estimular al feto sino que constituyen auténticos programas de intervención. Son técnicas para aumentar el bienestar de la gestante y el feto, como por ejemplo: técnicas de relajación, ejercicios para el fortalecimiento de la autoestima y la confianza en sí misma, consejos nutricionales, estimulación sensorial dirigida principalmente a la gestante... etc. Que tiene como objetivo crear en torno a la mujer embarazada una atmósfera tranquila, atractiva y variada para eliminar el estrés del entorno cotidiano, proporcionándole una gran sensación de bienestar, y a través de él, conseguir esa sensación placentera para el no nacido. Al igual que enriquecer sus experiencias y ayudarla a disfrutar de ese periodo especial, además de potenciar sus sentimientos de seguridad física y emocional²²

²² Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Subsecretaría de Salud Comunitaria, Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina. Julio 2013.

CAPITULO III

3.1 MARCO ÉTICO LEGAL

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

V.- Contara con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actué bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garantice el bienestar del sujeto de investigación;

VII.- Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII.- Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución a la salud y, en su caso, de la Secretaria, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usaran métodos aleatorios

de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso su representante legal autoriza su participación en la investigación, como pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a

Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989

La declaración establece que es misión del médico proteger la salud de la población. Sus conocimientos y conciencia están dedicados al cumplimiento de esa misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial compromete al médico con las palabras "La salud de mi paciente será mi primera consideración", y el Código Internacional de Ética Médica declara que "Un médico debe actuar sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente".

El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual la mayor parte de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos involucran riesgos. Esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa en la investigación, la que en último término, debe cimentarse en parte en la experimentación en seres humanos.

En el campo de la investigación biomédica debe reconocerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y no representa un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona que participa en la investigación.

Durante el proceso de investigación, deben considerarse especialmente los factores que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados con fines de investigación.

Dado que es esencial que los resultados de los experimentos de laboratorio se apliquen a seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico que realiza investigación en seres humanos. Estas deben someterse a futuras revisiones. Hay que hacer hincapié en el hecho de que las normas tal como están redactadas son sólo una forma de orientación para los médicos de todo el mundo. Ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas en virtud de las leyes de sus propios países.

Los principios básicos que dan sustento a la Declaración de Helsinki son:

1. La investigación biomédica en seres humanos debe atenerse a principios científicos generalmente aceptados y debe basarse tanto en experimentos de laboratorio y con animales, realizados en forma adecuada, como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.

2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos.

Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.

3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.

4. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella.

5. Todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios

previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

7. Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se consideran previsibles. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determina que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.

8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.

10. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.

11. En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hace imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional.

Cuando el menor de edad está de hecho capacitado para otorgar su consentimiento, debe obtenerse además del consentimiento por parte del menor, el consentimiento otorgado por su tutor legal.

12. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente Declaración.

Establece además en el capítulo II. Sobre la investigación médica combinada con atención profesional (Investigación clínica) estableciendo lo siguiente:

1. En el tratamiento de la persona enferma, el médico debe tener la libertad de usar un nuevo método diagnóstico y terapéutico, si a su juicio ofrece la esperanza de salvar una vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, peligros y molestias de un nuevo método deben compararse con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
3. En cualquier investigación médica, a todos los pacientes --incluidos aquéllos de un grupo de control, si los hay--se les debe garantizar el mejor método diagnóstico y terapéutico probado.
4. La negativa del paciente a participar en un estudio no debe nunca interferir en la relación médico-paciente.
5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado del individuo, él debe estipular las razones específicas de esta decisión en el protocolo que se enviará al comité independiente (1.2)
6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención profesional, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos, sólo en la medida en que la investigación médica se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

En el capítulo III trata sobre la investigación biomédica no terapéutica en seres humanos (Investigación biomédica no clínica) estableciendo que:

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en un ser humano, es el deber del médico ser el protector de la vida y de la salud de esa persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica.
2. Los participantes deben ser voluntarios, ya sea personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.

3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.

4. En la investigación en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.

CAPITULO IV

4.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Estudio

Descriptivo: Se limita a describir determinadas características del grupo o elementos estudiados, sin realizar comparaciones con otros grupos:

Mediante este tipo de investigación, que utiliza el método de **análisis**, se logra caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalar sus características y propiedades. Combinada con ciertos criterios de la clasificación sirve para ordenar, agrupar o sistematizar los objetos involucrados en el trabajo indagatorio, puede servir de base para investigaciones que requieran mayor profundidad.²³

Con base a lo anterior, el presente trabajo se considera descriptivo ya que, el propósito principal es identificar el “Impacto que tiene la educación prenatal impartida por profesionales de enfermería en mujeres gestantes que llevan control prenatal en clínicas privadas en el 2016”

De cohorte **Transversal** ya que es un estudio en que se miden una vez, las variables de la investigación.

Y dependiendo al periodo es **Prospectivo**, ya que la información del estudio se recogió de acuerdo a los criterios del investigador y para los fines de la investigación.

²³ .- Guidelines for Perinatal Care. American Academy of Pediatrics (and) The American College of Obstetricians and Gynecologists. 7th ed. 2012. 105-67

3.2. UNIVERSO DE TRABAJO

Estuvo constituido por 106 embarazadas que llevaron control prenatal en las clínicas: Pacientes que llevan su control Prenatal en, La Clínica de la Mujer, ubicada en Medellín #43 B, Primer Piso Int. B-3, Col. Roma Norte, Delegación Cuauhtémoc, CP: 06700 CDMX. Y la Clínica San Rafael ubicada en Av. Vicente Villada # 232 Col. Villada Estado de México.

3.2.2 MUESTREO NO PROBABILÍSTICO POR CONVENIENCIA.

El tipo de muestreo fue no probabilístico, ya que este tipo de muestreo está influenciada en una gran medida por la disponibilidad de un encuadre de muestreo, es decir una lista de todas las unidades que forman la población del estudio, con base al encuadre no se puede seleccionar una muestra probabilística. Y por conveniencia ya que este método la selección de las unidades de estudio se hace por que se encuentran más cerca o por que se dispone de ellas en el momento de la recolección de los datos.

Pacientes que llevan su control Prenatal en clínicas particulares, que cumplan los criterios de inclusión en el periodo de agosto a noviembre del 2016.

3.3 Criterios de Inclusión/exclusión

3.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes que acuden a las clínicas a control prenatal. Con más de 28 semanas de gestación que se les proporcione manual de educación prenatal elaborado por enfermería.
- Pacientes que acceden a participar y pueden responder el cuestionario.

3.3.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes que acuden a las clínicas particulares con menos de 28 semanas de gestación o por embarazos de alto riesgo.
- Pacientes que no desean participar, al contestar el cuestionario.
- Pacientes que no contestaron en su totalidad el cuestionario.

3.4 .Variables del estudio

Dependiente: Impacto que tiene la educación prenatal impartida por profesionales de enfermería

Independiente: Mujeres gestantes que llevan su control prenatal en clínicas privadas en el 2016

3.5. Instrumento

Cuestionario de ítems cerrados que permita a la paciente responder en corto tiempo. Así también, favorecerá el análisis de la información que se arroje de dichos cuestionarios. Este tipo de cuestionario se puede aplicar a una gran cantidad de personas ya que el tiempo dedicado a su análisis no depende mucho del número de cuestionarios aplicados.

