



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

CAMPUS BONATERRA ESCUELA DE PEDAGOGÍA

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN FAMILIAR

EDUCACIÓN FAMILIAR: UNA ALTERNATIVA ÚTIL PARA MEJORAR
EL CUIDADO DE LA SALUD EN EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO

TESIS QUE PRESENTA

OBED RICÁRDEZ MARTÍNEZ

PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN FAMILIAR
CON VALIDEZ OFICIAL DE ESTUDIOS POR LA SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA, SEGÚN ACUERDO DEL I.E.A. NÚMERO 0317
DE FECHA 28 DE OCTUBRE DE 1998

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. ANA MARÍA MEDINA IBARRA

AGUASCALIENTES, AGS.

ABRIL, 2012.

RESUMEN

Las condiciones de salud de las pacientes embarazadas de alto riesgo que se encuentran sin vigilancia médica por no acudir al hospital, se consideran muy riesgosas por la presencia de síntomas de alarma y diagnósticos médicos relacionados con las principales causas de muerte materna, y salvo en algunos casos como se aprecia en el presente estudio, no manifestaron motivos que justificaran su inasistencia al hospital, subestimando la importancia de un control prenatal oportuno y no asumiendo su corresponsabilidad en el cuidado de su salud, al no acudir a sus citas médicas, situación que puede culminar en un desenlace fatal con sus lamentables consecuencias personales, familiares y sociales.

Sin embargo, estas pacientes manifestaron en algunas ocasiones, un trato inadecuado y mal trato por parte del personal de salud que las atiende en las unidades médicas a las que acudieron para llevar su control durante el embarazo, lo cual también denota que este personal tampoco asume su plena corresponsabilidad en el servicio que prestan a estas pacientes, situación que también propicia la posibilidad de daños a la salud y la propia vida de estas pacientes.

En este contexto la Educación Familiar constituye una alternativa útil que por medio de intervenciones dirigidas a las mujeres embarazadas de alto riesgo y al personal de salud que las atiende, puede favorecer el mejoramiento del autocuidado y cuidado de la salud de estas pacientes, evitando enfermedades y muertes, tanto de las mujeres como de sus hijas e hijos.

Este estudio analiza las condiciones de salud de 37 mujeres embarazadas de alto riesgo, identificadas en 19 Centros de Salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, con sede en la ciudad capital del Estado; en función de su responsabilidad para acudir a consulta médica al Hospital de la Mujer, a donde fueron enviadas para ser atendidas por médicos gineco obstetras, debido a su condición de alto riesgo.

Las condiciones de salud de estas pacientes se investigaron por medio de la revisión de sus expedientes clínicos en los Centros de Salud, así como por la manifestación de síntomas de alarma durante el embarazo, referidos por las propias pacientes, durante las visitas domiciliarias que se efectuaron en el mes de octubre de 2007, en las cuales también se investigaron los motivos que tuvieron algunas de ellas para no acudir al hospital.

El estudio reveló que más de la mitad de las pacientes (59 %) no habían acudido al hospital y se encontraban sin revisión y tratamiento médico especializado. Más de la mitad de ellas tenía menos de 20 o más de 35 años de edad y en el 90 % de los casos contaban con escolaridad del nivel básico (Primaria y Secundaria).

El promedio de consultas prenatales registradas en sus expedientes clínicos fue de 2.9 consultas por embarazada, calificándose en el 94 % como pacientes de alto y muy alto riesgo, por lo cual a todas ellas se les envió al hospital para revisión por el gineco obstetra. Los principales motivos que tuvieron las pacientes para no acudir al hospital se encontraron relacionados con la falta de dinero, falta de algunos

documentos para tramitar la cita o su seguro médico (Seguro Popular de Salud), falta y/o mala información, así como mal trato por parte del personal de salud.

Algunas de las pacientes que no habían acudido al hospital manifestaron algunos síntomas de alarma: dolor de cabeza (36.4 %), zumbido de oídos (18.2 %), hinchazón de la cara, manos o pies (27.3 %), flujo vaginal (45.5 %) y no percibían los movimientos del bebé en el 31.8 %.

De los 43 diagnósticos consignados en los Expedientes Clínicos de los Centros de Salud, se registraron algunos relacionados con las principales causas de muerte materna en el Estado de Aguascalientes.

DEDICATORIA

Con cariño y humildad para las mujeres que ponen en riesgo todo por sus familias, hijas e hijos: su salud y su vida misma.

A ellas mi sincero reconocimiento por su gran y noble misión de mujeres y madres de familia.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sentido y profundo agradecimiento a:

Mi querida familia que constituye el motivo y el motor de mi vida.

Mis estimadas maestras y maestros, que me compartieron sus conocimientos y experiencias profesionales y académicas, así como a mis entrañables compañeras y compañeros, cuyas aportaciones me enriquecieron como profesional y persona.

Todas aquellas personas que voluntaria y desinteresadamente me ayudaron a mis prácticas profesionales.

Las autoridades universitarias que hacen posible este espacio para la formación de educadoras y educadores familiares.

Las(os) directivas(os) del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes que dieron todas las facilidades y apoyo para llevar a cabo este estudio; en especial a las Mensajeras de la Salud del programa “Contigo en lo mejor de tu vida”, asignadas al Departamento de Salud Reproductiva.

Mi Directora de Tesis que con gran profesionalismo, confianza, amabilidad y paciencia, orientó la conformación del presente estudio.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
---------------------	----

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes	13
1.2. Justificación	31
1.3. Objetivos del estudio	36
1.3.1. Objetivo General	36
1.3.2. Objetivos Particulares	36

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Conceptos básicos	38
2.2 Hecho que será Estudiado (Teorías)	45
2.3 Características de los sujetos intervinientes	55
2.4 Contexto social e institucional	57

DIAGNÓSTICO. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- Variables: Dependiente e independiente 62
- Cuestionario de investigación: Pilotaje, aplicación y recolección 63
- Determinación de la muestra: Población, muestra de investigación 67
- Resultados: Cuadros, gráficos y análisis de resultados 69

CAPÍTULO III. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

- 3.1 Introducción 91
- 3.2 Objetivo general 93
- 3.3 Objetivos específicos 93
- 3.4 Sujetos participantes 94
- 3.5 Lugar de aplicación 95
- 3.6 Tiempo de aplicación 95
- 3.7 Descripción de las actividades 95
- 3.8 Evaluación de las actividades 99

CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

- 4.1 Importancia 101

4.2 Dificultades y limitaciones	105
4.3 Acciones favorables	108
4.4 Reflexión sobre la metodología	110
4.5 Reflexiones personales	111
4.6 Recomendaciones	113
CONCLUSIONES	116
BIBLIOGRAFÍA	122
ANEXOS	129

INTRODUCCIÓN

Cada año ocurren millones de embarazos en México y decenas de miles de ellos en el Estado de Aguascalientes, y aunque dicha condición se considera fisiológica, puede representar riesgos para la salud y la vida de una mujer, con graves consecuencias para la persona, la familia y la sociedad en general.

De esta manera, un acontecimiento tan importante y trascendente en la vida de toda pareja, que esperamos sea motivo de alegría y felicidad, puede terminar en la muerte de la mujer y su hija o hijo aún no nacido, causando una profunda tristeza y dolor a su familia; hecho que constituye un signo de inequidad social, en tanto la mayoría de estas muertes son prevenibles y evitables.

De hecho, las autoridades sanitarias dan cuenta de cuatro muertes maternas y 110 muertes de niñas y niños menores de un año de edad, diariamente en el país.

Sin embargo, también es una realidad que en todo el territorio mexicano existen servicios públicos y privados destinados a brindar servicios sanitarios de atención materno infantil, que tienen el propósito fundamental de mantener las buenas condiciones de salud de las mujeres embarazadas, de sus hijas y de sus hijos, garantizando una buena atención prenatal, para detectar y evitar riesgos en ellas y sus lamentables muertes.

Ante este panorama, donde existe una necesidad de atención médica para las mujeres durante este importante momento de su vida, pero también existen instituciones de salud que prestan estos servicios, resulta hasta cierto punto paradójico que sigan ocurriendo muertes de este tipo.

No obstante, en la práctica existen múltiples factores que se conjugan para determinar la ocurrencia de estos decesos, uno de ellos es la oportunidad y regularidad con que se otorga la atención prenatal, donde no todo depende de las instituciones médicas, que aunque cuentan con una gran responsabilidad al respecto, necesitan del interés y participación activa de las mujeres y sus familias para materializar dicha atención y la consecución de sus objetivos.

En el caso particular de los embarazos de alto riesgo, se requiere que las pacientes acudan y atiendan puntualmente las citas y recomendaciones médicas que necesitan en su control prenatal, lo cual amerita que ellas y sus familiares se corresponsabilicen en el proceso.

En la realidad, algunas mujeres embarazadas de alto riesgo no acuden a sus citas médicas con el gineco obstetra en los hospitales o lo hacen tardíamente, con mayores riesgos para su salud, a pesar de haber sido indicado por sus médicos familiares.

En este contexto, el presente estudio analiza los motivos que tienen estas pacientes para no acudir a sus citas médicas y si pueden atribuirse a falta de responsabilidad en ellas o sus familiares, o del propio personal de salud que las atiende, proponiendo medidas para favorecer una atención prenatal oportuna y con regularidad, que permita evitar enfermedades y muertes maternas.

Una de estas medidas es la participación de un Educador Familiar en un Centro de Salud, que propicie fortalecer la responsabilidad de las pacientes y sus familiares, tomando decisiones adecuadas y oportunas para atenderse médicamente, que redundarán en mejores condiciones de salud para estas mujeres, y que también fortalezca la responsabilidad de las personas que integran el equipo de salud que las atiende, partiendo de la premisa de que atienden personas y no sólo casos, ya que de su intervención y no sólo de las pacientes, depende la salud y la vida misma de estas mujeres.

La gran utilidad que puede tener el trabajo de un Educador Familiar en Centros de Salud, no sólo beneficiará a las mujeres embarazadas de alto riesgo, sino también a otro tipo de pacientes que algunas ocasiones no asumen su corresponsabilidad en el cuidado de su salud y su vida, además del beneficio que puede significar para el equipo de salud, en virtud de que también constituyen personas que pueden tener hábitos y tomar decisiones poco saludables en su vida, y de que eventualmente son pacientes por aquejar alguna enfermedad o dolencia.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

El Estado de Aguascalientes, según datos estadísticos del año 2005 incluidos en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, cuenta con una población de 1,044,000 habitantes (535 mil mujeres y 509 mil hombres), correspondiendo el 62.8 % a personas entre 15 y 64 años y el 32.7 % de 0 a 14 años de edad, existen 292 mil mujeres en edad fértil, una tasa de natalidad de 20 por 1,000 habitantes (por arriba de la media nacional) y un promedio de 2.3 hijos por mujer (tasa global de fecundidad).

En cuanto a las características de la vivienda destaca que sólo el 2.4 % carecen de agua potable y un porcentaje igual carecen de drenaje, el 2.1 % tienen piso de tierra, el 2.5 % cocina con leña o carbón, el 1.6 % tiene material no durable en techos y el 10.6 % en muros. Es decir, mejores condiciones de vivienda que en el promedio nacional.

Con relación a aspectos socioeconómicos, sólo el 4.2 % de la población de 5 años y más es analfabeta, existe un promedio de 8.7 años de escolaridad, el 59.1 % corresponde a población económicamente activa ocupada, pero el 32.6 % de la población tiene un ingreso igual o menor a dos salarios mínimos. El 59.9 % de la

población cuenta con seguridad social, el 30.4 % se encuentra afiliada al Seguro Popular de Salud y el 9.7 % no se encuentra asegurada.

La esperanza de vida al nacer es de 73.7 años para hombres y de 78.4 años para mujeres (por arriba de la media nacional).

En atención materna destacan los datos siguientes: sólo el 30.5 % de las embarazadas son captadas en el primer trimestre gestacional, el 39.1 % de los nacimientos son por cesárea, existe un promedio de 5.2 consultas prenatales por embarazada y una tasa de mortalidad materna de 33.5 por 100,000 nacidos vivos (por debajo de la media nacional). Cabe destacar que el 98.5 % de los partos son atendidos por personal especializado.

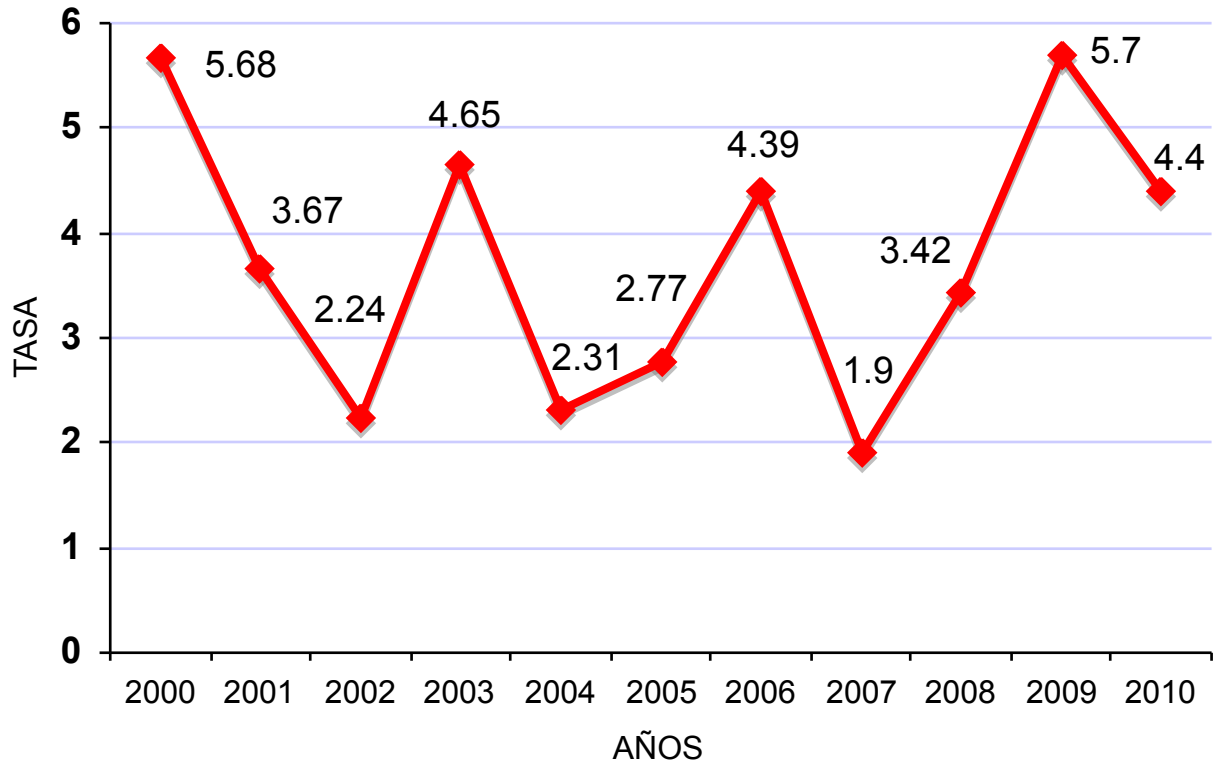
En la población que carece de servicios de seguridad social, entre los años 2004 y 2006 el porcentaje de embarazos de alto riesgo ha oscilado entre el 16 % y el 20.7 % del total de embarazos, según datos proporcionados por el Departamento de Salud Reproductiva del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA), es decir una cifra estimada de 2,500 a 3,000 embarazos de alto riesgo, atendidos en las unidades médicas de esta Dependencia.

Por ejemplo, de los 25,964 nacimientos que ocurrieron en el año 2004, el ISSEA atendió a 11,258, lo que representó el 43.3 % del total de nacimientos. De estos 11,258 nacimientos, 2,327 correspondieron a embarazos de alto riesgo, lo que significó el 20.7 % de dichos nacimientos.

En la actualidad, según datos proporcionados por el ISSEA, el 50 % de estas pacientes embarazadas de alto riesgo, identificadas en Centros de Salud y enviadas a un hospital, no acuden a solicitar ni a recibir atención médica especializada, es decir de 1,250 a 1,500 pacientes.

En cuanto a muertes maternas, en Aguascalientes en el periodo comprendido de 2000 a 2010, han ocurrido 10.4 decesos anuales en promedio, así como 220 muertes anuales en promedio, de niñas y niños recién nacidos hasta 28 días de edad.