3.5 Procesamiento de datos

Posterior a la aplicación de cuestionarios a las pacientes que acuden a control prenatal de la Clínica de la Mujer y la clínica San Rafael, agrupar y ordenar la información y se

presentarán en tablas y graficas de tal manera que se pueda aceptar o rechazar la hipótesis de la presente investigación

3.6 Análisis de datos

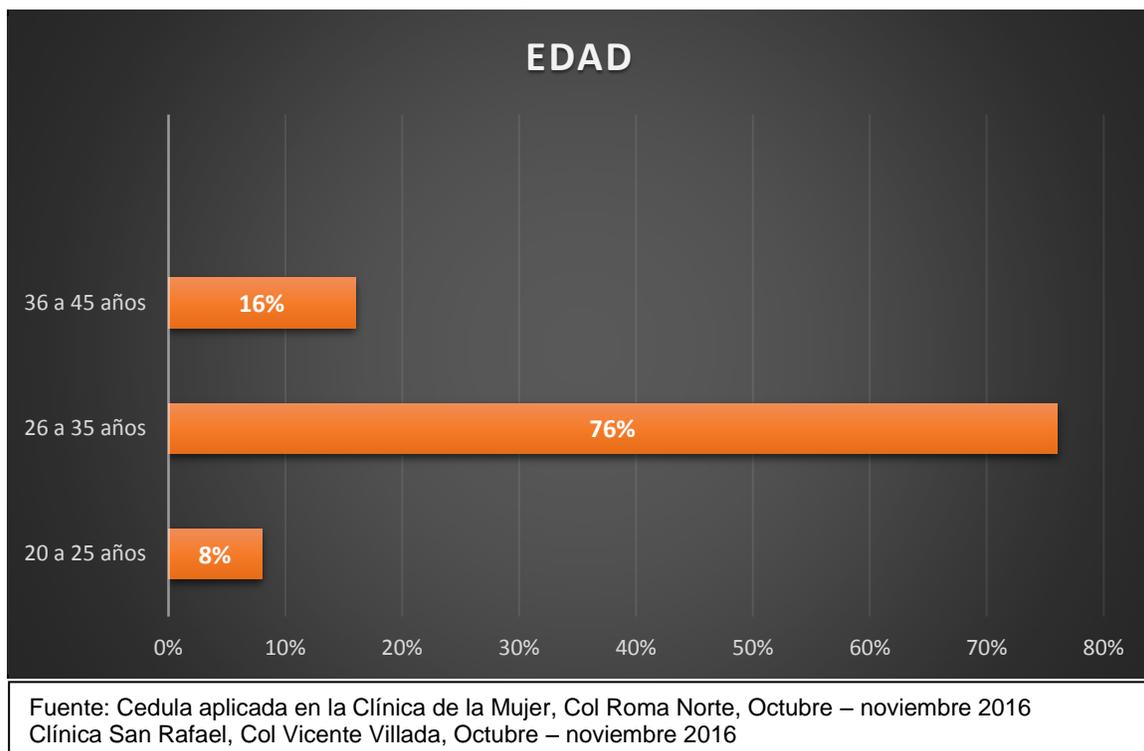
Con la utilización de la tecnología existente, se procesara y analizar la información obtenida de los cuestionarios en Word, apoyados del marco conceptual para poder llegar a una conclusión final.

CAPITULO V

5.1 ANÁLISIS DE DATOS

A continuación se presentan los resultados de los cuestionarios aplicados a las pacientes que acuden a control prenatal en la Clínica de la Mujer y La Clínica San Rafael.

CUADRO NÚM. I

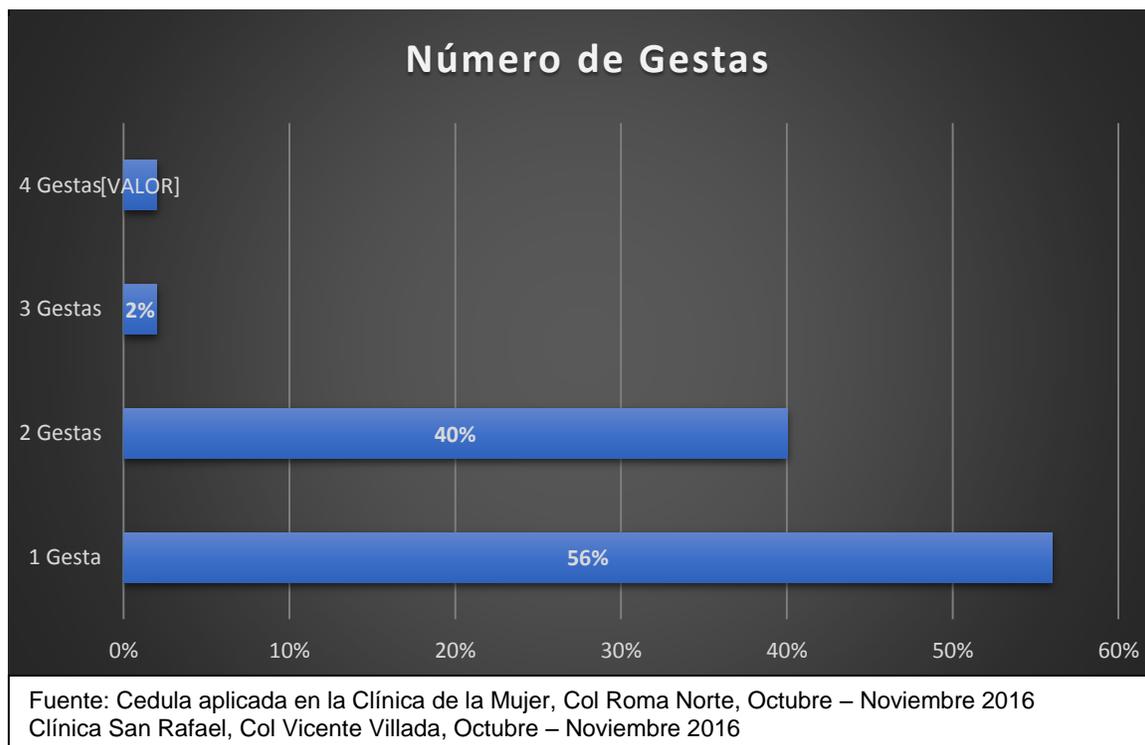


RESULTADOS SOCIODEMOGRAFICOS

Variables	Encuestadas	%
20 a 25 años	8	16
26 a 35 años	38	76
36 a 45 años	4	8
Total	50	100%

En la gráfica núm. 1 Referente a el rango de edad de las encuestadas el porcentaje mayor es el de 76 % del total de las encuestas, perteneciente a las pacientes de una edad de 26 a los 35 años que llevan su control prenatal de bajo riesgo con base a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA y un 16% pacientes de 20 a 25 años también con un control de bajo riesgo ´solo un 8% arroja una edad de e edad con un 76%, dejando ver que con un 16% y no menos importante la edad de 36 a 45 años el cual ubica a las pacientes en un control prenatal de alto riesgo.