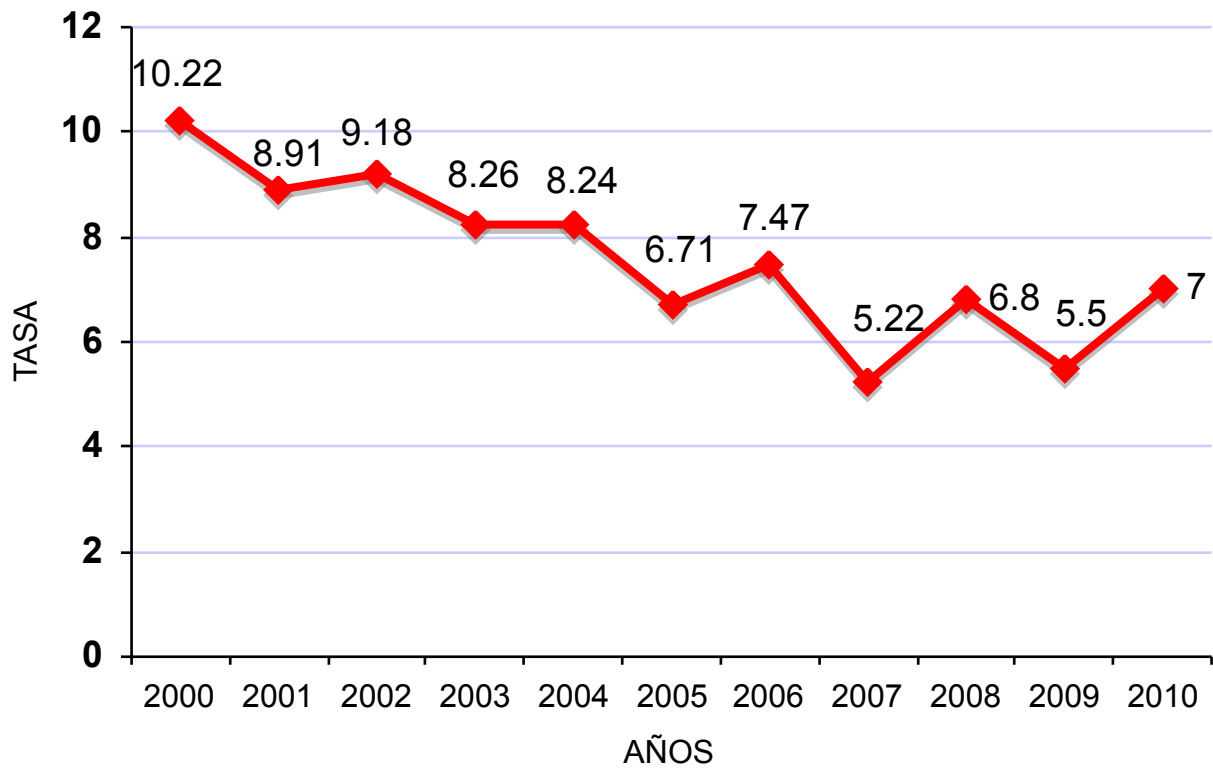
Mortalidad Materna 2000 – 2010



Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Muertes	15	10	6	12	6	7	12	4	9	13	10
Tasa	5.68	3.67	2.24	4.65	2.31	2.77	4.39	1.9	3.42	5.7	4.4

Fuente: SEED. Departamento de Salud Reproductiva. Tasa por 10,000 nacidos vivos registrados. (Información preliminar). Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes.

Mortalidad Neonatal 2000 - 2010



Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Muertes	255	243	246	217	216	169	187	135	170	141	157
Tasa	10.22	8.91	9.18	8.26	8.24	6.71	7.47	5.22	6.8	5.5	7.0

Fuente: SEED. Departamento de Salud Reproductiva. Tasa por 1,000 nacidos vivos registrados. (Información preliminar). Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes.

Es importante mencionar que el ISSEA atiende a la población que no cuenta con servicios de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Secretaría de la Defensa Nacional, etc.) y actualmente a las personas afiliadas al Seguro Popular de Salud, que en conjunto representan el 40 % aproximadamente del total de la población estatal. Brinda servicios a través de Centros de Salud y hospitales ubicados en todo el Estado, aunque la mayor concentración poblacional se encuentra en el Municipio capital de Aguascalientes.

La Jurisdicción Sanitaria No. 1 con sede en la ciudad de Aguascalientes y cuyas oficinas se encuentran en la calle Margil de Jesús No. 1501 del Fraccionamiento Arboledas, cuenta con 12 Centros de Salud Urbanos y 23 Centros de Salud Rurales, distribuidos en los Municipios de Aguascalientes, Jesús María, San Francisco de los Romo y El Llano, que al identificar a mujeres embarazadas de alto riesgo, las envían para su revisión, control y tratamiento médico al Hospital de la Mujer.

El Hospital de la Mujer se encuentra ubicado en la Av. Siglo XXI No. 109, Ciudad Satélite Morelos, en la ciudad de Aguascalientes, Ags. Tiene como Misión proporcionar asistencia Gineco-obstétrica de alta especialidad en un ámbito de respeto y dignidad, de manera oportuna y eficaz, satisfaciendo las expectativas de la población, garantizando su salud y bienestar. Su Visión es ser una unidad médica de vanguardia e innovación, reconocida por la sociedad en la atención segura e integral de la mujer y su recién nacido.

El Hospital de la Mujer proporciona consultas de especialidad en Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna y Neonatología, así como atención médico quirúrgica, de hospitalización y urgencias las 24 horas, los 365 días del año. Además cuenta con los servicios de apoyo de anestesiología, laboratorio clínico, banco de sangre, farmacia, Rayos X y ambulancia. Para poder brindar estos servicios cuenta con 60 camas censables, una Terapia Intensiva para niños y adultos, cuatro quirófanos y dos salas para atención de partos.

En este hospital se encuentra la Clínica de Displasias, para diagnosticar y tratar a las pacientes con sospecha de cáncer cérvico uterino, así como una Clínica para Embarazos de Alto Riesgo coordinado por un Médico Perinatólogo.

Cabe mencionar que el Hospital de la Mujer es sede para la formación de médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia y subsede para las especialidades de Anestesiología y Pediatría, proporcionando campos clínicos para la formación de médicos y enfermeras generales.

En el año 2006 esta unidad hospitalaria proporcionó 26,864 consultas médicas, de las cuales 14,390 (53.6 %) correspondieron a mujeres embarazadas; se atendieron 8,607 partos y 1,107 abortos; reportándose 8,570 recién nacidos vivos, 119 muertes fetales, 54 muertes de recién nacidos y 3 muertes maternas.

Los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 y el Hospital de la Mujer del ISSEA, conforman la Red de Servicios Aguascalientes, que además de atender a la

población no derechohabiente, también proporcionan servicios a las personas y familias beneficiarias del Seguro Popular de Salud.

Relativo a la **atención médica en Centros de Salud y Hospitales** es importante mencionar que con base en el Modelo de Atención a la Salud vigente en el ISSEA, a toda mujer embarazada que acude por primera vez a recibir consulta médica prenatal en un Centro de Salud, debe evaluársele por el médico general tratante, el nivel de riesgo en dicho embarazo, tomando como parámetros de la mujer su historia reproductiva, sus antecedentes personales y aspectos relevantes de su embarazo actual, por medio de un formato diseñado para tal fin.

Como resultado de esta evaluación y de acuerdo al puntaje obtenido, existen tres categorías posibles: embarazo de bajo riesgo, de alto riesgo y de muy alto riesgo.

Los embarazos de bajo riesgo pueden ser atendidos por el médico general en el Centro de Salud que corresponde a un primer nivel de atención primaria dentro de los Servicios de Salud; sin embargo, los embarazos de alto y muy alto riesgo deben ser enviados a un hospital para ser revisados y atendidos por el médico ginecoobstetra.

Lo anterior en función de que las pacientes embarazadas de alto y muy alto riesgo requieren servicios especializados en unidades médicas de mayor complejidad, como lo son hospitales de un segundo nivel de atención, para tratar adecuadamente las enfermedades que presentan o pudieran presentar durante su embarazo.

Respecto a la **importancia de una atención médica oportuna** la práctica médica en la actualidad se basa fundamentalmente en la prevención de las enfermedades, en el caso de las mujeres embarazadas, evitando todo riesgo que ponga en peligro la salud y la vida de madres, hijas e hijos.

Una prevención efectiva depende de una atención médica de buena calidad, pero también de que dicha atención se proporcione oportunamente, antes de que ocurran las enfermedades o sí éstas ya se encuentran presentes, antes de que aparezcan complicaciones que agraven las condiciones de salud de una persona.

De esta manera los cuidados y tratamientos médicos tendrán una mayor efectividad, resultando benéfico primordialmente para las pacientes, pero también para las instituciones prestadoras de servicios de salud, que de esta forma evitan el uso de intervenciones más complejas y más costosas.

Acerca de la **participación y responsabilidad de la paciente y efectos en su estado de salud**, cuando una paciente embarazada es detectada como de alto y muy alto riesgo en un Centro de Salud, se le entrega un documento denominado “referencia de pacientes” donde se resume su situación actual que justifica atención médica especializada, con la instrucción de que acuda a un hospital para recibir atención por un médico ginecoobstetra.

No obstante, depende de la paciente el acudir al hospital a solicitar una cita y posteriormente acudir en la fecha programada para recibir atención médica.

Por diversos motivos, muchas mujeres no acuden al hospital ni regresan a consulta médica al Centro de Salud, con la posibilidad de que desarrolle alguna enfermedad y si tiene alguna, de que se agraven sus condiciones de salud.

Lo que se observa en la realidad es que en algunos casos las pacientes no reciben ningún tipo de atención médica, sus condiciones de salud se deterioran y cuando se agravan acuden tardíamente a los servicios de urgencias, con altas probabilidades de complicaciones y muerte, a pesar de los esfuerzos y recursos institucionales que se realizan en estos casos.

En cuanto a la participación y responsabilidad de la paciente, se espera que asuma y mantenga una actitud participativa para informarse sobre el autocuidado de la salud durante el embarazo, así como para corresponsabilizarse de su vigilancia con el equipo médico. La madre debe adoptar los hábitos correctos durante el embarazo, para asegurar de alguna manera, el tener hijos saludables.

El embarazo es una etapa excepcional en la vida de toda mujer y motivo de consulta médica, por ello se recomienda al profesional de la salud, despertar el interés en estas pacientes por el autocuidado de su salud y la detección de cualquier signo de alarma. Ambos, médico y paciente, pueden prevenir complicaciones durante la etapa prenatal y preparar un parto en buenas condiciones.

Lo anterior conlleva responsabilidad tanto de las pacientes, como del personal de salud.

Isaacs (2000) considera que la responsabilidad es un valor personal que podemos desarrollar a través de buenos hábitos: las virtudes. La familia es la primera escuela de las virtudes humanas que todas las sociedades necesitan.

El desarrollo de una virtud humana depende de la intensidad con la que vive y la rectitud de los motivos al vivirla. En la familia pueden desarrollarse las virtudes motivadas por el amor entre sus integrantes, por el deber de cada uno de ellos de ayudar a los demás miembros a mejorar como personas.

Los padres pueden enfatizar en el desarrollo de la responsabilidad en sus hijos, desde los 8 hasta los 12 años de edad, teniendo como una base sólida la educación previa hasta los 7 años de edad de la educación de las virtudes de la obediencia, la sinceridad y el orden.

Agrega que una persona responsable asume las consecuencias de sus actos intencionados, resultado de las decisiones que tome o acepte; y también las consecuencias de sus actos no intencionados, de tal modo que los demás queden beneficiados lo más posible o, por lo menos, no perjudicados; preocupándose a la vez de que las otras personas en quienes puede influir hagan lo mismo.

En este contexto, tanto la paciente como el médico deben asociarse, participar, comprometerse y cooperar, para lograr un embarazo y un parto saludables.

Con base en lo anteriormente expuesto se plantea el problema siguiente:

1. ¿Cuáles son los motivos que tienen las pacientes embarazadas de alto riesgo atendidas en Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 del ISSEA, con sede en la ciudad de Aguascalientes, para no acudir a solicitar y recibir atención médica especializada en el Hospital de la Mujer?

2. ¿Pueden atribuirse estos motivos a una falta de responsabilidad por parte de las pacientes o a otros factores ajenos a ellas?

3. ¿En que medida la inasistencia de estas pacientes a sus consultas médicas al hospital, repercute desfavorablemente en sus condiciones de salud?

4. ¿Qué estrategias se pueden implementar en el ISSEA para incrementar el porcentaje de mujeres embarazadas de alto riesgo, que por iniciativa propia acuden al Hospital de la Mujer a solicitar y recibir atención ginecoobstétrica?

5. ¿Puede la participación de un Educador Familiar en Unidades Médicas y en particular en un Centro de Salud, favorecer el mejoramiento del cuidado de la salud de las pacientes por parte del personal encargado de atenderlas, y/o favorecer el mejoramiento del autocuidado de la salud por la propia paciente o sus familiares?

Acerca de **estudios previos**, hasta el momento no se han llevado a cabo en Aguascalientes estudios amplios y profundos de las razones por las cuales estas

pacientes embarazadas de alto y muy alto riesgo no acuden a recibir atención médica en los hospitales, como se lo indican en los Centros de Salud.

En términos generales se presupone que estas pacientes subestiman la importancia de acudir al hospital y no asumen la responsabilidad que les corresponde para solicitar su cita y acudir a sus consultas médicas.

El ISSEA en el año 2005, a raíz de un importante incremento de las muertes maternas en el Estado, implementó un proyecto de búsqueda domiciliaria de estas pacientes que no acuden al hospital; sin embargo, por falta de recursos presupuestales, aún no se cuenta con resultados sistematizados que amplíen el conocimiento de sus razones para no asistir a sus consultas médicas. A pesar de ello, las razones que algunas pacientes han manifestado es la falta de dinero, así como el otorgamiento de citas tardías y maltrato por algunos trabajadores en los hospitales.

A continuación se refieren algunos estudios en México y en otros países, que se relacionan con el motivo del presente estudio:

Jeannette del Carmen Chavarría Muñoz (2006) en su tesis para obtener el grado de Maestra en Salud Pública en Managua, Nicaragua, titulada “No cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas”, describe los resultados de un estudio de investigación cualitativo efectuado en dos Centros de Salud de Managua, donde se buscaron las causas del incumplimiento a las citas médicas de seguimiento en

atención prenatal, desde la perspectiva de 38 pacientes embarazadas y 10 integrantes del personal de salud (médicos y enfermeras), en el periodo comprendido de octubre de 2005 a junio de 2006.

En términos generales, los resultados de su estudio señalaron que desde el punto de vista de las pacientes embarazadas, las causas de inasistencia se relacionan fundamentalmente con los servicios de salud, tales como su organización que se traducen en largos tiempos de espera y falta de coordinación entre los diferentes servicios que se ofertan, la relación impersonal con el médico que las atiende y el trato que reciben en todo el proceso de atención.

Dentro del apartado de Antecedentes, Jeannette del Carmen Chavarría, también consigna que en un estudio efectuado en Venezuela (Revista No. 20 de Ginecoobstetricia de Venezuela), acerca de los factores relacionados con la inasistencia de las pacientes al control prenatal, se encontraron las causas siguientes: domicilio lejano, desempleo, desconocimiento de la importancia del control prenatal, el ambiente inadecuado de la consulta médica y la ubicación lejana del Centro de Salud.

De igual forma refiere un estudio sobre la adecuada utilización de la atención prenatal en el primer nivel de atención, efectuado por la Secretaría de Salud en México, donde se concluye que la utilización sigue siendo baja, a pesar de las acciones emprendidas en el ámbito local y promovido como programa a nivel institucional.

Finalmente menciona que un estudio realizado en Bolivia, por el Despacho de la Primera Dama, concluyó que la inasistencia a los Centros de Salud se encuentra relacionada con la accesibilidad de la población a los servicios de salud, siendo las principales de origen económico y geográficas, y para las adolescentes además, la ausencia de servicios especializados que proporcionen una atención integral, considerando los aspectos biológicos y psicosociales, propios de la edad.

Liliana Cordero (2005) en su artículo titulado “Las instituciones de salud como espacios de choque y negociación. Desencuentros en torno al significado del embarazo”, escribe que en el Hospital de la Mujer de la ciudad de México, las mujeres y sus respectivas situaciones de embarazo son expuestas a múltiples regañones y constantes cuestionamientos acerca de sus conocimientos sobre la maternidad y la vida reproductiva. Ello genera situaciones hostiles y desagradables para aquellas mujeres que acuden a este centro hospitalario, causándoles angustia, incomodidad o insatisfacción durante el servicio recibido.

Lo anterior genera un profundo desencuentro entre el sistema de salud y las pacientes que acuden al hospital, cuya razón desde el punto de vista de la autora, está en ignorar que las clases populares son también productoras de significados y no sólo receptoras de mensajes; en el olvido de que las personas y sus prácticas no son sólo cifras estadísticas o el resultado de condiciones previamente dadas, sino actores libres, conscientes, capaces de modificar y tomar las riendas de sus propias vidas.

Edgar Soledad Jarquín (2005), en su artículo titulado “Embarazo adolescente va en aumento pero es invisible”, refiere que en un estudio realizado en Oaxaca, México, en coordinación con los médicos Noé Alfaro y Josefina Fausto Guerra, se encontró que en adolescentes embarazadas, el control prenatal con frecuencia es deficiente o nulo, lo cual repercute en la no detección oportuna de factores de riesgo o enfermedades que pudieron ser evitables.

Agregan que en el aspecto psicológico, la adolescente no es capaz de asumir su responsabilidad; sus objetivos, intereses y ubicación en la sociedad no están acordes con el desarrollo del embarazo ni con el hecho de ser madres.