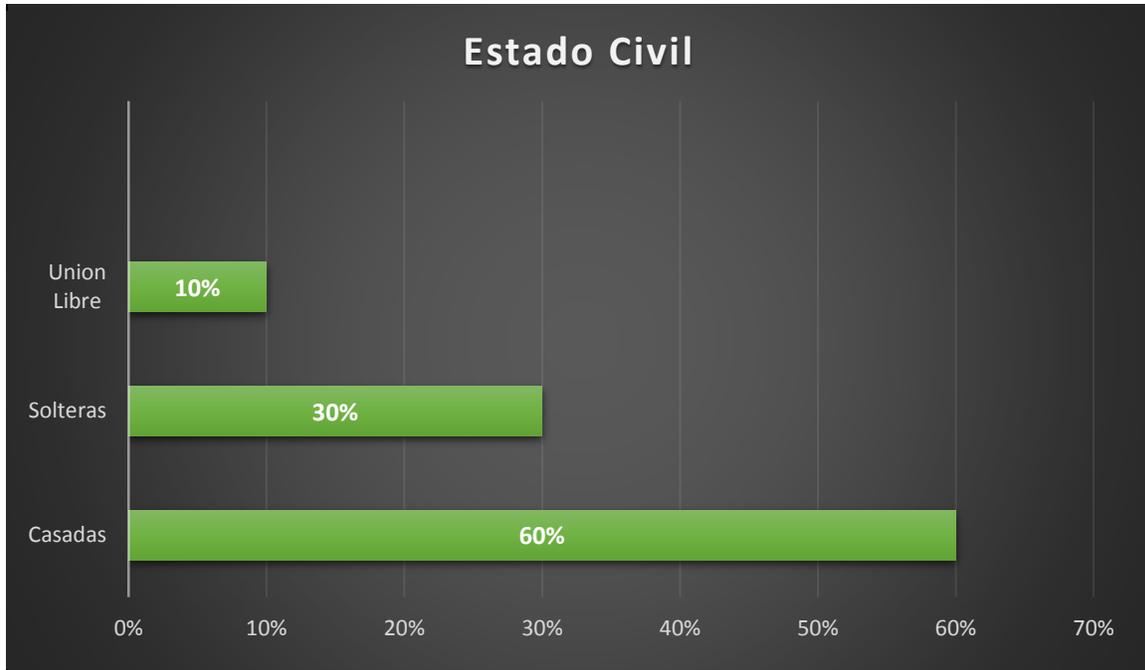
CUADRO: NÚM. 2



Gestas	Encuestadas	%
1	28	56
2	20	40
3	1	2
4	1	2
Total	50	100

En la gráfica núm. 2 referente al número de gestas por cada embarazada y arroja un porcentaje de 56% referente a una gesta y el 40% se refiere a dos gestas por cada una de las pacientes que llevaron su control ubicándolas en bajo riesgo con base a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA solo con un porcentaje de 2% a las pacientes que tuvieron de tres a cuatro gestas ubicándolas en alto riesgo reproductivo.

CUADRO NÚM. 3

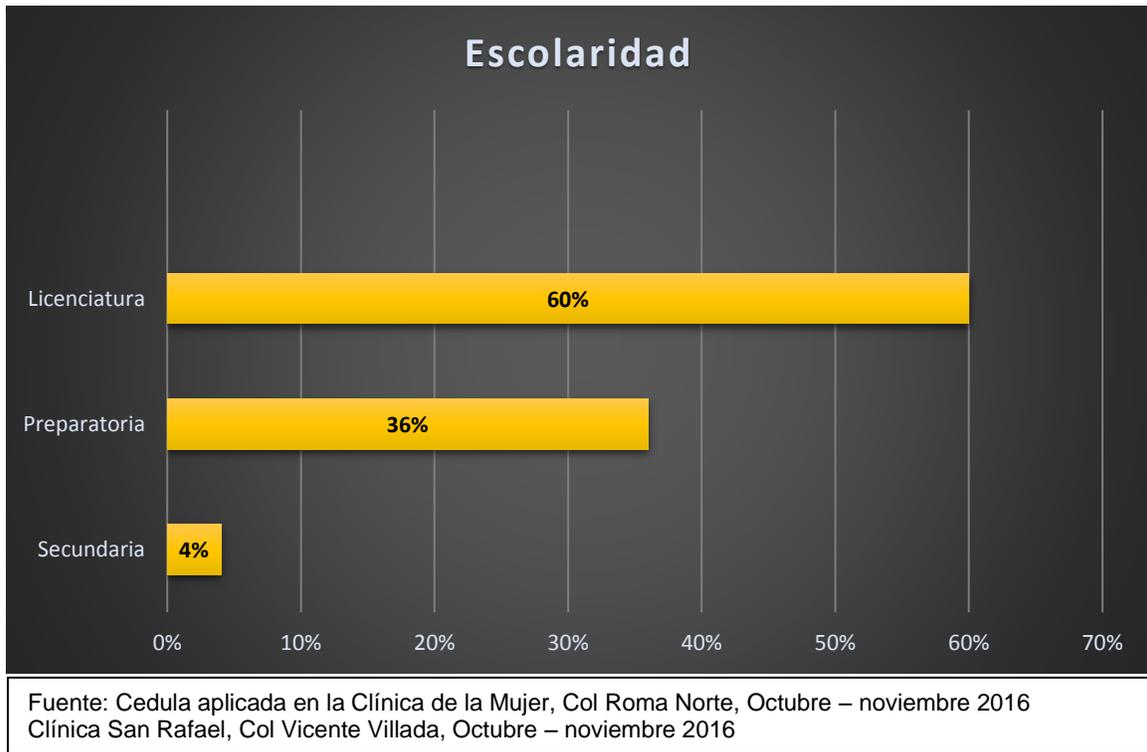


Fuente: Cedula aplicada en la Clínica de la Mujer, Col Roma Norte, Octubre – noviembre 2016
Clínica San Rafael, Col Vicente Villada, Octubre – noviembre 2016

Gestas	Encuestadas	%
Unión Libre	5	10
Soltera	15	30
Casada	30	60
Total	50	100

En la gráfica núm. 3 referente al estado civil de las pacientes encuestadas en las clínicas particulares arroja un 60% referente a las pacientes casadas que cuentan con un apoyo psicológico y un 30 % refiere que se encuentran solteras y un 10% mencionaron que se encuentran en unión libre.

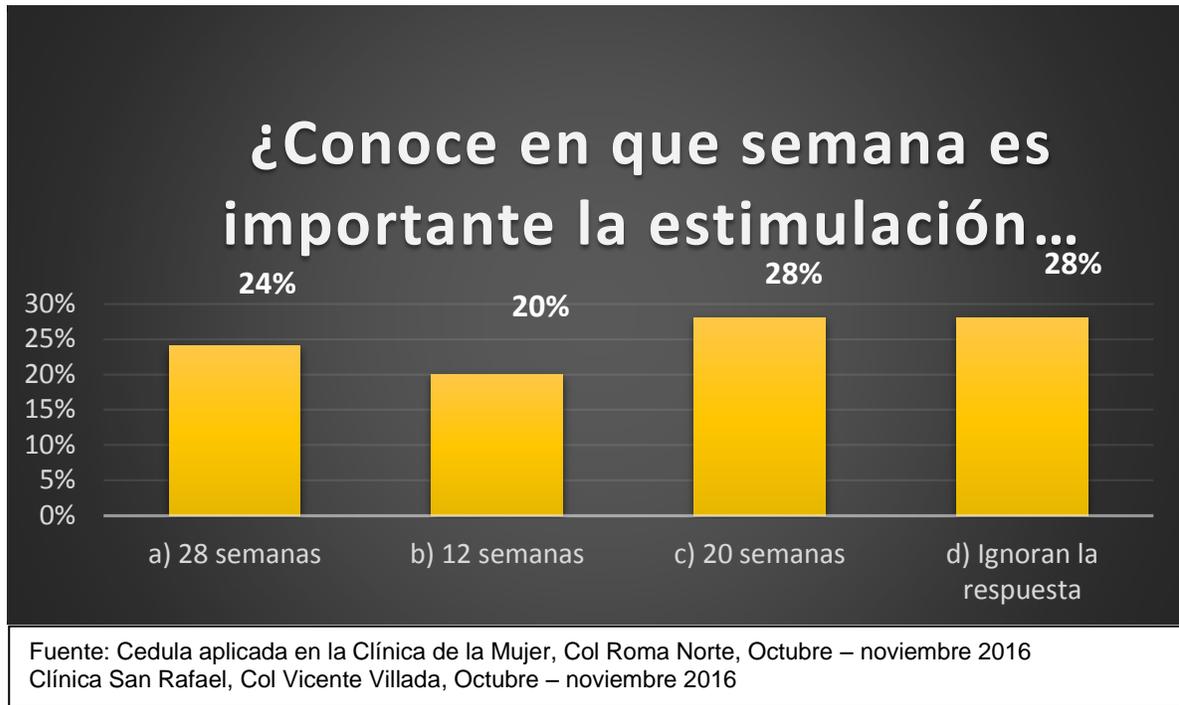
CUADRO NÚM. 4



Escolaridad	Encuestadas	%
Secundaria	2	4
Preparatoria	18	36
Licenciatura	30	60
Total	50	100

En la gráfica núm. 4 referente a la escolaridad de las pacientes embarazadas arroja un 60% con un nivel de licenciatura, un 36% con un nivel de preparatoria y solo un 4% con un nivel de secundaria ubicándolas en un nivel de bajo riesgo según la semaforización prenatal y también con base a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA.

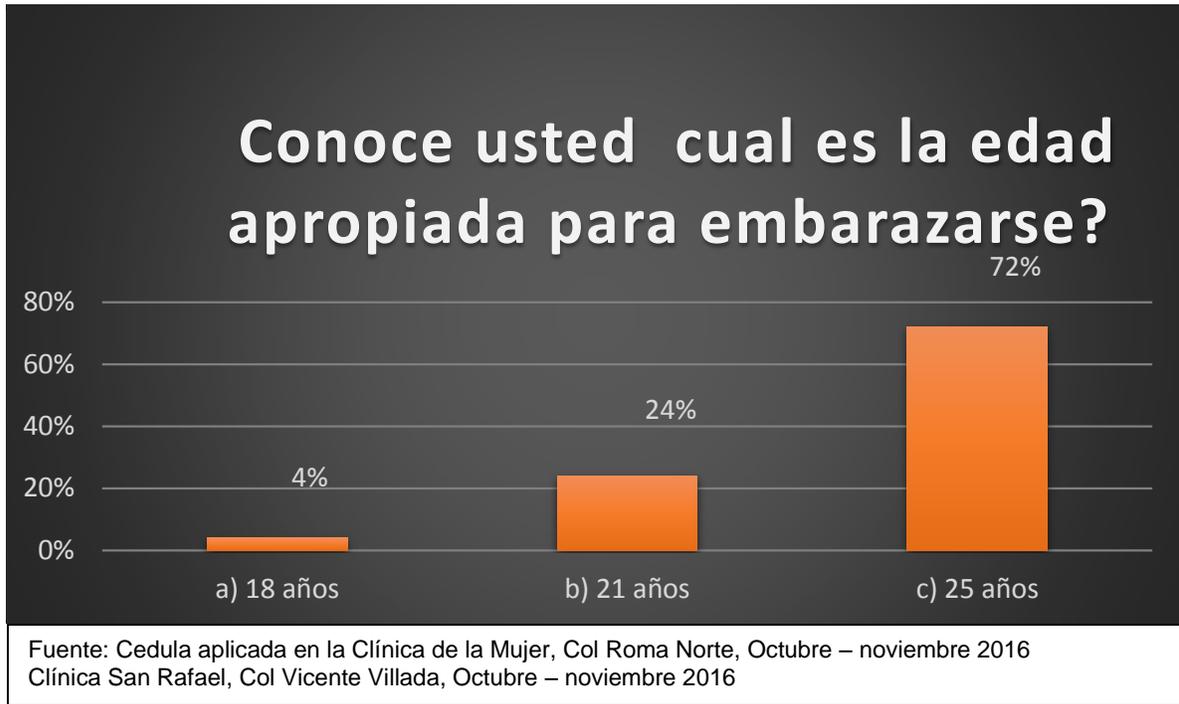
CUADRO NÚM. 5



Semanas de Gestación	Encuestadas	%
28 semanas	12	24
12 semanas	10	20
20 semanas	14	28
Ignoran respuestas	14	28
Total	50	100

En la gráfica núm. 5 referente al conocimiento que tienen las pacientes embarazadas en cuanto deben de iniciar con su estimulación intrauterina con base a las intervenciones de los profesionales de enfermería solo un 24 % sabía que el momento idóneo que es cuando se forman los reflejos primarios intrauterinos es en la semana 28 de gestación y un 28% menciono que a la semana 14 y otro 28 % ignora la respuesta y solo un 20% menciono que en la semana 12.

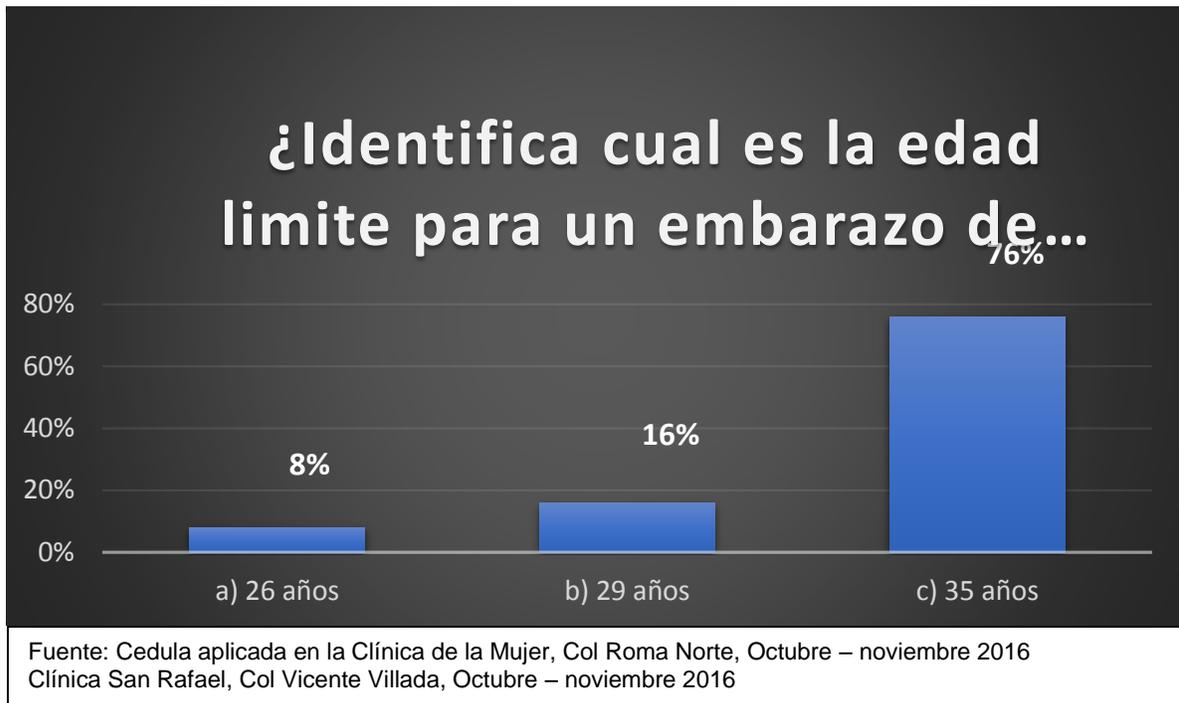
CUADRO NÚM. 6



Edad	Encuestadas	%
18 años	2	4
21 años	12	24
25 años	36	72
Total	50	100

En la gráfica núm. 6 referente, sobre conocimiento que tiene las pacientes, que llevan su control prenatal en clínicas particulares sobre cuál es la edad apropiada para embarazarse y el 72% contestó que a los 25 años y el 24% contestó que a las 21 años y solo el 4% mencionó que a las 18 años ubicando el porcentaje mayor en bajo riesgo reproductivo.