Álvaro Monterrosa Castro (1998) en el artículo titulado “Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia”, refiere que en las embarazadas adolescentes los sentimientos de vergüenza, temor e ignorancia, hacen que el control prenatal en estas mujeres sea tardío e irregular, lo que tiene una relación directa con resultados adversos en la atención obstétrica y neonatal. Agrega que de hecho, la disminución en la atención prenatal es un factor de riesgo que incrementa las probabilidades de aparición de varias enfermedades y de muertes maternas.

Victoria Cueva Arana y colaboradores (2005) investigaron las características sociales y familiares de 74 adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo en Acapulco, Guerrero, concluyendo que resulta indispensable desarrollar una estrategia organizacional en dicha Institución, para mejorar la atención individual, familiar y social de la adolescente embarazada, que incluya su participación activa en

el proceso de educación para la salud e identifique sus necesidades y pueda tomar las mejores decisiones.

Francisco Gómez Gómez y colaboradores (Universidad Complutense de Madrid - 1992) concluyeron, con relación al trabajador social como asesor familiar, que perfilar y consolidar profesionales especializados en orientación familiar, dentro de la red de servicios sociales, es algo que demanda de forma urgente la comunidad. Consideran que definir las funciones de estos servicios de orientación familiar y prepararse para ellos es seguramente el planteamiento auténtico y más económico que deberá lograrse.

De esta manera pueden brindarse servicios para la mediación en separaciones, comprensión y asesoramiento en problemas de jubilación o diferencia generacional, fracaso escolar, alternativas que se puedan presentar en internamiento de menores, hogares sustitutos, orientación en situaciones de alcoholismo y toxicomanías, intervención en delincuencia, prostitución y mendicidad; asesoramiento a familias con ausencia de uno de los padres, situaciones de desempleo, conflictos relacionados con la vivienda, problemas económicos; así como relaciones comunitarias.

Proponen que una familia con un problema social particular debe ser tratada por un solo servicio, que según los casos se coordinará con todos los demás pero no por servicios distintos; de ahí la inclusión del especialista en orientación familiar dentro del sistema de prestaciones establecidas; ello reduciría la confusión que se crea en el público respecto a quien dirigirse.

Dichos autores refieren que resulta evidente que la orientación familiar y el trabajo social coinciden en perseguir el desarrollo personal de los miembros del grupo familiar. Destacan que desde su aparición el trabajador social ha intervenido con las familias, lo que le sitúa muy próximo a la figura del asesor familiar; sin embargo, requieren un segundo ciclo de especialización que profundice en los conocimientos que amerita un orientador familiar.

Finalmente resaltan que la necesidad existente de orientación familiar se debe a que la familia, como uno de los pilares básicos de la sociedad, está más desamparada que nunca, por lo que dicha institución necesita ser apoyada y reforzada, con el objeto de seguir cumpliendo su labor social para que sus miembros se desarrollen y satisfagan sus necesidades de una forma más grata.

1.2 Justificación

En el contexto de la Educación Familiar, el objetivo deseable es propiciar que la persona asuma su responsabilidad y tome las decisiones y acciones que le permitan cuidar sus condiciones de salud, de bienestar y de vida.

En el caso que nos ocupa, la principal tarea del Educador Familiar es propiciar que la mujer embarazada asista oportunamente a recibir atención médica familiar, atienda en tiempo y forma las indicaciones y recomendaciones que le de su médico y en caso necesario, asista a un hospital para recibir atención médica especializada por el gineco obstetra, atendiendo de igual forma sus indicaciones y recomendaciones.

En este sentido entre otras virtudes, el Educador Familiar puede realizar intervenciones que faciliten la toma de decisiones y de acciones por parte de la mujer embarazada, buscando con ello el fortalecimiento de su sentido de responsabilidad, que seguramente redundará en un mejoramiento de su desarrollo personal, que no sólo le ayudará en el mejoramiento de sus condiciones de salud, sino en el mejoramiento de otros aspectos importantes de su vida y de su familia.

El control médico prenatal en una paciente embarazada requiere por lo menos de 5 consultas médicas, cuando se trata de un embarazo de bajo riesgo, pero de un número mayor de consultas que depende de cada caso en particular, cuando se trata de un embarazo de alto y muy alto riesgo.

El tener a una madre y a una hija o hijo sanos, depende entre otros factores, de que se brinde una atención médica oportuna y de buena calidad. La calidad de dicha atención depende de las instituciones y el personal de salud que la otorga, y la oportunidad depende tanto de las instituciones de salud, como de las propias pacientes.

Por parte de las instituciones debe facilitarse el acceso de estas pacientes a los servicios de salud que necesitan por su condición de riesgo y por parte de las pacientes se requiere su participación e interés por asistir a los Centros de Salud y hospitales para recibir dicha atención médica.

Cuando se conjugan diversos factores que determinan la inasistencia o falta de atención de estas pacientes, no se conocen sus condiciones médicas, no se practican los estudios necesarios y no se prescriben los tratamientos que requieren para mantener un buen estado de salud.

Ante esta situación las consecuencias pueden ser el grave deterioro de las condiciones de salud de la paciente, el desarrollo de complicaciones que pueden dejar secuelas temporales o permanentes y la muerte. De ahí la importancia de que estas pacientes reciban una atención médica oportuna y de calidad.

Resulta paradójico que existiendo infraestructura y recursos médicos hospitalarios en la ciudad de Aguascalientes para atender a la población no derechohabiente de los servicios de seguridad social (población abierta) por parte del ISSEA, así como la

existencia de mujeres embarazadas de alto riesgo que requieren atención médica especializada, en algunos casos por diversos factores, no se concrete la asistencia y control médico de dichas pacientes, con el consecuente desarrollo de enfermedades y muertes maternas.

En este sentido resulta conveniente la realización del presente estudio, para conocer los motivos que tienen las pacientes embarazadas de alto riesgo, para no acudir al hospital como se lo indican en sus Centros de Salud, para recibir la atención médica especializada que necesitan.

El conocimiento de estos motivos permitirán el desarrollo e implementación de estrategias efectivas para favorecer el que las pacientes acudan al hospital, reciban atención médica oportuna y reciban los cuidados necesarios que les permitan mantener sus condiciones de salud en buen estado, propiciando con ello la existencia de madres, hijas e hijos vivos y sin enfermedades que los ponen en peligro de muerte.

Es grande el interés de las autoridades sanitarias por lograr que estas pacientes reciban atención médica oportuna y de calidad, por esta razón han desplegado grandes esfuerzos y recursos para llevar a cabo la búsqueda domiciliaria de las mujeres embarazadas de alto riesgo que no acuden al hospital; sin embargo, a pesar de ello todavía no se logra que el 100 % de estas pacientes acudan oportunamente a sus consultas médicas y lo que sería deseable, que no hubiera necesidad de

buscarlas en sus domicilios, sino que por iniciativa propia acudieran al hospital, como se lo indica el médico en sus Centros de Salud.

Precisamente en este último punto acerca de lo deseable, es importante destacar que la Educación Familiar nos brinda un apoyo sumamente útil, en cuanto que busca el mejoramiento de la persona; un desarrollo personal que por medio de la educación en la responsabilidad, determine que estas mujeres acudan por iniciativa propia a recibir atención médica especializada en beneficio de sus condiciones de salud.

No obstante, el presente estudio con un enfoque humanista, busca descubrir los motivos que tienen estas mujeres para no decidir y actuar a favor y en beneficio de su propia salud y la de sus familias, lo cual puede relacionarse con su sentido de responsabilidad que constituye un valor y una virtud humana que básicamente se forma y educa en el seno de la familia.

Dentro de la corriente humanista destacan las aportaciones del psicólogo Abraham Maslow (1908-1970), cuya teoría destaca la necesidad individual de autorrealización de cada persona, es decir, del desarrollo completo de todas sus posibilidades; sin embargo, postula que sólo es posible expresar o satisfacer estas necesidades, después de haber cumplido con las necesidades que denominó “inferiores”, como seguridad, amor, alimento y abrigo.

También dentro de esta corriente se encuentran las aportaciones del psicólogo Carl Rogers (1902-1987), quien es uno de los principales representantes de la educación

humanista, que con un enfoque centrado en la persona trata de explicar el proceso de aprendizaje significativo: consiste en asimilar uno mismo lo aprendido y hacerlo propio. Siempre implica un contenido afectivo, ya que la persona es una unidad que debe funcionar de manera integral. En este aprendizaje no sólo importan los contenidos educativos, también las necesidades, los intereses, las inquietudes y los conflictos que la persona vive en ese momento o etapa de su vida, así como un ambiente favorable.

En este sentido, las posibles intervenciones no deben circunscribirse al ámbito institucional de salud, aún cuando deben establecerse todas las medidas necesarias para facilitar el acceso a los servicios médicos, las acciones emprendidas deben trascender al ámbito personal y familiar de las pacientes, a donde finalmente deben enfocarse todos los esfuerzos gubernamentales y sociales, si se pretende mejorar sus condiciones de vida.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Investigar y analizar las razones por las cuales las mujeres embarazadas de alto y muy alto riesgo identificadas en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 del ISSEA, con sede en la ciudad de Aguascalientes, Ags., no acuden a recibir atención médica al Hospital de la Mujer, y proponer estrategias de Educación Familiar que en primera instancia favorezcan el otorgamiento de la atención médica que necesitan, como un medio que coadyuve a disminuir las enfermedades y la muerte de las propias pacientes y la de sus hijas e hijos, así como el mejoramiento del cuidado de la salud de estas pacientes por parte del personal que las atiende.

1.3.2 Objetivos Particulares

- Identificar por medio de un estudio socioeconómico, las características personales y familiares de las mujeres embarazadas de alto y muy alto riesgo atendidas por el ISSEA, que no acuden al Hospital de la Mujer a recibir atención médica.

- Determinar y analizar las razones por las cuales estas mujeres embarazadas de alto y muy alto riesgo, no acuden al Hospital de la Mujer a recibir atención médica, a pesar de haber sido enviadas de un Centro de Salud, mediante la realización de visitas domiciliarias y entrevistas a las pacientes.

- Determinar el grado de responsabilidad de estas pacientes para acudir a sus consultas y atender sus tratamientos médicos, por medio de la revisión en la oportunidad para el cumplimiento de sus citas, así como el apego y atención a las medidas generales y de tratamiento, indicadas por el personal de salud.

- Analizar las condiciones de salud de estas pacientes, que no asisten a sus consultas y tratamientos médicos al hospital, a través de la revisión de su historial en los Centros de Salud y su evolución durante el estudio.

- Establecer e implementar estrategias de Educación Familiar que favorezcan el otorgamiento y mejoramiento de la atención médica que necesitan, tanto a nivel institucional como a nivel personal y familiar.

- Favorecer el autocuidado de la salud por las pacientes y sus familiares, así como el mejoramiento en su trato y cuidado, por parte del personal institucional de salud que las atiende.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Conceptos básicos

Ya que se encuentran relacionados con el presente estudio, se destacan conceptos básicos de la **persona**, en tanto involucra a personas (pacientes embarazadas) que son atendidas por personas (personal de salud), la **responsabilidad** que constituye el valor que pretende fortalecerse en todas ellas, la **educación familiar**, que es el medio propuesto para lograrlo y el **educador familiar** que constituye el facilitador de este proceso.

Un primer concepto que resulta de gran importancia es el de **persona**. Ser persona es algo extraordinariamente valioso, que no sólo distingue al individuo humano, que por ello se encuentra a la cabeza de la escala animal, sino que incluso puede extenderse nada menos que a Dios mismo (Palacios, 1989).

La persona es la substancia individual de naturaleza racional (Boecio, 1847). El hombre es una persona por el alma y el cuerpo (Santo Tomás).

Cada persona es única, irrepetible e irremplazable, y tiene un carácter trascendental. La persona posee varios atributos o propiedades exclusivas, como el entendimiento, la voluntad y la libertad.

La persona es substancia, no es accidente, así como es particular y no es universal. La dignidad de la persona humana aparece en el ámbito del bien, considerando que todo lo que hace que algo sea perfecto, aunque sea en grado mínimo, puede considerarse bueno. La persona por sí misma no es digna ni indigna; son sus obras concretas las que nos dicen si un hombre es buena o mala persona, es decir, una persona digna o indigna.

La persona es digna por su nacimiento, pues la forma que le hace subsistir es un fin y como tal es bueno; pero la bondad y dignidad que tiene por el sólo hecho de ser hombre es sólo ontológica, no moral; o si se quiere, es un bien físico, pero no un bien ético. De tal manera, que sin menoscabo de su dignidad física y ontológica, una persona humana puede ser indigna en el aspecto ético y moral.

Dentro de sus características se encuentran la *autonomía*, que es la propiedad en virtud de la cual la persona es, de algún modo, el principio de sus propias acciones. También la *espiritualidad*, que es aquella capacidad que posee la persona para poder operar con independencia de la materia, y la *libertad*, que es la capacidad que posee la persona humana de elegir, aceptar y decidir por y ante sí misma, con el fin de autorrealizarse y perfeccionarse.

Una persona es un ser, que es ser tan intensamente, que domina su propio ser. El propio dominio es el distintivo del ser personal y el fundamento de su dignidad. El dominio de la persona sobre su propio ser engendra el dominio sobre lo cuanto le constituye (su vida, su integridad física, su pensamiento y su relación con Dios). El

ser del hombre se ordena a unos fines, por lo tanto, el dominio del hombre sobre su ser se extiende a la apertura y tensión a obtener sus propios fines (Oliveros, 1989).

La persona es un individuo con capacidad de iniciativa; es un ser subsistente porque tiene suficiencia y plenitud en sí mismo, se encuentra clausurado en su propio ser; posee naturaleza racional, ya que tiene la capacidad de hacerse presente el ser de las demás realidades, es decir, se encuentra abierto a todo ente y lleva consigo la capacidad por el libre querer. Hay un derecho general de toda persona humana: ser tratado cabalmente como persona, en función de la dignidad ontológica del ser substancial del hombre (Oliveros, 1989).

Dentro de los valores universales se encuentra el de la **responsabilidad** que consiste en la asunción de la propia autonomía, es decir, en la aceptación de que somos capaces de alcanzar pensamientos que podemos justificar y de tomar decisiones de las que podemos dar cuenta a los demás y a nosotros mismos. No hay un futuro con un sentido predeterminado; nosotros somos mediante nuestras acciones quienes tenemos la posibilidad de conferirle a tal futuro un sentido y significado concretos. Ésa es la responsabilidad.

La responsabilidad consiste también en echarnos nuestra vida a la espalda y decidir qué camino tomamos y a dónde nos dirigimos. No sabemos si tenemos éxito en el camino emprendido, ya que cualquier decisión que tomemos puede estar equivocada, pero al menos, nuestro comportamiento estará a la altura de la

dignidad humana, puesto que somos guionistas y actores del proyecto de nuestra vida.

De nuestras acciones se derivan efectos o consecuencias positivas o negativas para nosotros y para los demás. Los beneficios o perjuicios a los otros confieren una dimensión ética a la responsabilidad que nos obliga a la acción para lograr los cambios sociales necesarios. La responsabilidad puede ser enseñada y aprendida (Escámez, 2001).

Ahora bien, la **educación** es el proceso de desarrollo y perfección, no sólo de conocimientos y aptitudes, sino de fortalecimiento y despliegue total de la persona en su íntima y peculiar unidad y en sus múltiples manifestaciones exteriores, en las que se hace real la comunicación exterior, objetiva, social o trascendental (García, 1989).

La educación no debe consistir únicamente en proporcionar información científica o técnica, sino también formación personal. La formación educativa debe acompañar a la instrucción porque es una exigencia del educando, que no sólo requiere el perfeccionamiento de su facultad superior: la inteligencia, sino también la ayuda para lograr la plena madurez personal.

También podemos decir que la educación es una organización estructurada para la creación de hábitos, como disposiciones permanentes a obrar de una

determinada manera. En este sentido, la virtud es la manifestación de un hábito perfecto (Palacios, 1989).

La educación personalizada aparece como un intento de que la persona se haga consciente de sus posibilidades y limitaciones. El objeto de la educación es hacer al sujeto consciente de sus propias posibilidades y limitaciones, facilitar el cultivo de su intimidad, del trabajo independiente y de la capacidad creativa.

Educación integral es aquella capaz de poner unidad en todos los posibles aspectos de la vida de un hombre: unidad de la persona y de su actuar.

Educación es todo aprendizaje valioso e intencional. La educación entendida en su pleno sentido pretende llevar a su plenitud al sujeto, desplegar equilibradamente sus energías, hacerle un hombre capaz de actuar eficazmente en el medio natural y social, y esto implica que la educación debe contemplar la totalidad de los valores.

Valor es todo lo que responde a las necesidades y tendencias del hombre; el valor tiene un carácter relacional. Hay valores permanentes que brotan de la misma condición humana y valores cambiantes de acuerdo con la idiosincrasia de cada cual y las variadas situaciones ambientales en incesante cambio.