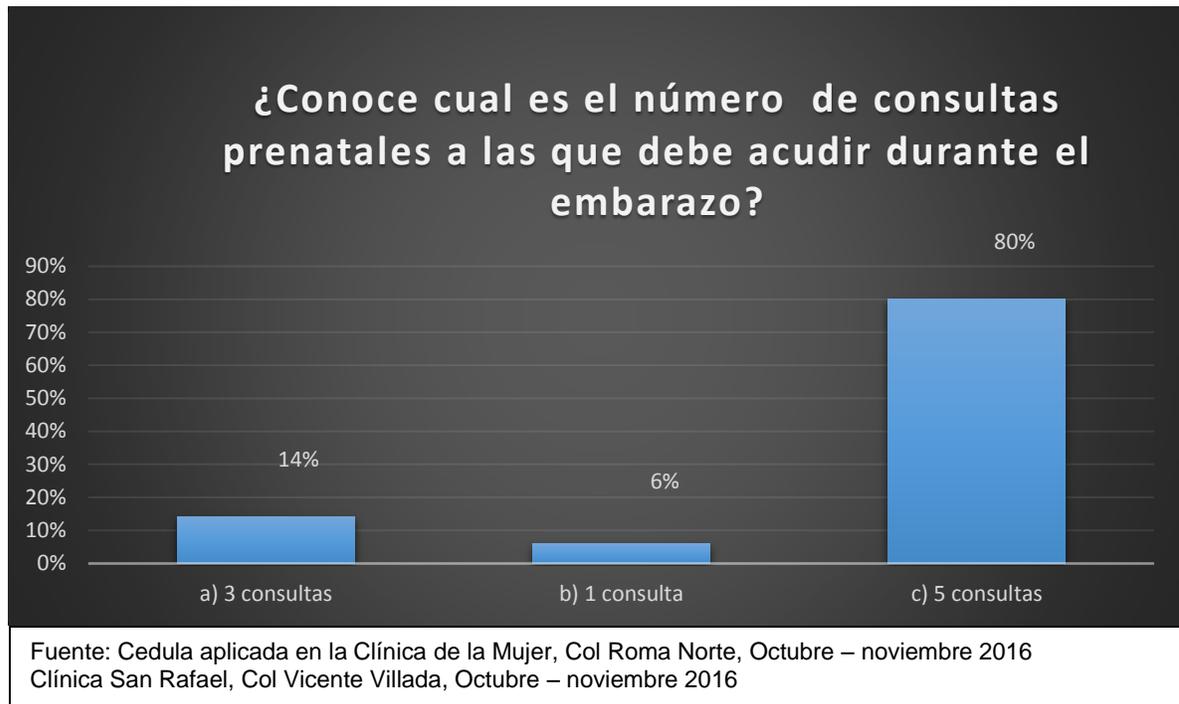
CUADRO NÚM. 7



Edad	Encuestadas	%
26 años	4	8
29 años	8	16
35 años	38	72
Total	50	100

De acuerdo con la gráfica núm. 7 referente al conocimiento que tienen las pacientes embarazadas que llevaron su control prenatal en clínicas particulares sobre a qué edad límite es la idónea para embarazarse con un bajo riesgo reproductivo y el 72 % contestó que 35 años y un 16 % contestó que a los 29 años y solo un 8 % contestó que a las 26 años.

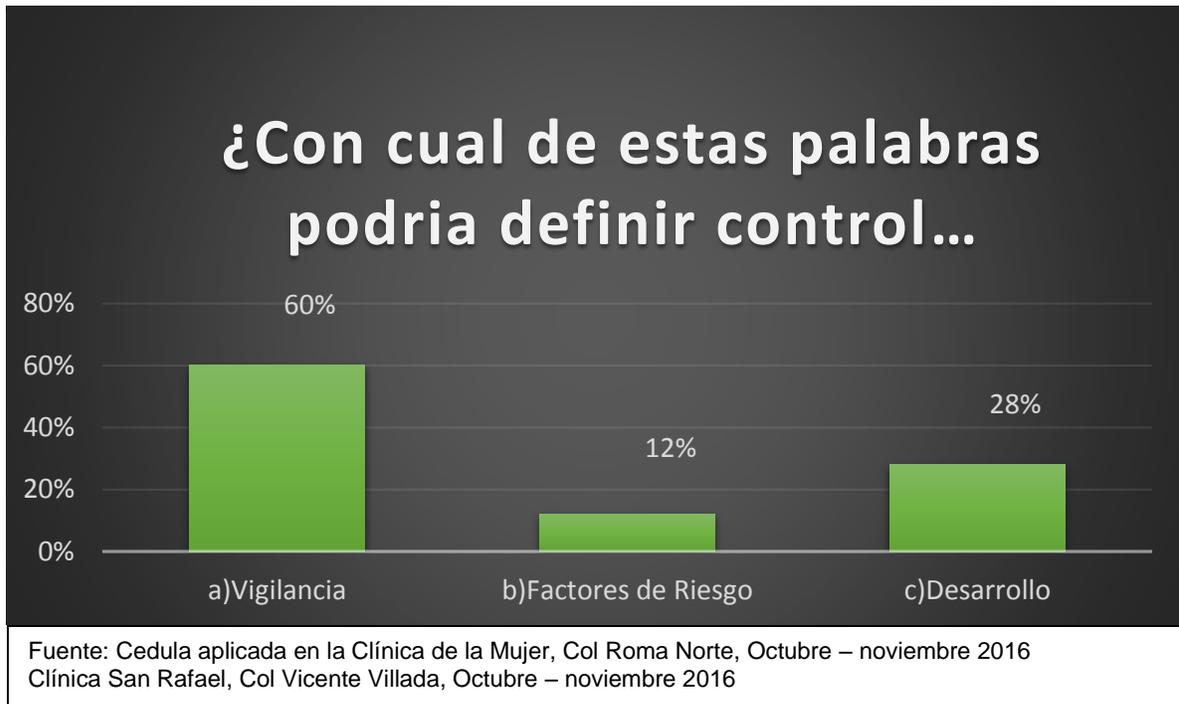
CUADRO NÚM. 8



Edad	Encuestadas	%
3 consultas	7	14
1 consulta	3	6
5 consultas	40	80
Total	50	100

De acuerdo con la gráfica núm. 8 referente al conocimiento que tienen las pacientes embarazadas que llevaron su control prenatal en clínicas particulares, sobre cuantas consultas mínimas debe de tener en el embarazo con base a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA. Y el 80 % contesto que 5, el 14% contesto que 14 y solo el 6% menciono que 1 consulta.