Valor es la perfección real o ideal que merece nuestra estimación, reconocimiento y agrado. Normalmente es nuestra reacción subjetiva, nuestra complacencia

personal, la que nos permite descubrir los valores. Dentro de sus rasgos se encuentra la polaridad (a todo valor lo acompaña su antivalor) y la jerarquía (unos valen más que otros).

Los valores deben ser reconocidos, asumidos y aceptados lúcidamente (libre); si no se llevan a la acción, quedan en una mera consideración teórica (acción); debemos tomar parte activa en la propia educación y en las decisiones a todos los niveles (participación); hacer partícipes de todos los valores a todos (democratización); establecer un diálogo entre individuos, grupos y culturas lo que facilita una apertura y mutua fecundación (diálogo); deben impulsarnos a una conquista sin fin (constante proyecto superador); con un compromiso real y social.

En este contexto la educación moral es el desarrollo y fortalecimiento de la capacidad que la persona tiene de obrar rectamente con libertad, por su adhesión voluntaria a los valores fundados en la tendencia al bien y al cumplimiento de los deberes que ellos nos exigen, al margen de la inequívoca presión social existente.

Con relación a la **educación familiar** debemos recordar que la familia es el ámbito por excelencia para la educación (aunque no sólo el único), dadas sus posibilidades naturales, si la consideramos como cauce que la naturaleza ofrece para recibir y formar a la persona humana. En este sentido podemos definirla como la modificación perfecta de seres personales por los padres y demás miembros de la familia, procurando el desarrollo de capacidades humanas para alcanzar la verdad, para realizar el bien, así como para apreciar y realizar la

belleza. Es un quehacer personal y una ayuda a personas, con repercusiones sociales; es una forma concreta del bien común. (Oliveros, 1989).

Respecto a la **orientación familiar**, tenemos que es un proceso de ayuda para la mejora personal de quienes integran una familia, y para la mejora de la sociedad en y desde las familias. La **orientación personal** podemos definirla como el proceso de ayuda a un sujeto para que llegue al suficiente conocimiento de sí mismo y del mundo en torno a él, que le haga capaz de resolver los problemas de su vida (Oliveros, 1989).

El **educador familiar** realiza acciones para que las personas que integran una familia eduquen mejor y se eduquen mejor, para lograr el bien común de la sociedad. Ha de ser un experto en educación familiar, a partir de la reflexión sobre experiencias familiares propias y ajenas, lo que implica un proceso permanente de aprendizaje, ya que nunca dejará de aprender orientando.

El educador familiar presta un servicio de ayuda y su calidad debe estar a la altura de la tarea y de la responsabilidad de los asesorados, lo que supone conocer muchas experiencias familiares; estudiar las realizaciones educativas y los problemas de esas familias; captar el estilo familiar en cada caso; observar su modo peculiar de convivencia, de mutua ayuda, de apertura al entorno mediante la amistad, de relación con las organizaciones de trabajo y de estudio donde permanecen muchas horas diarias padres e hijos; conocer cuáles son los principales valores descubiertos, aceptados y vividos en cada familia.

También requiere como marco de referencia saber qué es la persona, el matrimonio, la familia, la sociedad y la educación; así como el conocimiento de lo que es la libertad, la autoridad, la participación, el amor y el bien. También debe tener conocimiento de las principales influencias ambientales que en nuestra época, crean serias dificultades para el cabal desempeño de las funciones educativas de la familia respecto a la mejora personal y social, así como de las posibles vías de superación de estas dificultades (Oliveros 1989).

2.2 Hecho que será Estudiado (Teorías)

En el mismo sentido que los conceptos básicos referidos con anterioridad, abordemos las teorías relacionadas con este estudio que involucra a personas adultas, destacando en el proceso de aprendizaje propuesto la Teoría Humanista, que se enmarca en el modelo cognoscitivo, considerado como el modelo ideal para que el adulto aprenda, debido a que cuenta con una gran cantidad de experiencia, la cual es llevada a la situación educativa para ser reestructurada y construir nuevos aprendizajes. En este caso se consideran las teorías de Maslow (1954) y Rogers (1980).

El hacerse **persona** requiere un gran esfuerzo que raya en la heroicidad y exige una vigilancia continua, porque no solamente se conquista arduamente el ser personal, distinto del ser mero individuo, sino hay que mantenerlo.

La personeidad es el carácter constitutivo de la persona, mientras que la personalidad nos indica el carácter operativo. Se parte de la personeidad y se adquiere la personalidad. La personalización es la realización del propio proyecto personal de vida.

La personalización como proceso tiene las características siguientes:

- ▶ Activa: El hombre se encuentra con la responsabilidad de hacerse a sí mismo.
- ▶ Perfectiva: Tiene un sentido y una finalidad, la búsqueda de su propia perfección personal.
- ▶ Libre: Tiene pleno sentido si se realiza en libertad.
- ▶ Abierta: La apertura es necesaria para encarar la realidad, para comprenderla y afrontarla. Supone capacidad de dar y recibir.
- ▶ Humanista: En todos los casos la persona será el centro del proceso de personalización. Será reconocida en teoría y en la práctica, como valor absoluto. Su dignidad personal será incuestionable. Implica una individualidad solidaria. Como consecuencia de ello, la persona está por encima de cualquier manipulación e instrumentación política, económica, social, educativa y cultural. Los valores como tales de la persona, son incuestionables.
- ▶ Histórica y prospectiva: Se afianzará en el pasado y mirará hacia el futuro.
- ▶ Auténtica: Como manifestación de la coherencia entre lo que la persona es y lo que expresa al exterior, a través de su comportamiento.

Ser persona es un privilegio, pero también es un proyecto que se debe realizar; el modo de ser persona no es una conquista triunfante y continuamente gozosa, sino un proceso de lucha, esfuerzo y riesgo.

La persona humana es principio, pero no absoluto, sino dependiente o participado de otro anterior; ha recibido el ser de otros y necesita relacionarse con el exterior para poder vivir. Relacionarse con el mundo objetivo como principio de conocer, relacionarse con los otros como principio de comunicación personal y relacionarse con la trascendencia como posibilidad de llegar a entender el sentido que la vida y la realidad tienen (Palacios, 1989).

El hombre no es pieza de un conjunto, sino protagonista de la historia por medio de decisiones libres; cada hombre es señor de sí, de modo que la sociedad humana es la armónica conjunción de libertades. En el universo humano la razón substituye a la fuerza, porque es un universo libre. Donde hay libertad no hay fuerza, sino en su caso obligación, que es algo propio del ser racional (Oliveros, 1989).

Libertad y obligación presuponen el dominio de la persona sobre su ser, sólo el que domina su ser es capaz de decidir entre el sí y el no, y sólo el que domina su ser es capaz de estar obligado, pues la obligación supone la capacidad de decisión. Cada persona tiene en sí su fuerza y energía vitales, de modo que la ley de la colectividad no se impone fatalmente, sino que se dirige a la persona apelando a su obediencia, que es ejercicio de la libertad (Oliveros, 1989).

El hombre obra y se realiza como persona por el conocimiento y el amor. Como el conocimiento se ordena a la verdad y el amor al bien, la persona humana se realiza y actúa rectamente buscando la verdad y obrando el bien. Las imperfecciones que pueden encontrarse en una persona no son debidas a ella en cuanto persona, sino al modo imperfecto de su realización, pero por ser persona, debe intentar superar esa realización imperfecta, con la ayuda valiosa de otros miembros de su familia (Oliveros, 1989).

La **educación** es un proceso por medio del cual el educando va adquiriendo paulatinamente la responsabilidad de su propia vida, se va haciendo cargo de su propia existencia hasta constituirse en un todo independiente de los demás, es decir, como una persona. Al nacer, toda la responsabilidad en la vida del ser humano pertenece a los padres o a quienes tengan esta función; cuando llega a ser adulto, toda la responsabilidad pertenece al propio sujeto (García, 1981).

La educación es inevitablemente valoral; parte de lo que el sujeto es para modificarlo perfectivamente, hasta alcanzar lo que debe ser, los fines propuestos. La educación es sencillamente personal.

Las direcciones de la educación moral son la clarificación de valores, la enseñanza de virtudes y el desarrollo del pensamiento moral. Las operaciones para alcanzar un valor son eligiendo libremente, desde alternativas y después de considerar ampliamente las consecuencias de cada alternativa; queriendo, siendo

felices con la elección y deseando afirmarla públicamente; así como actuando según la elección realizada, repetidamente como un patrón de vida.

La **educación familiar** no se agota en la acción educativa de los padres y en el intercambio educativo para crecer personalmente y crecer juntos; la red de influencias silenciosas y profundas de las familias en las que no se vive contrafamiliarmente, incluye también influencias de mejora social. Así como la influencia que puede darse por personas que atienden a otras en Instituciones de los sectores público, social y privado.

Un padre o una madre educará a su hijo en cuanto se comporte como persona y vea una persona en ese hijo. Cada hijo se educará si se respeta como persona y logra establecer relaciones personales con los restantes miembros de su familia (Oliveros, 1989).

En cuanto a las **teorías del desarrollo humano**, la psicología humanista aporta una teoría holística de la personalidad, manteniendo vínculos estrechos con la filosofía existencial. El existencialismo es la doctrina filosófica contemporánea que se concentra en la lucha del individuo por encontrar un sentido en su existencia personal y por ejercer su libertad y responsabilidad en la persecución de una vida ética. Los humanistas sostienen que la gente hace elecciones acerca de su propia vida y tratan de llevar al máximo el potencial del hombre.

Maslow (1954) fue un importante psicólogo de la escuela humanista. Su teoría del yo, resalta la necesidad individual de autorrealización, del desarrollo completo de todas sus posibilidades. Según este psicólogo, sólo es posible expresar o satisfacer las necesidades de autorrealización después de haber cumplido con las necesidades “inferiores”, como seguridad, amor, alimento y abrigo.

Maslow dispuso las necesidades humanas en una pirámide. En la parte baja están las necesidades de sobrevivencia, las más básicas: los seres humanos deben tener comida, calor y descanso para sobrevivir. Las que siguen hacia arriba son las necesidades de seguridad: los individuos requieren evitar los peligros y sentirse seguros en la vida cotidiana; no pueden alcanzar los niveles superiores si viven en constante miedo y ansiedad.

Cuando están aseguradas de manera razonable las necesidades de sobrevivencia y seguridad, la siguiente necesidad imperiosa es la de pertenencia. Los seres humanos necesitan amar y sentirse amados, estar en contacto físico mutuo, asociarse con otros y formar parte de grupos y organizaciones. Después, también necesitan sentir autoestima, necesitan respuestas positivas de los demás, desde la mera confirmación de las habilidades básicas hasta la aclamación y la fama. Todas estas necesidades cumplidas producen sentimientos de bienestar y satisfacción personal.

Cuando la gente está alimentada, vestida, abrigada, establecida en un grupo y tiene una razonable confianza en sus habilidades, se encuentra lista para intentar el completo desenvolvimiento de sus potencialidades, o autorrealización.

Otro psicólogo humanista, Rogers (1980), sostuvo que el núcleo del hombre consiste en impulsos positivos, saludables y constructivos que se manifiestan desde el nacimiento. Interesado por ideas que procedían de su práctica clínica, descubrió que el mayor crecimiento personal de sus pacientes ocurría cuando él estaba genuina y completamente involucrado con ellos y cuando ellos sabían que él los aceptaba tal como eran. A esta actitud cálida, positiva y de aceptación le llamó afecto positivo, considerando que con ella el terapeuta incrementaría las actitudes de aceptación personal del paciente y una mayor tolerancia y aprobación de los demás.

Además, Rogers (1980) es uno de los principales representantes de la educación humanista, que con base en el enfoque centrado en la persona, trata de explicar el proceso de aprendizaje significativo.

Para este autor el aprendizaje significativo es el punto clave de la educación centrada en la persona. Consiste en asimilar uno mismo lo aprendido, hacerlo propio. Éste se integra a la persona, no se olvida y puede aplicarse prácticamente a la vida cotidiana. Siempre implica un contenido afectivo, ya que la persona es una unidad que debe funcionar de manera integral, a diferencia del aprendizaje memorístico, repetitivo, que sólo utiliza lo mental.

En el aprendizaje significativo no sólo importan los contenidos, también el funcionamiento de la persona en su integridad, las necesidades, los intereses, las inquietudes y los conflictos que la persona vive en ese momento o etapa de su vida, así como un ambiente favorable.

Este aprendizaje que involucra a toda la persona, además de utilizar el hemisferio cerebral izquierdo, también utiliza el hemisferio derecho, que constituye la parte intuitiva y se relaciona con la creatividad, utiliza metáforas, predomina lo estético propio del artista y del científico creativo. Por lo tanto, el aprendizaje es significativo cuando interviene toda la persona, con sus potencialidades, combinando los aspectos lógicos, intuitivos, intelectuales, afectivos, en un ambiente social, estudiantil y comunitario.

Las principales características del aprendizaje significativo son las siguientes:

- Incluye a toda la persona con sus pensamientos, sentimientos y acciones en la experiencia misma del aprendizaje.
- La búsqueda y la curiosidad brotan naturalmente de la persona.
- La comprensión y el descubrimiento son experiencias internas de la persona que aprende.
- El cambio que supone el aprendizaje es un cambio en la percepción y puede incluir modificaciones de actitudes, valores, conductas e incluso en la personalidad de quien aprende.

- La persona pretende hacer parte de sí misma lo aprendido, para que se almacene dentro como energía disponible; es decir, como un recurso del cual puede disponerse en cualquier momento.
- La persona es la única que puede evaluar lo significativo del aprendizaje.

Sólo se aprenden significativamente aquellas cosas relacionadas con la propia supervivencia y crecimiento. El aprendizaje significativo es posible si el aprendiz enfrenta problemas reales que afectan su existencia, que atraen su atención e interés, de manera que participe, reflexione, opine y aplique a su vida cotidiana lo aprendido. Además, este tipo de aprendizaje será una realidad cuando se atienda a la individualidad de cada persona en su singular proceso de desarrollo.

En este sentido, los objetivos del aprendizaje significativo son:

- Que la persona sea capaz de tener iniciativas y de asumir la responsabilidad de sus actos.
- Que alcance independencia y autonomía, para tomar decisiones y dirigir sus propios actos de manera inteligente.
- Que aprenda a aprender.
- Que utilicen su experiencia y creatividad para hallar nuevas soluciones a los problemas.
- Que sean flexibles para adaptarse inteligentemente a situaciones y nuevos problemas.
- Que sea capaz de colaborar eficazmente en armonía con los demás.

- Que desarrolle una función crítica para evaluar objetivamente las contribuciones de los demás.
- Que todos trabajen para lograr objetivos de socialización y no sólo busquen la aprobación de los demás.

En este punto cabe hacer un paréntesis para tocar el concepto del autocuidado de la salud, a donde se encuentra dirigida entre otros aspectos importantes, el control prenatal. El autocuidado de la salud se define como la práctica de un conjunto de actividades que libremente realiza el individuo sobre sí mismo, con el objeto de mantener su salud y su bienestar; prevenir enfermedades y sus limitaciones, y en su caso, hacerse cargo de su medicación y cuidar su dieta y ejercicio (Orem / Levin, 1971).

Si se establecen acciones que vayan encaminadas al conocimiento del autocuidado de la salud, sobrevendrán beneficios tales como los que se mencionan a continuación:

a) Se genera un cambio de actitud por parte del individuo y de los trabajadores de la salud pues, si actualmente la visión es de carácter curativo se puede convertir en acciones de tipo educativo y preventivo, b) se fomenta la libre elección de un modo de vida saludable y se contribuye en forma práctica a la adopción constante de hábitos sanos para sí mismo y quienes le rodean, c) se contribuye al crecimiento personal, d) si además se adquieren y comparten conocimientos con

los individuos en su sitio de origen, se potencia la capacidad de saber qué hacer y con esto la autonomía de las personas (Ortiz, 2007).

2.3 Características de los sujetos intervinientes

El análisis del caso de una muerte materna ocurrida en el mes de febrero de 2007 en una localidad cercana a la ciudad de Aguascalientes, nos muestra algunas características que pueden ser comunes a mujeres embarazadas de alto riesgo:

Se trató de una mujer adolescente de 16 años de edad en su primer embarazo, con secundaria incompleta, dedicada a las labores del hogar, en condición de pobreza, con una dinámica familiar no favorable con alcoholismo y abandono de los padres, lo que causó en ella miedo, depresión e introspección. Después de su noviazgo vivió en unión libre con un joven de su misma edad, de ocupación lavacoches y con estudios incompletos de secundaria. Antes de su muerte vivió en hacinamiento con su familia política, donde convivió con una cuñada también embarazada de 15 años de edad.

Durante sus 6 consultas de control prenatal en una unidad médica de primer nivel de atención mostró renuencia para acudir al hospital por falta de recursos económicos, donde tardíamente fue internada con graves complicaciones médicas, destacando el abandono de su pareja y su familia.

Un análisis psicosocial efectuado en dicha localidad con otras mujeres embarazadas, reveló la existencia de adolescentes solas, en pobreza, con bajo nivel de escolaridad, dependencia económica y sin posibilidad de desarrollo personal. Adicionalmente se apreció una información inadecuada de planificación familiar y con dificultades económicas para cubrir los costos de atención médica requeridos. Además la falta de orientación para identificar los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, sin información ni planeación y recursos económicos para la atención de su parto. Así como falta de información acerca de los servicios médicos en caso de una urgencia obstétrica.

Factores que sin duda alguna al conjugarse, pueden derivar en una lamentable pérdida de vidas humanas, y graves consecuencias familiares y sociales.

En cuanto al personal de salud que atiende regularmente a esta población existen médicos, enfermeras, promotores de salud, trabajadoras sociales y auxiliares administrativos que colaboran en Centros de Salud del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, Dependencia que otorga la atención médica a personas que carecen de servicios de seguridad social (IMSS, ISSSTE y otras) y que en su mayoría se encuentran afiliadas al Seguro Popular de Salud.

Este personal de salud se encuentra constituido mayoritariamente por personas adultas y que constituyen trabajadores de base con muchos años de antigüedad en el puesto que desempeñan en estas unidades médicas. Los recursos con los que cuentan son insuficientes para la gran demanda de servicios que reciben

cotidianamente y que en una buena proporción corresponden a servicios de atención prenatal para mujeres embarazadas, dentro de las que cada año se incrementa el número de mujeres adolescentes (menores de 20 años de edad).

Cabe destacar que la insuficiencia de todo tipo de recursos que tienen estos Centros de Salud, dificultan algunas actividades que deben realizarse en los domicilios de las personas de las comunidades que atienden, como la realización de visitas para la búsqueda de pacientes embarazadas de alto riesgo, que por algún motivo no han acudido a su consulta a un hospital, para su revisión y tratamiento por un médico especialista.

2.4 Contexto social e institucional

El marco institucional relacionado con el presente estudio se encuentra conformado por los ordenamientos legales siguientes:

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estipula en su Artículo 4º, que el varón y la mujer son iguales ante la Ley, que protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

También fija entre otros rubros, que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos; además de que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 asume como premisa básica la búsqueda del Desarrollo Humano Sustentable; esto es, del proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permita a todos los mexicanos tener una vida digna sin comprometer el patrimonio de las generaciones futuras.

En el rubro de Salud, que forma parte del Eje 3 titulado “Igualdad de Oportunidades”, se encuentra el Objetivo 6 orientado a reducir las desigualdades en los servicios de salud, mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables. Una de sus estrategias es promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS) marca como una de sus estrategias fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y control de enfermedades, donde destacan las líneas de acción siguientes:

- “Diseñar programas y acciones para el fortalecimiento y desarrollo integral de la familia”.
- “Fortalecer las políticas de salud materna y perinatal”.
- “Promover la salud sexual y reproductiva responsable”.

El Plan de Desarrollo del Estado de Aguascalientes 2004-2010 (PDEA) en su Directriz II “Aguascalientes, mayor Seguridad Social” incorpora como objetivos

estratégicos: “proporcionar servicios de atención y prevención de la salud con oportunidad, equidad, calidad y calidez que favorezcan el sano desarrollo de los agascalentenses”; así como “propiciar un desarrollo integral de las personas, las familias y comunidades con la aplicación de programas innovadores, manteniendo, mejorando y ampliando los canales de comunicación con la población, dando respuesta certera a sus peticiones”.

Dentro de estos objetivos estratégicos el Reto 5 “Salud con Calidad y Calidez” marca el objetivo de “ampliar y mejorar la cobertura de los servicios de salud que se ofrecen a la población, con una mística de calidad y calidez, induciendo y fomentando la cultura de la prevención” (PDEA 2004-2010).

Dentro de los “Programas de Trabajo y Líneas de Acción” se encuentra la “Atención Especializada en Salud”, donde se contempla el programa denominado “Arranque Parejo en la Vida”, que tiene como propósito “lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a los niños, desde antes de su nacimiento y hasta los dos años de edad” (PDEA 2004-2010).

La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la

República y sus disposiciones son de orden público e interés social (Título Primero -Disposiciones Generales-, Capítulo Único, Artículo 1).

En el Artículo 2 de este mismo Capítulo se refieren las finalidades del derecho a la protección de la salud:

- El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 titulada “Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, se encuentra vigente desde el año de 1994 y tiene como objetivo establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales. Es de observancia obligatoria para todo el personal de salud, en

las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

En el contexto social cabe destacar que de las pacientes embarazadas que atiende el ISSEA, en la actualidad una de cada 4 se embaraza antes de los 20 años de edad, sólo el 30 % de ellas acude oportunamente a control médico de su embarazo en el primer trimestre y de las que se clasifican de alto riesgo y son enviadas al hospital, sólo 6 de cada 10 pacientes acuden con el médico especialista. Aunado a este contexto, en Aguascalientes ocurren en promedio 10 muertes maternas al año y en promedio mueren 220 niñas y niños recién nacidos hasta 28 días de edad.

Es en este marco de ideales institucionales, que contrastan con la realidad social, en la que se propone incorporar a la educación familiar como una alternativa útil para mejorar el cuidado de la salud de estas mujeres y con ello evitar posibles muertes, tanto de ellas como la de sus hijas o hijos.

DIAGNÓSTICO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DIAGNÓSTICO. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio constituye una investigación práctica, realizada con mujeres embarazadas de riesgo, en el contexto de su control médico prenatal, efectuado en unidades de primer nivel de atención (Centros de Salud) del ISSEA, y su necesaria referencia a una unidad de segundo nivel de atención (Hospital de la Mujer), por su condición de riesgo.

Parte de la **hipótesis** de que las condiciones de salud de dichas pacientes, se encuentran en grave riesgo de deterioro si no acuden oportunamente al hospital, lo cual depende de su grado de responsabilidad para atender una de las indicaciones de su médico en el Centro de Salud: solicitar y acudir a consulta con el médico gineco obstetra.

Variables

Variable dependiente

La variable dependiente en el presente estudio corresponde a las condiciones de salud de 37 mujeres embarazadas de alto y muy alto riesgo, atendidas en 19 Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 del ISSEA, con sede en la ciudad de Aguascalientes, Ags.

Dichas condiciones de salud se investigaron por medio de la revisión de los expedientes clínicos de estas mujeres en los Centros de Salud, así como por la manifestación de síntomas de alarma durante el embarazo, referidos por las propias pacientes.

Variable independiente

La variable independiente corresponde a la responsabilidad de estas mujeres para acudir a sus citas médicas en el Hospital de la Mujer, ya que por su condición de alto riesgo, fueron enviadas de su Centro de Salud al Hospital, para ser atendidas y controladas por médicos gineco obstetras.

Lo anterior se determinó por medio de una entrevista efectuada a las pacientes en sus propios domicilios particulares, tanto a mujeres que ya habían acudido a consulta médica al hospital, como a las que por diversos motivos, no se habían presentado a su consulta médica especializada.

Instrumento

En virtud de que se utilizaron diferentes fuentes de información para el presente estudio, se aprovecharon instrumentos ya existentes en el ISSEA y se diseñaron otros instrumentos específicos para recabar la información necesaria:

Para conocer las características socioeconómicas de las pacientes y sus familias se obtuvo información del Estudio Socioeconómico que se realiza a toda persona que recibe atención médica en los Centros de Salud del ISSEA y que se encuentra integrado al expediente clínico familiar de cada paciente.

En cuanto a las condiciones de salud de las pacientes, se revisaron en el expediente clínico de las pacientes, ubicados en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, las notas médicas, la evaluación de riesgo en el embarazo y la hoja de referencia y contrarreferencia de pacientes. Para recabar los datos de mayor interés para el estudio, se diseñó una guía de revisión específica (anexo No. 1)

Para conocer los motivos de las pacientes para no acudir al hospital, se revisaron los reportes de visitas domiciliarias del programa “Contigo en lo mejor de tu vida” que se opera en el ISSEA desde el segundo semestre del año 2005. Finalmente, se diseñó un cuestionario de entrevista que se aplicó, conjuntamente con el reporte de visita, en los domicilios particulares de cada paciente (Anexo No. 2).

Pilotaje

Únicamente se efectuó el pilotaje de dos instrumentos: el cuestionario de entrevista y la guía de revisión de expedientes clínicos. Lo anterior en virtud de que el resto de instrumentos (estudio socioeconómico, notas médicas, evaluación de riesgo en el embarazo, referencia y contrarreferencia de pacientes) ya se encuentran vigentes y en operación, en las unidades médicas del ISSEA.

Tanto el cuestionario de entrevista como la guía para la revisión de expedientes clínicos se probaron experimentalmente el día 2 de octubre de 2007, con el caso de dos pacientes embarazadas atendidas en el Centro de Salud “Puertecito de la Virgen”, que fueron referidas al Hospital de la Mujer.

El cuestionario de entrevista se aplicó en el domicilio particular de las pacientes y la guía de revisión se probó en el citado Centro de Salud. Con base en el resultado de su aplicación, se realizaron algunos ajustes en ambos instrumentos. Cabe mencionar que estos dos casos quedaron descartados de la muestra estudiada.

Aplicación

Los cuestionarios de entrevista en los domicilios particulares de las pacientes embarazadas fueron aplicados entre los días 4 y 19 de octubre de 2007, específicamente los días 4, 5, 8, 9, 10, 15, 16, 17 y 19 de octubre.

Para acceder a los domicilios de las pacientes se acompañó en sus visitas comunitarias, a dos trabajadoras del ISSEA que colaboran como Mensajeras de la Salud en el Programa denominado “Contigo en lo mejor de tu vida” y que precisamente hacen la búsqueda domiciliaria de aquellas pacientes que no han acudido al Hospital, a pesar de haber sido enviadas por su médico del Centro de Salud.

Los cuestionarios de entrevista fueron aplicados entre las 8:15 horas y las 14:30 horas, excepto en el caso de una paciente que fue localizada en su domicilio a las 18:00 horas.

Cabe destacar que en el caso de 22 pacientes (59.5 % de la muestra), las Mensajeras de la Salud elaboraron un reporte de la visita domiciliaria, ya que estas pacientes no habían acudido al Hospital, según el reporte emitido por la propia unidad hospitalaria (Hospital de la Mujer).

Posterior a la aplicación de los cuestionarios de entrevista, se procedió a la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes, por medio de la guía diseñada para tal fin, que fue aplicada en 19 Centros de Salud (tanto urbanos como rurales) de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 del ISSEA.

Las guías de revisión de los expedientes clínicos de las pacientes fueron aplicadas entre los días 22 de octubre y 5 de noviembre de 2007, específicamente los días 22, 25, 26, 29, 30 y 31 de octubre, así como el 5 de noviembre. Lo anterior mediante la visita a los 19 Centros involucrados, entre las 10:00 horas y las 14:37 horas de los días referidos.

Recolección

Prácticamente no hubo problemas para la recolección de los cuestionarios de entrevista, los reportes de visita domiciliaria de las Mensajeras de la Salud y las guías de revisión de los expedientes clínicos de las pacientes.

No obstante, la aplicación de los dos primeros instrumentos estuvo supeditada a la localización de los domicilios y la presencia de las pacientes embarazadas, ya que en ambos casos la entrevista fue realizada personalmente con las pacientes.

En el caso de las guías de revisión, su aplicación se supeditó a la localización de los expedientes clínicos en los Centros involucrados, que en dos de ellos y en el caso de tres pacientes ameritó la realización de tres visitas a cada Centro para contar con dichos documentos, que se encuentran a cargo de las enfermeras responsables de cada consultorio médico (módulos de atención).

Muestra

Población

La población estudiada corresponde a las mujeres embarazadas que son atendidas en los Centros de Salud del ISSEA; en particular a las mujeres embarazadas calificadas como de alto y muy alto riesgo que son enviadas al Hospital de la Mujer

para su atención médica especializada, así como de los Centros pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 con sede en Aguascalientes.

Para determinar la muestra se consideró a las 120 pacientes embarazadas de alto riesgo, referidas de los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 al Hospital de la Mujer, en las semanas epidemiológicas 37 (del 9 al 15 de septiembre), 38 (del 16 al 22 de septiembre) y 39 (del 23 al 29 de septiembre) del año 2007.

Muestra

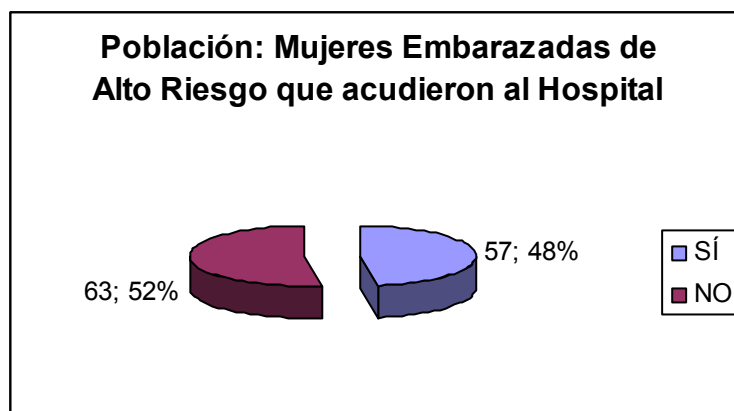
La muestra correspondió a 37 pacientes seleccionadas en forma aleatoria, lo cual significó el 30.8 % de las 120 pacientes referidas al Hospital de la Mujer, en el periodo referido del 9 al 29 de septiembre de 2007.

Con base en el reporte emitido por el propio Hospital, 22 pacientes (59 %) no habían acudido a recibir atención médica especializada y 15 de ellas (41 %) si lo habían hecho.

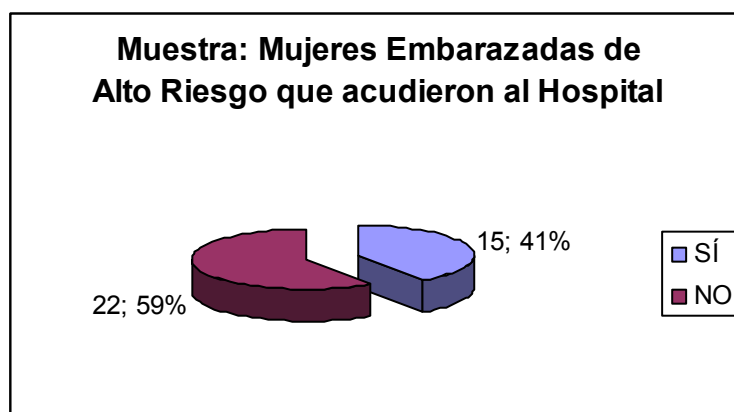
Resultados

Gráficas

Con base en los reportes emitidos por los Centros de Salud y el Hospital de la Mujer, de las 120 embarazadas de alto riesgo referidas de los Centros al Hospital entre el 9 y el 29 de septiembre, 52 % no habían acudido al Hospital. En el caso de la muestra de 37 pacientes estudiadas, el 59 % no habían acudido al Hospital.



Total: 120 pacientes

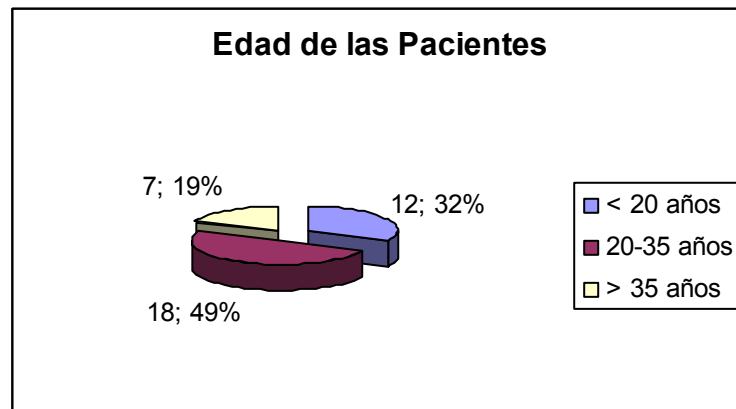


Total: 37 pacientes

La muestra involucró al 54 % de los 35 Centros de Salud que conforman la Jurisdicción Sanitaria No. 1 del ISSEA.

Resultados del Cuestionario de Entrevista:

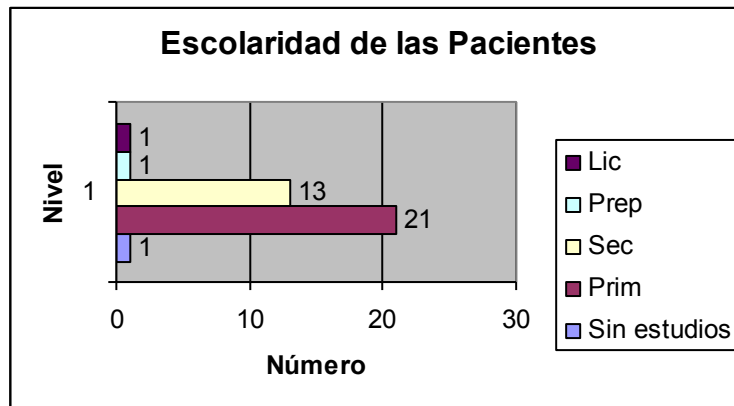
El 32 % de las pacientes estudiadas tenían menos de 20 años, el 19 % más de 35 años de edad y el 49 % se encontraba entre los 20 y 35 años de edad.