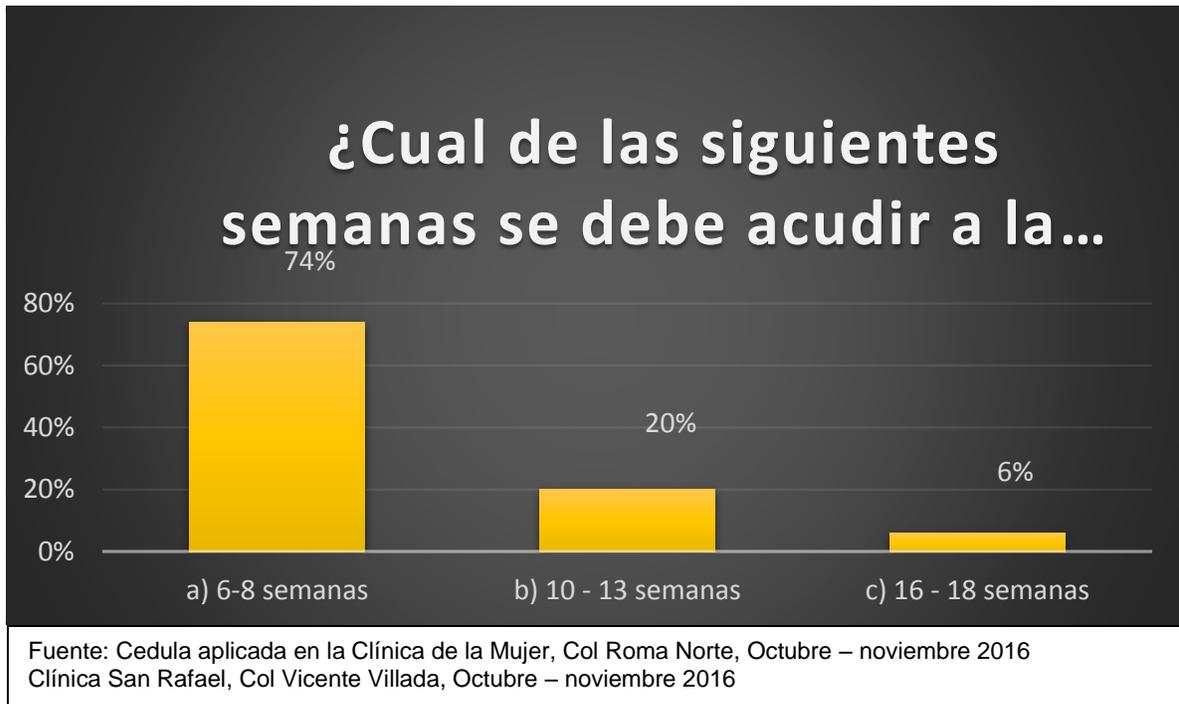
CUADRO NÚM. 9



Variable	Encuestadas	%
Vigilancia	30	60
Factores de riesgo	6	12
Desarrollo	14	28
Total	50	100

De acuerdo con la gráfica núm. 9 referente al conocimiento que tienen las pacientes embarazadas que llevaron su control prenatal en clínicas particulares, sobre que es control, con base a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA. Y el 60 % menciono que es vigilancia y el 28% lo relaciono con factores de riesgo y solo el 12 % refiere que es desarrollo en el embarazo.

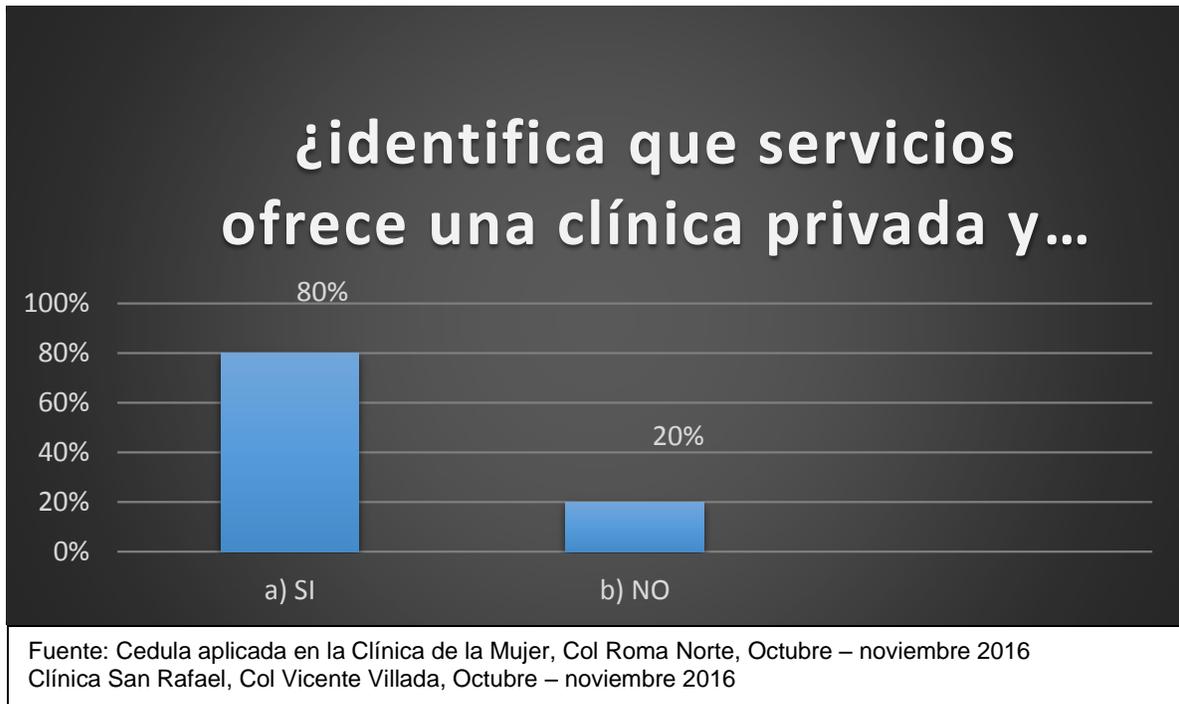
CUADRO NÚM. 10



Semanas	Encuestadas	%
a) 6 - 8	3	6
b) 10 - 13	10	20
c) 16 - 18	37	74
Total	50	100

De acuerdo con la gráfica núm. 10 referente al conocimiento que tienen las pacientes embarazadas que llevaron su control prenatal en clínicas particulares, sobre en qué semana se debe acudir a control, con base a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA. El 74 % contesto que entre la semana 16 a la 18 y el 20% refirió que entre la semana 10 a la 13 y solo el 6 , el 14% contesto que 14 y solo el 6% comento que de la 6 a la 8.

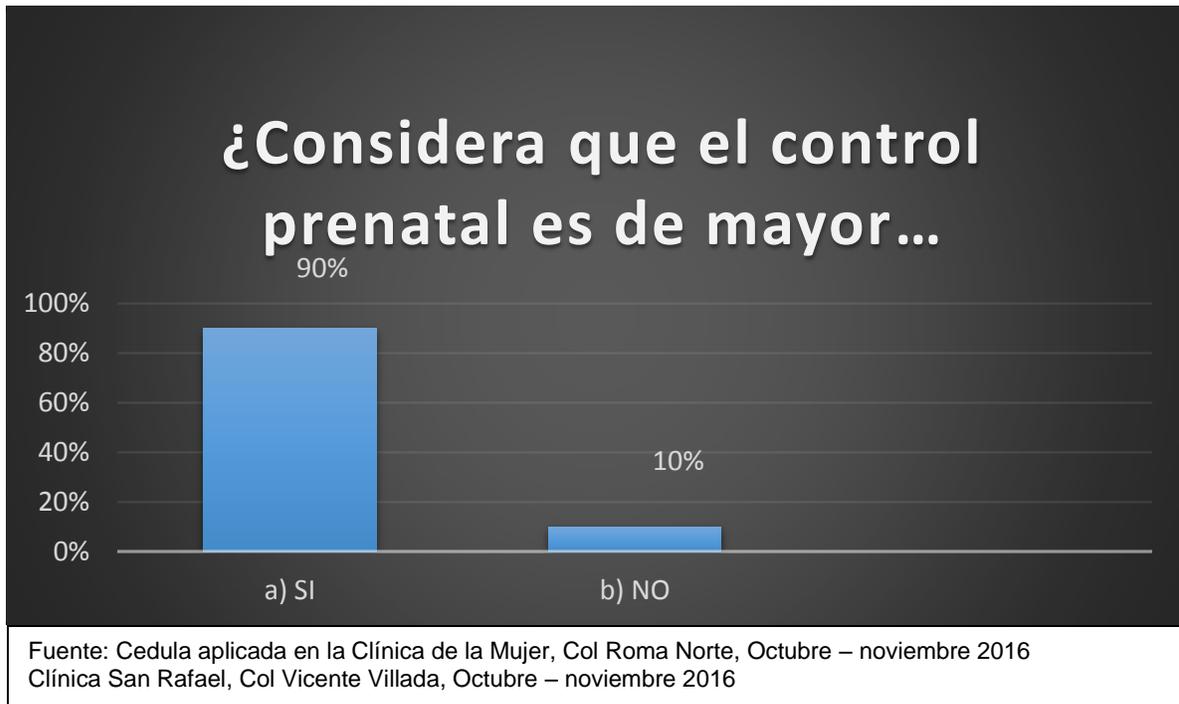
CUADRO NÚM. 12



Variable	Encuestadas	%
a) SI	40	80
b) NO	10	20
Total	50	100

De acuerdo con la gráfica núm. 11 referente al conocimiento que tienen las pacientes embarazadas que llevaron su control prenatal en clínicas particulares, si identificaban que servicios ofrecían en privadas y públicas, el 80% menciono que sí y solo el 20 % que recalando que las intervenciones de enfermería son impecables haya que dan orientación de calidad y calidez.