Total: 37 pacientes

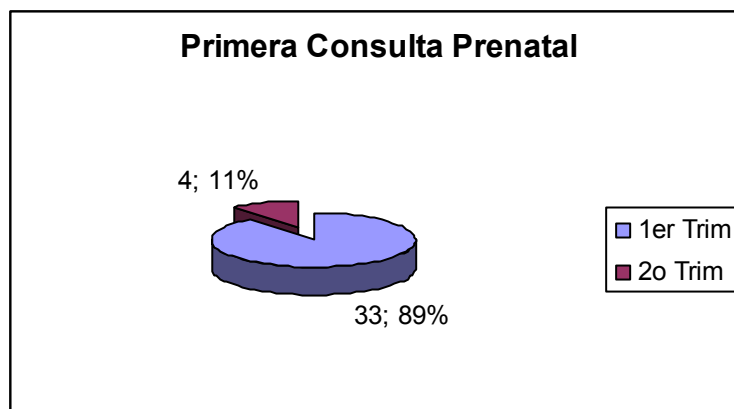
Al momento de la visita domiciliaria 30 de las pacientes (81 %) aún se encontraban embarazadas, con un promedio de 5.2 meses de gestación, y 7 pacientes (19 %) ya habían tenido a su bebé.

En 21 pacientes (56.8 %) su escolaridad es de estudios de nivel Primaria y en 13 pacientes (35.1 %) alcanza el nivel de Secundaria. Una paciente no tiene estudios, una cuenta con estudios de Preparatoria y sólo una tiene Licenciatura.

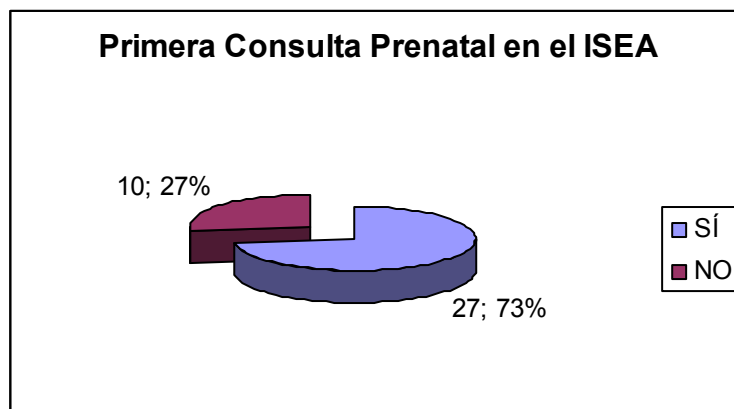


Total: 37 pacientes

La mayoría de las pacientes (89 %) manifestaron haber acudido a su primera consulta prenatal durante su primer trimestre de embarazo, como se recomienda médicamente y se califica como un control oportuno. Sólo el 11 % restante manifestó haber acudido tardíamente en el segundo trimestre y ninguna lo hizo en el tercer trimestre de embarazo. Sin embargo, cabe destacar que 10 pacientes (27 %) no tuvieron su primera consulta prenatal en un Centro de Salud del ISSEA, sino 9 de ellas con médicos particulares y una paciente que acudió al IMSS por ser derechohabiente en ese tiempo.



Total: 37 pacientes



Total: 37 pacientes

La totalidad de las pacientes manifestaron que les han recetado medicamentos durante sus consultas prenatales, que se han administrado como se las indicó el médico; aseveración que no pudo ser corroborada durante el presente estudio.

De acuerdo a lo manifestado por las pacientes, a 5 de ellas (14 %) no les informaron en el Centro de Salud que su embarazo era de riesgo, aún cuando prácticamente a todas (excepto a una de ellas) les informaron que debían acudir al Hospital. Sólo a 2 de las pacientes (5 %) no les entregaron el pase (Hoja de Referencia) correspondiente.

Sólo a 13 pacientes (35 %) les colocaron en el Centro de Salud una pulsera distintiva del Programa “Contigo en lo mejor de tu vida”, como ha sido indicado a todas las unidades médicas del ISSEA en el Estado.

Al 92 % de las pacientes les entregaron por escrito y les explicaron en el Centro de Salud los signos de alarma durante el embarazo, con la indicación que ante la

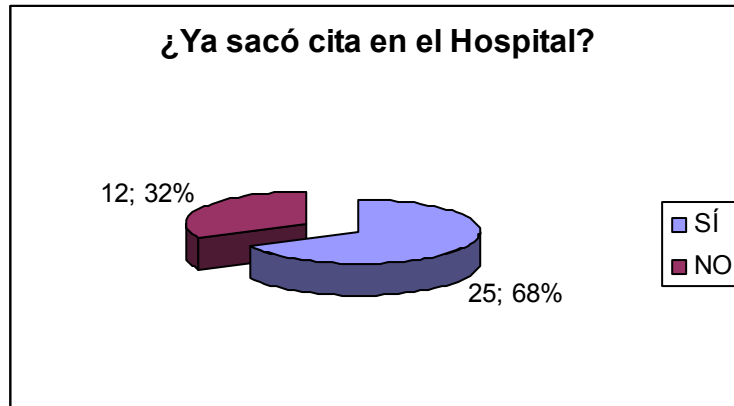
presencia de alguno de ellos debían acudir a consulta médica, ya sea al Centro de Salud o al Hospital.



Total: 37 pacientes

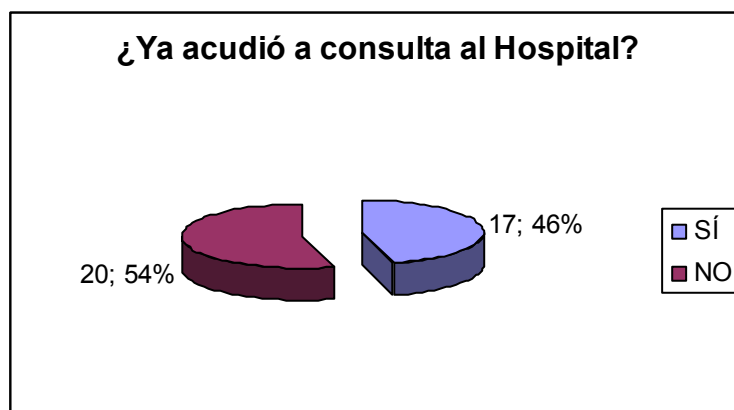
El 75 % de las pacientes calificaron como “buena” la atención en el Centro de Salud, 16 % la consideró “excelente” y sólo tres de ellas (8 %) la calificó como “regular”. Cabe mencionar que no se refirió por alguna de las mujeres entrevistadas la calificación de “mala” o “pésima”.

Al momento de la entrevista 25 pacientes (68 %) ya habían sacado cita en el Hospital y 12 de ellas (32 %) no lo habían hecho.



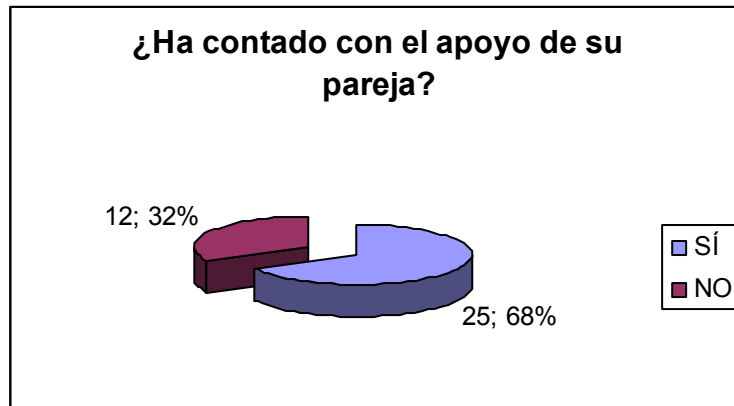
Total: 37 pacientes

A pesar de que 25 pacientes ya habían sacado cita, sólo 17 mujeres (46 %) habían acudido a consulta médica, quienes en su mayoría (88 %) calificaron la atención recibida en el Hospital como “buena”, el 12 % restante la calificó entre “excelente” y “regular”. Al igual que en los Centros de Salud, también en este caso las mujeres entrevistadas no manifestaron el calificativo para la atención de “mala” o “pésima”.

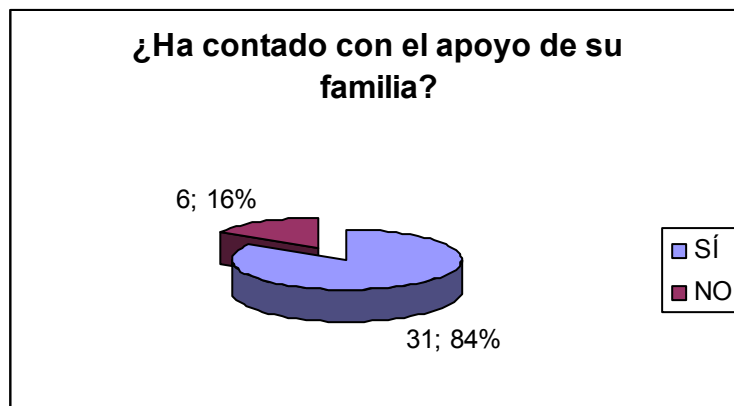


Total: 37 pacientes

El 68 % de las pacientes manifestó contar con el apoyo de su pareja durante el embarazo actual para acudir a sus consultas médicas; porcentaje que se elevó al 84 %, con relación al apoyo que le da su familia. En contraparte el 32 % manifestó no contar con el apoyo de su pareja y el 16 % no contar con el apoyo de su familia.



Total: 37 pacientes



Total: 37 pacientes

El 51 % de las pacientes se consideran “suficientemente responsables”, el 24 % “regularmente responsables”, el 22 % “muy responsables” y el 3 % “poco responsable”. La gran mayoría de las mujeres (92 %) manifestaron que sus familiares las consideran personas responsables.

Reporte de la visita por Mensajeras de la Salud

De las 22 pacientes que entrevistaron las Mensajeras de la Salud del Programa “Contigo en lo mejor de tu vida”, por el reporte de que aún no habían acudido a consulta médica al Hospital, 17 (77 %) ya contaban con el Seguro Popular de Salud, pero 5 de ellas (23 %) no contaban con este aseguramiento público en materia de salud, ni con servicios de seguridad social.

Con relación a los síntomas de alarma que se investigan durante las visitas domiciliarias de las Mensajeras destacan los siguientes: dolor de cabeza en 8 pacientes (36.4 %), zumbido de oídos en 4 pacientes (18.2 %), hinchazón de la cara, manos o pies en 6 pacientes (27.3 %) y flujo vaginal en 10 pacientes (45.5 %). De igual forma destaca el dato de que 7 pacientes (31.8 %) no percibían los movimientos del bebé.

Síntomas de Alarma durante el Embarazo

Síntoma	Sí		No	
	Pacientes	%	Pacientes	%
Fiebre	0	0	22	100
Dolor de cabeza	8	36.4	14	63.6
Visión borrosa	2	9.1	20	90.9
Zumbido de oídos	4	18.2	18	81.8
Hinchazón de la cara, manos o pies	6	27.3	16	72.7
Flujo vaginal	10	45.5	12	54.5
Sangrado por genitales	1	4.5	21	95.5
Dolores de parto	1	4.5	21	95.5

Movimientos del bebé	Sí		No	
	Pacientes	%	Pacientes	%
	15	68.2	7	31.8

Total: 22 pacientes

Revisión de Expedientes Clínicos en Centros de Salud

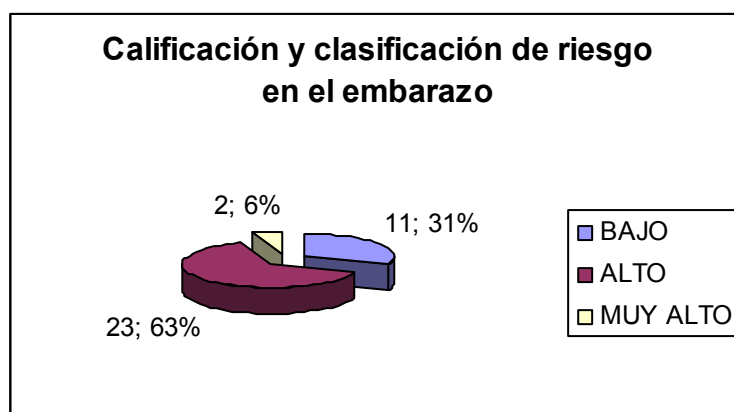
El promedio de meses de gestación de las pacientes fue de 5.5, con base en el registro efectuado en la nota clínica más reciente de los expedientes clínicos.

El 65 % de los expedientes revisados contaron con el estudio socioeconómico respectivo, el 35 % restante no cuenta con este documento en virtud de que

corresponden a pacientes afiliadas al Seguro Popular de Salud, en cuyos Módulos de Afiliación se resguarda dicho estudio. Sin embargo, cabe destacar que los estudios que se encuentran en el expediente no están completos ni actualizados, ya que datan de la fecha en que se abrió el expediente familiar de la paciente en el Centro de Salud.

Sólo un expediente careció de la hoja de evaluación de riesgo en el embarazo, ya que se trató de una paciente que fue enviada al hospital de inmediato con el diagnóstico de amenaza de aborto.

De acuerdo a la evaluación de riesgo, el 63 % correspondió a pacientes de alto riesgo, el 31 % a muy alto riesgo y el 6 % a pacientes de bajo riesgo. El promedio de consultas médicas prenatales fue de 2.9 consultas por paciente.



Total: 36 pacientes

En el 95 % de los expedientes revisados se encontró la hoja de referencia de la paciente al hospital; no obstante, en el 5 % no se encontró este importante documento, que invariablemente debe entregarse a la paciente para su atención en la unidad hospitalaria.

En la referencia de este grupo de pacientes al hospital, se consignaron 43 diagnósticos clínicos, entre los que predomina el relativo a “supervisión de embarazo de alto riesgo” (34.9 %); sin embargo, se registraron algunos diagnósticos relacionados con las principales causas de muerte materna: enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia), hemorragias e infecciones.

Diagnóstico	No. De casos	%
Supervisión de embarazo de alto riesgo	15	34.9
Infección de vías urinarias	7	16.4
Cervicovaginitis	5	11.7
Preeclampsia	3	7.0
Diabetes mellitus gestacional	3	7.0
Supervisión de embarazo de bajo riesgo	2	4.6
Amenaza de aborto	2	4.6
Ruptura de membranas	2	4.6
Aborto incompleto	1	2.3
Producto macrosómico	1	2.3
Retraso de crecimiento intrauterino	1	2.3
Circular de cordón	1	2.3
Total	43	100.0

En el 92 % de los expedientes se encontró el acuse de recibo por la paciente, de la hoja de signos de alarma durante el embarazo, pero en el caso de 3 pacientes (8 %) no se encontró el acuse de este documento que debe entregarse y explicarse a toda paciente embarazada en control prenatal.

Dentro de los antecedentes gineco obstétricos de las pacientes se registró un promedio de 3.4 embarazos por paciente, que culminaron en partos vaginales (1.4 partos en promedio), abortos (0.6 en promedio) y cesáreas (0.6 en promedio).

Análisis de resultados

Tanto en la población como en la muestra estudiada, más de la mitad de las pacientes no habían acudido al Hospital, a pesar de haber sido enviadas por su médico, de acuerdo a su condición de alto riesgo. Lo anterior significa que 5 de cada 10 de estas embarazadas se encontraban sin haber sido revisadas por el médico gineco obstetra en el Hospital, como lo amerita su condición de riesgo en el embarazo, lo cual las ubica en posibilidad de presentar alguna complicación médica, agravarse o perder la vida incluso.

La muestra de las pacientes estudiadas se considera representativa por constituir el 30 % del total de la población de pacientes embarazadas enviadas al Hospital en el periodo de tres semanas epidemiológicas, así como por ser atendidas en más de la mitad de los Centros de Salud que conforman la Jurisdicción Sanitaria No. 1 del ISSEA.

Cuestionario de Entrevista

En este grupo de pacientes la edad constituye un importante factor de riesgo durante su embarazo, ya que más de la mitad tenían menos de 20 (32 %) o más de 35 (19 %) años de edad, cuando la edad cronológica ideal recomendada médicamente para procrear un hijo es de 20 a 35 años.

En cuanto a su escolaridad, en más del 90 % las pacientes cuentan sólo con estudios de nivel básico.

El promedio de consultas prenatales en estas 37 pacientes fue de 4.4 consultas por mujer embarazada, que se redujo a 3.9 consultas en Centros de Salud del ISSEA; cifra que no alcanza las 5 consultas recomendadas médicamente en un embarazo de bajo riesgo y representa la mitad de las 8 consultas recomendadas para embarazadas de alto riesgo.

Aún cuando a algunas de las pacientes no les informaron en el Centro de Salud que su embarazo era de riesgo, prácticamente a todas les indicaron que debían acudir al Hospital para revisión médica.

Destaca el hecho de que sólo a 13 pacientes (35 %) les colocaron en el Centro de Salud una pulsera distintiva del Programa “Contigo en lo mejor de tu vida”, que les facilita su acceso al Hospital y les brinda apoyo para el pago de servicios que la

paciente no pueda cubrir, evitando con ello la interrupción de su adecuado tratamiento médico.

A la mayoría de las pacientes (92 %) les entregaron por escrito y les explicaron los signos de alarma durante el embarazo; sin embargo, tres de ellas (8 %) manifestaron lo contrario.

Aún cuando la mayoría de las pacientes calificó como “buena” o “excelente” la atención en el Centro de Salud, algunas de las mujeres entrevistadas sugirieron mejorar en el Centro los aspectos siguientes:

- ▶ “No dejar un solo médico en el Centro”.
- ▶ “Respetar el horario de consulta”.
- ▶ “Evitar retraso para entregar las fichas en la tarde”.
- ▶ “Dar consulta por la tarde”.
- ▶ “Trato más amable por el médico”.
- ▶ “Menos tiempo de espera para la consulta”.
- ▶ “El médico se tarda mucho en la consulta”.
- ▶ “No tienen el material necesario para atender al bebé en urgencias”.
- ▶ “La enfermera es muy lenta”.
- ▶ “La enfermera tiene muy mal carácter”.
- ▶ “Agilizar los trámites de pago y archivo”.
- ▶ “El personal que entrega las fichas los trata mal”.

- ▶ “El personal que entrega las fichas no llega temprano y no tienen orden al entregarlas a las personas”.
- ▶ “El médico que la atiende no le informa bien y no la revisa”.

Las 12 pacientes que no habían sacado cita en el Hospital al momento de la entrevista, manifestaron los motivos siguientes:

- ▶ “Miedo y falta de dinero”.
- ▶ “En archivo le dijeron que no había lugar, que fuera cuando se sintiera mal”.
- ▶ “Perdió órdenes de laboratorio y ultrasonido, pero no volvió al Centro porque la trató mal la Doctora”.
- ▶ “No sabía que tenía que sacar cita, acudió a Urgencias”.
- ▶ “Sólo la enviaron a ultrasonido”.
- ▶ “Estaba tramitando el Seguro Popular”.
- ▶ “Falta de dinero, a pesar de ser la segunda vez que la envían al Hospital”.
- ▶ “Su mamá se llevó sus documentos al rancho”.
- ▶ “No ha tenido tiempo y estuvo mal informada por el médico”.
- ▶ “Presentó un aborto”.
- ▶ “Se puso mal antes de sacar cita y la internaron por dos días”.

A pesar que el 68 % de las pacientes ya había sacado cita en el Hospital, menos de la mitad (46 %) había acudido a consulta médica, es decir, ya había sido atendida por el médico gineco obstetra.

Algunos comentarios y sugerencias de las pacientes acerca del servicio en el Hospital se detallan a continuación:

- ▶ “Dar un trato amable, sobre todo en archivo”.
- ▶ “Dar la cita con mayor oportunidad ya que se la dieron para después de la fecha de su parto”.
- ▶ “No le explicaron bien lo que le había pasado”.

Destaca el hecho de que en un mayor porcentaje las pacientes entrevistadas manifestaron tener el apoyo de su familia para acudir a sus consultas médicas; porcentaje que fue menor para el caso de sus parejas.

También llama la atención que sólo 3 de las 37 pacientes entrevistadas se consideran a sí mismas “poco responsables”. La gran mayoría de ellas se consideran “suficientemente” o “muy responsables”.

Dentro de los comentarios finales de las pacientes se encuentran los siguientes:

- ▶ “Que se maneje alguna forma para tener control en el horario de las citas en el Centro de Salud”.
- ▶ Una paciente manifestó que “su familia le dio la espalda al quedar viuda, ahora sólo cuenta con su nueva pareja”.
- ▶ “La cita en el Hospital fue muy retrasada”.
- ▶ Una paciente se queja de que “no le quisieron dar cita en el Hospital”.

- ▶ Una paciente manifestó “tristeza por la falta de apoyo de su familia”.
- ▶ “Preocupación (en una paciente) porque ha tenido siete abortos”.
- ▶ “El ultrasonido se lo programaron para después de la cita en el Hospital”.
- ▶ “Después de ser atendida en Urgencias le indicaron sacar cita, pero no se la dieron en archivo”.

Reporte de la visita por Mensajeras de la Salud

A pesar de que se ha dado una gran difusión y promoción al “Seguro Popular de Salud”, en la muestra estudiada se encontraron 5 pacientes que no cuentan con este seguro público familiar en materia de salud, que les ayudaría a cubrir los gastos derivados de su atención prenatal y de su parto.

Algunas de las pacientes que no habían acudido al Hospital y que fueron visitadas por las Mensajeras de la Salud, manifestaron algunos síntomas de alarma, a pesar de lo cual no habían solicitado atención médica ni en el Centro de Salud ni en el Hospital de la Mujer, como se los indicó su médico en el Centro al momento de entregarles por escrito y explicarles los signos de alarma durante el embarazo.

Revisión de Expedientes Clínicos en Centros de Salud

La información registrada en los pocos estudios socioeconómicos disponibles en los expedientes revisados no se consideró confiable, ya que no eran actualizados y se encontraban incompletos; aún cuando este instrumento permite determinar el código de cobro de los servicios de salud y sobre todo, le permiten al médico conocer las condiciones socioeconómicas de la familia, que directa o indirectamente se relacionan con el estado de salud de un(a) paciente.

Aún cuando el 94 % de las pacientes fueron calificadas como de alto y muy alto riesgo, sólo se alcanzó el promedio de 2.9 consultas prenatales por mujer embarazada, con base en los registros médicos de los expedientes clínicos; cifra mucho menor a las 5 consultas prenatales recomendadas en un embarazo de bajo riesgo y a las 8 consultas en un embarazo de alto riesgo.

Cabe mencionar que en el caso de dos pacientes no se elaboró la hoja de referencia al hospital y no se encontró el acuse de recibo de la hoja informativa de los signos de alarma durante el embarazo, en tres expedientes. Ambos documentos deben encontrarse en los expedientes de toda paciente de bajo y de alto riesgo que son referidas a una unidad hospitalaria en el ISSEA.

También llama la atención que dentro de los diagnósticos clínicos elaborados por los médicos de los Centros de Salud, se encuentran algunos relacionados con las principales causas de muerte materna en México y en Aguascalientes.

Comentario final

El estudio realizado en este grupo de pacientes, evidencia un vacío de atención médica en mujeres embarazadas de alto riesgo, que por su condición se encuentran en mayor peligro de presentar complicaciones médicas e incluso perder la vida, como lamentablemente ha ocurrido con otras mujeres embarazadas.

Por la situación de alto riesgo, la atención médica requerida es prioritaria, debe ser otorgada en el corto plazo en un Hospital, por médicos especialistas gineco obstetras.

No obstante, cuando más lo necesitan, estas pacientes no reciben la atención médica que ameritan con prontitud y calidad por su condición de riesgo. Aún cuando la mayoría de las pacientes entrevistadas se consideran personas responsables, los hechos nos dicen lo contrario, ya que más de la mitad no habían acudido al Hospital, como se los indicó su médico en el Centro de Salud.

Ello traduce en estas pacientes, una falta de corresponsabilidad en el cuidado de su salud, motivo por el cual el ISSEA ha implementado un programa para su búsqueda domiciliaria, con el afán de evitar las muertes maternas, así como de niñas y niños, que se siguen presentando en nuestros días.

La información no ha faltado, ya que en el ámbito sanitario es un asunto de carácter prioritario que ha tenido una amplia difusión por diferentes medios, como lo muestra

el estudio, en el caso de la información verbal y escrita que se le proporciona a las mujeres embarazadas, advirtiéndole sobre los riesgos que ponen en peligro su salud y su vida, así como la de sus hijas e hijos.

Sin subestimar los motivos que tienen estas pacientes para no acudir oportunamente al Hospital, es necesario fortalecer el sentido de corresponsabilidad en ellas, para que atiendan y cumplan la recomendación de acudir a su control médico con especialistas gineco obstetras, quienes tienen la responsabilidad de detectar y atender oportunamente las posibles complicaciones que se puedan presentar en estas mujeres.

Lo anterior no se logrará sólo con información médica; amerita un proceso de mejora personal en estas pacientes, que en muchos casos enfrentan condiciones adversas como la falta de dinero o la falta de apoyo por sus parejas y familias para acudir a sus consultas médicas.

Cabe destacar que el estudio también evidencia fallas en la prestación de los servicios de salud, por el personal que los otorga a estas mujeres, de quienes deben atenderse sus sugerencias para mejorarlos, con el propósito de eliminar ese vacío o distanciamiento que se produce entre las pacientes y las unidades médicas, en un periodo de riesgo y grave peligro para la salud y la vida misma de las pacientes.

Considerando que los comentarios y sugerencias de las pacientes acerca del personal de salud, incluyen un mejor trato hacia ellas, también se desprende la necesidad de un proceso de mejora personal en quienes atienden a estas pacientes.

Un mejor trato a las pacientes no se logrará sólo con órdenes superiores, o la instrumentación de programas de salud materna; también amerita la implementación de acciones encaminadas al desarrollo personal de los prestadores de servicios de salud, que les permita tratar con mayor calidez a las mujeres embarazadas y particularmente a aquéllas de alto riesgo, que enfrentan un peligro mayor para su salud y su vida.

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

CAPÍTULO III. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Título de la propuesta

Dado que la presente propuesta se encuentra destinada a las mujeres embarazadas que acuden a un Centro de Salud, así como al personal de salud que las atiende (médico, paramédico y administrativo), se denomina:

“Centro de Salud Amigo de la Familia”.

En términos generales, esta estrategia promoverá la educación familiar desde un Centro de Salud, por medio de la orientación familiar de mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal y la impartición de un curso de educación familiar al personal de salud que colabora en el Centro.

Cabe mencionar que dicho concepto coincide en cierto modo con la política nacional de la SSA en el programa de acción “Arranque Parejo en la Vida”, vigente actualmente en el ISSEA, que denomina y certifica a toda unidad hospitalaria que promueve la lactancia materna como “Hospital Amigo del Niño y de la Madre”.

3.1 Introducción

El estudio realizado acerca de las causas y motivos que originan la inasistencia de las mujeres embarazadas de alto riesgo a sus consultas médicas en el hospital, con la consecuente interrupción en su oportuno y adecuado control prenatal, que puede derivar en la existencia de enfermedades o incluso la muerte, revela que no sólo obedecen a factores de las propias pacientes, sino también a factores inherentes a los servicios y al personal de salud.

Estos factores definitivamente incluyen una falta de corresponsabilidad, tanto de las pacientes como del personal de salud, lo cual traduce un área de oportunidad educativa para el mejoramiento personal de ambos actores; sin olvidar aspectos circunstanciales que pueden influir en menor o mayor medida para desencadenar el fenómeno estudiado.

Por lo tanto, esta propuesta no sólo está dirigida a las pacientes, sino también al personal de salud que las atiende.

Resulta de gran trascendencia porque posicionará a la educación familiar en el ámbito de la salud, para enfrentar un problema que se manifiesta en esta área, pero que se origina en el seno de la familia desde muy temprana edad, y que seguramente repercute no sólo en la salud, sino en todos los aspectos de la vida de una persona, aún cuando en educación nunca es tarde para corregir el rumbo.

Será inédito que se atienda la educación en el ámbito sanitario, incorporando un educador familiar dentro del equipo de salud, como una estrategia que a través del mejoramiento personal, ayudará también a mejorar las condiciones de salud de las mujeres embarazadas, evitando enfermedades y muertes. De sus buenos resultados dependerá que incluso pueda presentarse como un modelo a nivel nacional.

La familia puede ser el origen, pero también la solución de múltiples problemas sociales y en este caso de salud; por ello la educación familiar constituye una estrategia en la que los diferentes sectores de la sociedad deben sumar esfuerzos para promover y fortalecer a la familia; las instituciones gubernamentales no pueden ser la excepción, por lo que esta propuesta se encuentra encaminada a constituir un “Centro de Salud Amigo de la Familia” en el ISSEA, como un primer paso para extender esta propuesta a otras unidades médicas en el Estado, e incluso proponerla como un modelo de éxito a nivel nacional.

3.2 Objetivo general

Promover el desarrollo personal de las mujeres embarazadas y del personal de salud que las atiende en un Centro de Salud del ISSEA, por medio de la orientación familiar a las embarazadas y la impartición de un curso de educación familiar al personal del Centro, con el propósito de sensibilizar y fortalecer actitudes para la corresponsabilidad de estas pacientes en el autocuidado de su salud y mejorar la calidad del servicio que se les proporciona, revisando y dotando de algunas técnicas de orientación familiar al personal de salud que las atiende.

3.3 Objetivos específicos

- ▶ Instrumentar y otorgar el servicio de orientación familiar a las mujeres embarazadas de alto y muy alto riesgo que acudan a control prenatal en el Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA.

- ▶ Asesorar y ayudar a todas las mujeres embarazadas de alto y muy alto riesgo en control prenatal, para que acudan a sus citas médicas, tanto al Centro de Salud como al Hospital de Rincón de Romos, se les practiquen los estudios y reciban los tratamientos indicados por sus médicos.

- ▶ Desarrollar un curso de educación familiar, dirigido a todo el personal que participa en la atención de las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud Rincón de Romos.

3.4 Sujetos participantes

Esta propuesta implica tres categorías de participantes:

1. Las mujeres embarazadas de alto y muy alto riesgo que acuden a consultas médicas de control prenatal al Centro de Salud.
2. El personal de salud que directa o indirectamente participa en la atención de estas mujeres embarazadas en control prenatal: médicos, odontólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, promotores de la salud y personal administrativo de apoyo (repcionistas, cajeros y despachadores de farmacia).
3. Un educador familiar asignado específicamente para otorgar orientación familiar, asesorar y ayudar a las mujeres embarazadas en control prenatal, e impartir el curso de educación familiar al personal de salud.

3.5 Lugar de aplicación

El desarrollo de esta propuesta se realizará en el Centro de Salud Rincón de Romos, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. 2 del ISSEA, ubicado en la Av. Constitución esquina Pedro Guerrero, Col. Solidaridad, de la ciudad de Rincón de Romos, Ags.

3.6 Tiempo de aplicación

Dado que los procesos educativos en la familia son permanentes a lo largo de toda la vida de las personas, esta propuesta de intervención dirigida específicamente a mujeres embarazadas en control prenatal se desarrollará a lo largo de un año, para poder apreciar resultados tangibles de su aplicación, sugiriéndose el inicio de las actividades en el mes de julio de 2012 y su conclusión en el mes de junio de 2013.

Con base en sus resultados se estará en posibilidades de proponer su continuidad y su posible ampliación a otros Centros de Salud, a partir de un modelo operativo para poder replicarlo en otras unidades médicas.

3.7 Descripción de las actividades

La propuesta abarca dos principales tipos de actividades: las de orientación familiar a las pacientes embarazadas y las destinadas a impartir un curso de educación familiar al personal de salud.

Las sesiones de orientación familiar se otorgarán diariamente de lunes a viernes en el horario de atención del Centro de Salud (8:00 a 15:00 horas), con una duración mínima de 30 minutos (sesiones subsecuentes) y máxima de una hora (sesiones de primera vez), posterior a la consulta médica de la paciente, que tiene una duración mínima de 20 minutos (consultas subsecuentes) y máxima de 40 minutos (consultas de primera vez).

Para la realización de las sesiones de orientación familiar se utilizará un consultorio médico del Centro de Salud, para garantizar privacidad. En cada una de las sesiones se llenará el formato de entrevista correspondiente (anexo No. 3), integrando un expediente personal para cada paciente, que se manejará de forma confidencial por el educador familiar a cargo del servicio. Cabe destacar que dicho formato de entrevista deberá ajustarse en el transcurso de la propuesta, con base en las características y necesidades específicas de las pacientes embarazadas.

Las sesiones del curso de educación familiar dirigido al personal de salud se impartirán en el aula de usos múltiples del Centro y tendrán una duración de una hora, con una periodicidad quincenal, al final de la jornada de trabajo de los miércoles (excepto una fecha), para no interrumpir la prestación de servicios del Centro. En el programa del curso se detallan sus características de desarrollo, en el que se abordará el temario siguiente:

1. Bienvenida, presentación y expectativas de los participantes.

2. Introducción al tema y objetivos del curso.
3. ¿Qué es la educación y por qué el calificativo de familiar?
4. La persona y su mejoramiento como punto medular en la educación y la familia.
5. ¿Árbol torcido jamás su rama endereza? Educación del adulto.
6. ¿Qué es la orientación educativa personal?
7. ¿Cómo se orienta y ayuda a las pacientes embarazadas de alto riesgo en el Centro?
8. ¿Qué es y como podemos lograr la madurez emocional?
9. ¿Qué son los valores y las virtudes?
10. ¿Por qué la responsabilidad?
11. ¿Qué es la libertad?
12. ¿Cómo podemos educar en la libertad?
13. ¿Nuestro trabajo influye en la familia y viceversa?
14. ¿Cómo llegar a ser un buen profesional y qué hacer con nuestro tiempo libre?
15. La orientación educativa a la familia a través de las Instituciones.
16. La orientación educativa a las pacientes y al personal en el Centro de Salud.