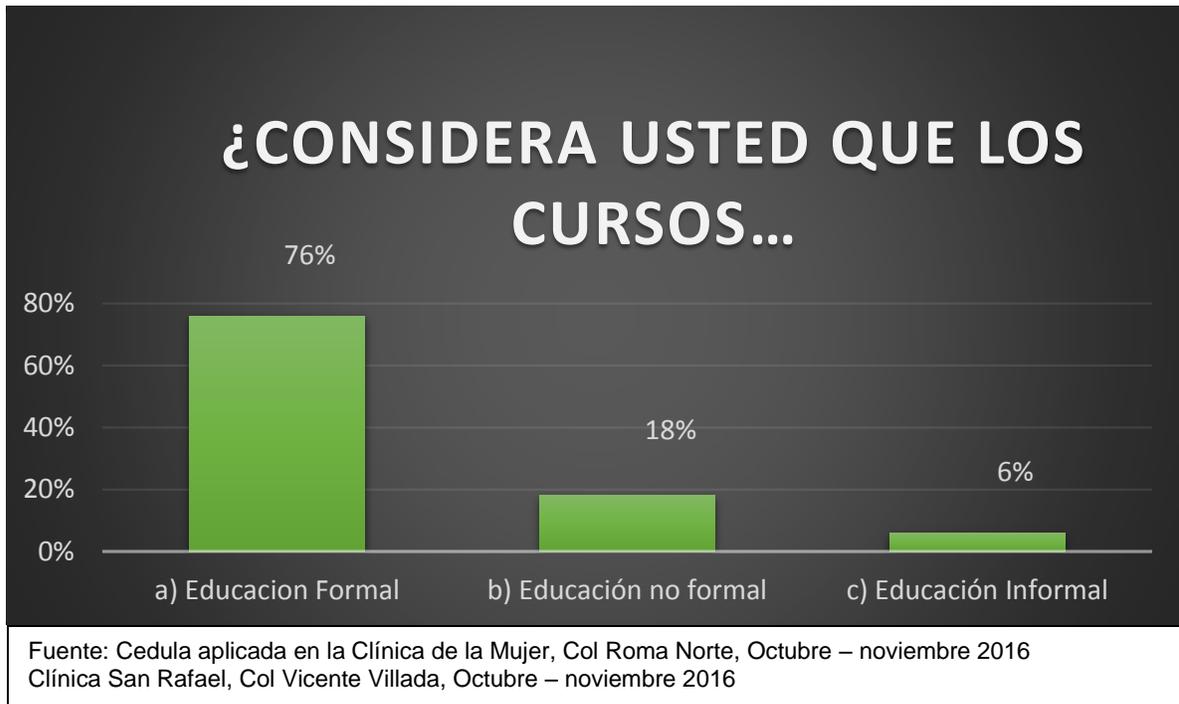
CUADRO NÚM. 12



Variable	Encuestadas	%
a) SI	45	90
b) NO	5	10
Total	50	100

De acuerdo con la gráfica núm. 12 referente al conocimiento que tienen las pacientes embarazadas que llevaron su control prenatal en clínicas particulares, sobre si es de mayor calidad la atención en una clínica privada a una publica y el 90 % menciono que sí y solo el 10% menciono que no.

CUADRO NÚM. 13



Variable	Encuestadas	%
a) Educación formal	38	76
b) Educación no formal	9	18
c) Educación informal	3	6
Total	50	100

De acuerdo con la gráfica núm. 13 referente al conocimiento que tienen las pacientes embarazadas que llevaron su control prenatal en clínicas particulares, sobre si consideran que los cursos psicoprofilacticos son parte de una educación en el embarazo, el cual el 76% menciono que es una educación formal y el 18% mencionan que es una educación no formal y solo el 6% menciono que es una educación informal

Conclusiones

La atención prenatal es efectiva en la medida en que se realiza tempranamente y que guarde cierta periodicidad. Los resultados mostraron que el impacto que tienen las intervenciones de enfermería en la educación en el control prenatal en pacientes que llevan su control prenatal en clínicas privadas es de suma importancia ya que los resultados arrojados mencionan que más del 50% del total de las preguntas contestadas las ubican en un abajo riesgo reproductivo, con base a la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA.

Con respecto al promedio de visitas prenatales en nuestro estudio fue del 60% 6,5, cifra comparable a otros estudios como el de Ribeiro, quien menciona que el control prenatal es exitoso en pacientes multíparas con conocimiento de causa. En varios estudios se ha encontrado que el estado civil conyugal no estable se asocia a mayores tasas de fracaso en la atención prenatal el cual en la investigación arroja el mayor % con pareja estable. En cuanto a la edad materna, se obtuvo un porcentaje significativo de gran importancia donde las pacientes embarazadas identifican con base a las intervenciones de enfermería la edad de bajo riesgo en el embarazo

Otra limitación importante fue que el estudio fue realizado en pacientes de un hospital, que generalmente recibe pacientes con algún riesgo obstétrico.

Creemos que este estudio debe dar pie a que se realicen más investigaciones de tipo analítico que puedan medir adecuadamente causalidad entre los factores de riesgo y el control prenatal en nuestro medio.

De este estudio podemos concluir que si son imprescindible las intervenciones de enfermería en el control prenatal ya que las pacientes encuestadas identifican que es un factor de riesgo y la importancia de la preparación durante el embarazo.

Capítulo V

ANEXOS

Ciudad de México a: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA.

IMPACTO QUE TIENE LA EDUCACIÓN PRENATAL EN MUJERES GESTANTES QUE LLEVAN CONTROL PRENATAL EN CLÍNICAS PARTICULARES.

Investigadores principales: Montes Vargas Sandra

Sarabia Corona Ana Miriam

Sede en donde se realizó el estudio: clínica de la mujer

Por medio de la presente yo _____ autorizo mi participación en el proyecto de investigación.

El objetivo de este estudio es identificar el conocimiento que poseen las pacientes gestantes sobre la estimulación prenatal.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en completar un cuestionario acerca del control prenatal y mi incorporación será voluntaria.

Por lo tanto al firmar este documento autorizo me incluyan en esta investigación.

IMPACTO QUE TIENE LA EDUCACIÓN PRENATAL EN MUJERES GESTANTES QUE LLEVAN CONTROL PRENATAL EN CLÍNICAS PRIVADAS DURANTE LOS MESES DE AGOSTO A OCTUBRE DEL AÑO 2016.

Objetivo General

Analizar el impacto que tiene la educación prenatal en mujeres gestantes que llevan en clínica particular su control prenatal

Indicaciones: El presente cuestionario se aplica con fines de investigación .Agradecemos su colaboración subrayando la respuesta que considere correcta.

Nombre:

Estado civil:

Edad:

Religión:

Ocupación:

Nivel escolar

Número de embarazos:

1; Conoce en que semana es importante estimular dentro de su útero?

- a) 28 semanas
- b) 12 semanas
- c) 20 semanas

2; Identifica cual es la edad apropiada para quedar embarazada?

- a) 18 años
- b) 21 años
- c) 25 años

3; Identifica cual es la edad límite para quedar embarazada sin que ocurra un evento de riesgo hacia su persona?

- a) 26 años
- b) 29 años
- c) 35 años

4; Conoce el número mínimo de consultas prenatales a las que debe acudir durante el control de su embarazo?

- a) 3 consultas
- b) 1 consultas
- c) 5 consultas

5; Con cuál de estas palabras podría definir como control prenatal?

- a) Vigilancia
- b) Factores de riesgo
- c) Desarrollo

6; Conoce el número total de consultas prenatales a las que debe acudir durante su embarazo?

- a) 4 consultas
- b) 6 consultas
- c) 8 consultas

7; En cuál de las siguientes semanas se debe acudir a la primera consulta de control prenatal?

- a) 6-8 semanas
- b) 10-13 semanas
- c) 16-18 semanas

8; Identifica los servicios que ofrece una clínica privada y una clínica pública?

- a) Si
- b) No

9; Considera que su control prenatal es mejor tratado en una clínica privada que en una institución pública?

- a) Si
- b) No

10; Considera usted que los cursos psicoprofilacticos en el embarazo son parte una educación?

- a) Educación formal
- b) Educación no formal
- c) Educación informal

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. URL disponible en : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rhr_01_30_sp/RHR_01_30_contents.sp.html (Fecha de acceso) : 16 de noviembre del 2016
- 2.- Orvos H, Hoffmann I, Frank I, Katona M, Pal A, Kovacs L. The perinatal outcome of pregnancy without prenatal care - A retrospective study in Szeged, Hungary. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 2002;100:171-173.
- 3.-Hernández-Valencia M, Carrillo Pacheco A. Control prenatal asociado al número de consultas como método diagnóstico de hiperglucemia. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:592-596.
- 4.- Villarreal-Ríos E, Salinas-Martínez AM, GuzmánPadilla E, Garza-Elizondo AM, Tovar-Castillo NH, García-Cornejo ML. Costo de la atención maternoinfantil en un sistema de salud institucionalizado. *Ginecol Obstet Mex* 1998;66:29-34
- 5.-Alfaro-Alfaro N, Maldonado-Alvarado R, GuzmánSánchez A, Mendoza-Roaf P, Balcázar-Partida N, Valadez-Figueroa I. Oportunidad y continuidad de la atención prenatal en embarazos de riesgo bajo y frecuencia de cesáreas. *Rev Med IMSS* 2002;40(5):415-419.
- 6.- Cáceres-Manrique F. de M. “El control prenatal una reflexión urgente”. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2009; 60 (2): 165-170.

[Acceso: 29 de octubre de 2016]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a07.pdf>

7.-Arias-Charry J., Bernal-Arias K., GiraldoCarvajal D.C., González-Echeverri E.V., Rivera-Mejía P.T. Prenatal Control Quality Performed by Nursing Professionals in a Public Health Service Provider, Manizales 2007. Dec [cited 2015 Apr. 06]; 13(1): 131- 142. A

8.- Sánchez-Nuncio H.R., Pérez-Toga G., PérezRodríguez P., Vázquez-Nava F. "Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal". Revista Médica del imss. 2005; 43 (5): 377-380. [Acceso: 2 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>

9.- Camarena L., Von Glascoe C. "Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México". Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2007; 25(1): 40-9. [Acceso: 17 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v25n1/v25n1a06.pdf>

10.- Rivera L., Fuentes R., Esquinca-Alboresb C., Abarcab F.J. y Hernández-Giróna C. "Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México". Revista de Salud Pública 2003; 37(6):687-692. Disponible en: www.fsp.usp.br/rsp

11.- Sanchez-Pérez H.J., Ochoa-Díaz López H., García-Gil M.M., Martín-Mateo M. "Bienestar social y servicios de salud en la región Fraylesca de Chiapas: el uso de los servicios de atención prenatal". Revista Salud Pública México. 2007; 39: 530-538.

12.-Chambi Ayala, V.S. "Factores culturales que influyen en la asistencia al control prenatal al centro de salud de bella vista de la red sur de la ciudad de la paz en la gestión". [Tesis del Postgrado] de la Facultad Medicina. Universidad Mayor de San Andrés 2007. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/3642>

13. Gonzaga-Soriano M. R., Zonana-Nacach A., Anzaldo-Campos M. C., Olazarán-Gutiérrez A. "Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California". *Salud pública Méx.* [Internet]. 2014 Feb. [citado 2016 Abr 07]; 56(1): 32-39. Disponible en: <http://>
- 14.- Dantés O.G., Sesma S., Becerril V.M., Knaul F. M., Arreola H., Frenk J. "Sistema de salud de México". *Salud pública Méx.* [Internet]. 2017 Ene. [citado 2016 octubre. 14]; 53(Suppl 2): 220- 232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es
- 15.-Ordaz-Martínez K.Y., Rangel R., HernándezGirón C. "Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México". *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78 (7):357-364. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom107e.pdf>
- 16.- Gobierno del Estado de México. Manual de procedimientos para la operación del sistema de referencia y contrareferencia de pacientes en unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención. *Gaceta.* 2010; Tomo CLXXXIX(111). Disponible en: <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/gct/2016/>
- 17.- Tena-Tamayo C, Ahued-Ahued JR. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Ginecol Obstet Mex* 2003;71:409-420.
- 18.- Hernández-Andrade E, Guzmán-Huerta M, GarcíaCavazos R, Ahued-Ahued JR. Diagnóstico prenatal en el primer trimestre, ¿a quién y cómo? *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:607-612.
- 19.- Winbo I, Serenius F, Dahlquist G, Källén B. Maternal risk factors for cause-specific stillbirth and neonatal death. *Acta Obstet Gyn Scand* 2001;80(3):235-244.

20.- NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

21.-Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México: Secretaría de Salud; 2009.

22.- Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Subsecretaria de Salud Comunitaria, Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina. Julio 2013.

23.- Guidelines for Perinatal Care. American Academy of Pediatrics (and) The American College of Obstetricians and Gynecologists. 7th ed. 2012. 105-67

24.- Recomendaciones generales para mejorar la calidad en la atención obstétrica. Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED. México, D. F. Actualización octubre de 2012.

25.- Educación prenatal y Pedagogía prenatal 1212 Revista Ibero-americana de Educação, vol. 69, núm 1, pp. 9-3

26.- Lozano R. Factores socioeconómicos asociados a la mortalidad materna. Reunión Nacional de Maternidad sin Riesgo, Cocoyoc, Morelos, México, febrero de 1993.

27.- Organización Mundial de la Salud

29.- Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2001, 15 (Suppl.1):1-42

30.- Hall M, MacIntyre S, Porter M. Antenatal care assessed: a case study of an innovation in Aberdeen, Aberdeen. Aberdeen The University Press; 1985.

31.- Thompson E. Joyce, Walsh Linda V. and Merkat Irwin R. The history of prenatal care: cultural, social, and medical context. En *New Perspectives On Prenatal Care*. Editorial Elsevier, U.S.A. 1990, pp 9-28.

32.- Sahagún Fray Bernardo. Premisas memoriales, 1558-1560. Traducido del Nahuatl por Wigberto Jiménez Moreno. México INAM, Consejo de Historia. 1974

33.- Asociaciones Autónomas del Personal Académico. Enfermería, ¿Carrera ó camino? Editorial AAPAUNAM, México. 1986.

34.- Frenk Silvestre. Historia reciente de la asistencia materno infantil en México. *Salud Pública de México*, 1983;25;513-517

GRAFICA DE GANNT

RESPONSABLES	ACTIVIDADES	MESES 2016																	
		Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				enero	
		Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4		
Montes Vargas Sandra/ Sarabia Corona Ana Miriam	Diseño del instrumento																		
	Sistematización, Marco teórico.																		
	Objetivos, Planteamiento																		
	Aplicación de Instrumento																		
	Tabulación																		
	Análisis de graficas e interpretación																		
	Impresión de Tesis																		