Los recursos necesarios para el desarrollo de la propuesta de intervención, se relacionan a continuación:

Recursos humanos

- ▶ Un educador familiar y expositores invitados.

Recursos materiales

- ▶ Un consultorio médico.
- ▶ Un escritorio secretarial.
- ▶ Un sillón para el educador familiar.
- ▶ Dos sillas para las pacientes.
- ▶ Un archivero metálico con llave para resguardar los expedientes personales de las pacientes.
- ▶ Formatos de entrevista.
- ▶ Folders para los expedientes personales de las pacientes.
- ▶ Bolígrafos, lápices, clips, broches, gomas de borrar, hojas blancas de papel bond tamaño carta, tijeras para papel.
- ▶ Una computadora portátil.
- ▶ Pañuelos desechables.
- ▶ Cuadernos tamaño profesional.
- ▶ Engrapadora y perforadora.
- ▶ Separadores por orden alfabético.
- ▶ Pintarrón.
- ▶ Plumines y borrador para pintarrón.
- ▶ Proyector y señalizador.
- ▶ Hojas de rotafolio y marcadores.
- ▶ Cinta adhesiva.

3.8 Evaluación de las actividades

Las actividades de la propuesta serán evaluadas tanto en procesos como en resultados, además del avance programático anual correspondiente.

En este sentido, las actividades de evaluación medirán el avance de las metas establecidas en el programa anual de trabajo y los resultados obtenidos en la oportunidad y calidad del control prenatal, así como en las condiciones de salud de las pacientes atendidas. De manera importante, incluirá la opinión de los sujetos participantes, particularmente de las mujeres embarazadas y del personal de salud involucrado en la propuesta.

En el rubro de orientación familiar se evaluará lo siguiente:

- ▶ Porcentaje de mujeres embarazadas de alto y muy alto riesgo atendidas en el Centro de Salud, orientadas por el educador familiar.
- ▶ Número total de entrevistas de orientación familiar realizadas por el educador familiar.
- ▶ Promedio de entrevistas de orientación familiar por paciente embarazada de alto y muy alto riesgo.
- ▶ Satisfacción de la paciente orientada por el educador familiar.

Con relación al proceso de asesoría y ayuda a las pacientes se evaluará:

- ▶ Número de citas en el hospital gestionadas para las pacientes por el educador familiar.
- ▶ Porcentaje de pacientes atendidas en el hospital, que fueron enviadas del Centro de Salud.
- ▶ Porcentaje de pacientes que se realizan los estudios de laboratorio y gabinete indicados por el médico.
- ▶ Porcentaje de pacientes que reciben los medicamentos indicados por el médico.

En cuanto al curso de educación familiar destinado al personal de salud, se evaluará:

- ▶ Número total de asistentes.
- ▶ Promedio de asistentes por sesión.
- ▶ Porcentaje de sesiones realizadas, con base a las sesiones programadas.
- ▶ Satisfacción de los asistentes al curso.

Las actividades de evaluación serán de carácter permanente a lo largo de todo el desarrollo de la propuesta, con cortes y reportes mensuales y trimestrales. La información necesaria será recabada por el educador familiar, ameritando de la aplicación de encuestas para determinar el grado de satisfacción, tanto de las pacientes orientadas, como de los asistentes al curso de educación familiar.

Curso de Educación Familiar Díptico informativo

Directorio

Dr. José Francisco Esparza Parada
Secretario de Salud y Director General del
ISSEA

Dr. Enrique Flores Bolaños
Director de Servicios de Salud

Dra. Mayela Silva Rodríguez
Subdirectora de Servicios Médicos

Dra. Lourdes Martínez Staines
Jefa del Departamento de Salud Reproductiva

Dr. Obed Ricárdez Martínez
Jefe de la Jurisdicción Sanitaria II



Curso de Educación Familiar



Centro de Salud Urbano Rincón de Romos
Jurisdicción Sanitaria No. 2
4 de julio de 2012 al 27 de febrero de 2013



Temario

- Bienvenida, presentación y expectativas de las(os) participantes.
- Introducción al tema y objetivos del curso.
- ¿Qué es la educación y por qué el calificativo de familiar?
- La persona y su mejoramiento como punto medular en la educación y la familia.
- ¿Árbol torcido jamás su rama endereza? Educación del adulto.
- ¿Qué es la orientación educativa personal?
- ¿Cómo se orienta y ayuda a las pacientes embarazadas de alto riesgo en el Centro?
- ¿Qué es y como podemos lograr la madurez emocional?

Temario

- ¿Qué son los valores y las virtudes?
- ¿Por qué la responsabilidad?
- ¿Qué es la libertad?
- ¿Cómo podemos educar en la libertad?
- ¿Nuestro trabajo influye en la familia y viceversa?
- ¿Cómo llegar a ser un buen profesional y qué hacer con nuestro tiempo libre?
- La orientación educativa a la familia a través de las Instituciones.
- La orientación educativa a las pacientes y al personal en el Centro de Salud.



Curso de Educación Familiar Carta descriptiva general

**CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR
CARTA DESCRIPTIVA GENERAL**

<p>Nombre de la Actividad: Curso de Educación Familiar</p> <p>Tipo de Actividad: Capacitación al personal operativo del CSU Rincón de Romos sobre educación familiar</p> <p>Coordinador: Dr. Obed Ricárdez Martínez</p> <p>Objetivo General: Que los asistentes conozcan y reflexionen acerca de los principales contenidos de la educación familiar, para su desarrollo personal y para mejorar la calidad de los servicios que otorgan a las mujeres embarazadas de alto riesgo en control prenatal</p>	<p>Dirigido a: Personal médico, paramédico, administrativo y de apoyo del Centro de Salud Urbano Rincón de Romos del ISSEA</p> <p>Duración: Del 4 de julio de 2012 al 27 de febrero de 2013 (16 sesiones de una hora de duración cada una, de 13:00 a 14:00 horas)</p> <p>Profesor Titular: Dr. Obed Ricárdez Martínez y profesores invitados</p> <p>Sede: Aula del CSU Rincón de Romos</p> <p>Cupo: 15 personas</p> <p>Fecha de inicio de la actividad: 4 de julio de 2012</p>
---	---

Fecha	Objetivos	Contenido Temático	Técnica Didáctica	Auxiliar Didáctico	Evaluación	Instructor	Bibliografía
4 jul 12	Dar la bienvenida, hacer la presentación de los participantes y establecer las reglas del grupo	Bienvenida, presentación del instructor y participantes, reglas grupales	Presentación personal y lluvia de ideas	Pintarrón Plumines Hojas de rotafolio Plumines "diurex"	Observación y notas del instructor después de la sesión	Dr. Ricárdez	No aplica
18 jul 12	Hacer introducción al tema, conocer las expectativas de los participantes y presentar los objetivos del curso	Estudio realizado en mujeres embarazadas de alto riesgo. Objetivos del curso.	Expositiva y técnica grupal: entrevista colectiva	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	Observación y notas del instructor después de la sesión	Dr. Ricárdez	ACEVEDO, Alejandro <u>Aprender Jugando</u> 1. <u>Dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría.</u> Editorial LIMUSA S.A. de C.V., México., 2005., p.p. 237.

Fecha	Objetivos	Contenido Temático	Técnica Didáctica	Auxiliar Didáctico	Evaluación	Instructor	Bibliografía
1 ago 12	Aclarar el concepto de educación. Revisar el concepto de familia y su relación con la educación.	Concepto y características de la educación. Concepto y características de la familia y de la educación familiar.	Expositiva y participación de los asistentes	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	Observación y notas del instructor después de la sesión	Dr. Obed Ricárdez y/o Educador Familiar invitado	QUINTANA, Cabanas José Ma. <u>Pedagogía Familiar</u> Nancea SA de Ediciones., Madrid, España., 1993
16 ago 12	Conocer el concepto de persona. Realizar una primera evaluación del expositor y la organización del curso	La naturaleza humana. Educación y persona. Dimensión personalizada de la educación.	Expositiva y aplicación de una encuesta anónima	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser Encuesta	Observación y notas del instructor después de la sesión. Aplicación de encuesta.	Dr. Obed Ricárdez y/o Educador Familiar invitado	GARCÍA, Hoz Víctor <u>Tratado de Educación Personalizada.</u> Volumen 2 El Concepto de Persona Ediciones RIALP S.A., Madrid, España., 1989.
29 ago 12	Que los participantes identifiquen y reflexionen acerca de las posibilidades de educación en personas adultas	Conocimiento y educación del adulto	Expositiva y participación de los asistentes	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	Observación y notas del instructor después de la sesión	Dr. Obed Ricárdez y/o Educador Familiar invitado	GUARDINI, Romano <u>La aceptación de sí mismo.</u> <u>Las edades de la Vida</u> Librería Parroquial de Clavería S.A. de C. V.

Fecha	Objetivos	Contenido Temático	Técnica Didáctica	Auxiliar Didáctico	Evaluación	Instructor	Bibliografía
12 sep 12	Que los participantes identifiquen las principales características de la orientación educativa personal	La orientación personal en la orientación familiar	Expositiva y participación de los asistentes	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	Observación y notas del instructor después de la sesión	Dr. Ricárdez Educador Familiar invitado	GORDILLO Álvarez-Valdés, Ma. Victoria <u>La Orientación en el Proceso Educativo</u> Ediciones Universidad de Navarra, S.A. de C.V., Pamplona., 1979., p.p. 326.
26 sep 12	Que los participantes conozcan la forma de entrevista a las pacientes embarazadas de alto riesgo	La entrevista con pacientes embarazadas	Expositiva y participación de los asistentes	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	Observación y notas del instructor después de la sesión.	Dr. Ricárdez	GORDILLO Álvarez-Valdés, Ma. Victoria <u>La Orientación en el Proceso Educativo</u> Ediciones Universidad de Navarra, S.A. de C.V., Pamplona., 1979., p.p. 326.
10 oct 12	Que los participantes conozcan el concepto y las características, así como la forma de lograr la madurez emocional. 2ª evaluación expositores	Características de la madurez emocional. Saber envejecer.	Expositiva y participación de los asistentes. Aplicación de encuesta de actitudes y de expositores	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser Encuesta	Observación y notas del instructor después de la sesión. Aplicación de encuesta de expositores	Dr. Ricárdez Educador Familiar invitado	GUARDINI, Romano <u>La aceptación de sí mismo.</u> <u>Las edades de la Vida</u> Librería Parroquial de Clavería S.A. de C.V.

Fecha	Objetivos	Contenido Temático	Técnica Didáctica	Auxiliar Didáctico	Evaluación	Instructor	Bibliografía
24 oct 12	Que los participantes conozcan los valores y jerarquicen. Identifiquen a las virtudes como una forma de alcanzar los valores. Conozcan el concepto de ética familiar	Valores y vivencias. Virtudes: modo operativo de aplicar los valores. Ética y familia	Expositiva y participación de los asistentes	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser Hojas de rotafolio "diurex"	Observación y notas del instructor después de la sesión	Dr. Ricárdez y/o Educador Familiar invitado	PLIEGO, Ballesteros María <u>Los valores y la familia.</u> Editorial MiNos S.A. de C.V., México., 1995., p.p. 170. JUAN PABLO II Carta Encíclica: El Evangelio de la Vida. "Evangelium Vitae" Ediciones Paulinas S.A. de C.V., México, 1995, p.p. 196.
7 nov 12	Que los participantes reflexionen acerca del tema de la responsabilidad de la persona.	La responsabilidad	Expositiva y participación de los asistentes	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	Observación y notas del instructor después de la sesión.	Dr. Ricárdez y/o Educador Familiar invitado	PLIEGO, Ballesteros María <u>Los valores y la familia.</u> Editorial MiNos S.A. de C.V., México., 1995., p.p. 170.
21 nov 12	Que los participantes identifiquen el concepto y las principales características de la libertad en la persona	La libertad y el compromiso. La libertad y su fin.	Expositiva y participación de los asistentes	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	Observación y notas del instructor después de la sesión	Dr. Ricárdez y/o Educador Familiar invitado	OLIVEROS F. Otero <u>La libertad en la familia</u> Editora de Revistas S.A. de C.V., México., 1990., p.p. 228.

Fecha	Objetivos	Contenido Temático	Técnica Didáctica	Auxiliar Didáctico	Evaluación	Instructor	Bibliografía
5 dic 12	Que los participantes identifiquen las principales características de la educación de la libertad en la familia	La educación de la libertad y la familia	Expositiva y participación de los asistentes	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	Observación y notas del instructor después de la sesión	Dr. Ricárdez y/o Educador Familiar invitado	CHAVARRIA Olarte, Marcela Paternidad y trascendencia Editorial MINOS S.A. de C.V., México., 1991., p.p. 91 JUAN PABLO II Exhortación Apostólica Familiaris Consortio y Carta de los Derechos de la Familia Librería Parroquial de Clavería, S.A. de C.V., México., 1993., p.p. 144
16 ene 13	Que los participantes identifiquen las influencias mutuas del trabajo y la familia. Conozcan el concepto de su trabajo y su relación con la educación.	Influencias mutuas del trabajo y la familia. El trabajo en la educación.	Expositiva y participación de los asistentes	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	Observación y notas del instructor después de la sesión.	Dr. Ricárdez y/o Educador Familiar invitado	OLIVEROS F. Otero La educación para el trabajo. Segunda edición Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), S.A., España., 1989, p.p. 170.

Fecha	Objetivos	Contenido Temático	Técnica Didáctica	Auxiliar Didáctico	Evaluación	Instructor	Bibliografía
30 ene 13	Que los participantes identifiquen la forma de llegar a ser buenos profesionales. Aprendan a usar su tiempo libre y el de sus hijos. Conozcan como administrar y organizar su tiempo.	Como llegar a ser un buen profesional. El tiempo libre de los hijos. El tiempo libre y la influencia del ambiente. Administración y organización del tiempo	Expositiva y participación de los asistentes	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser Hojas de rotafolio "diurex"	Observación y notas del instructor después de la sesión	Dr. Obed Ricárdez y/o Educador Familiar invitado	OLIVEROS F. Otero La educación para el trabajo. Segunda edición. Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), S.A., España., 1989, p.p. 170.
13 feb 13	Que los participantes reconozcan la relación que existe entre la empresa y la familia	La empresa. Empresa, educación y familia. El factor humano en la empresa.	Expositiva y participación de los asistentes	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	Observación y notas del instructor después de la sesión.	Dr. Obed Ricárdez y/o Educador Familiar invitado	IBARRA Ramos, Ramón Empresa-Familia. Una relación constructiva Editorial Trillas S.A. de C.V., México, 2000, p.p. 173.

Fecha	Objetivos	Contenido Temático	Técnica Didáctica	Auxiliar Didáctico	Evaluación	Instructor	Bibliografía
27 feb 13	Que los participantes describan las posibles formas de orientación educativa a las pacientes y al personal en el Centro de Salud. Recuerden la misión, visión y valores del Centro de Salud. Realizar una tercera y última evaluación del expositor y la organización del curso	La influencia de la institución sobre la familia. El Departamento de Recursos Humanos. Misión, Visión y Valores del Centro de Salud. Encuesta anónima	Expositiva y participación de los asistentes. Aplicación de encuesta	Pintarrón Plumines Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser Hojas de rotafolio "diurex" Formato de encuesta	Observación y notas del instructor después de la sesión. Aplicación de encuesta de expositores y organización del curso.	Dr. Obed Ricárdez	IBARRA Ramos, Ramón Empresa-Familia. Una relación constructiva Editorial Trillas S.A. de C.V., México, 2000, p.p. 173.

Curso de Educación Familiar Desarrollo de cada sesión

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 4 de julio de 2012
TEMA: Bienvenida y presentación de los participantes
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:00 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:15 horas	Dar la bienvenida al grupo de participantes	Presentación del educador familiar	Se aclararán dudas y se escucharán comentarios de los participantes	Pintarrón Plumines Hojas de rotafolio Plumines "diurex"	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación
13:15 a 13:45 horas	Que cada participante se presente al grupo	Presentación por cada integrante del grupo	Cada persona se presentará a los demás integrantes del grupo		mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados
13:45 a 14:00 horas	Establecer grupalmente las reglas que deberán respetar los participantes	Participación del grupo	Con la participación de todo el grupo se establecerán y se escribirán las reglas que deberán respetarse durante el curso		

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 18 de julio de 2012

TEMA: Introducción al tema, expectativas de los participantes y objetivos del curso

RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro

DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos

HORARIO: 13:00 a 14:00 horas

LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados
13:10 a 13:40 horas	Presentar los antecedentes y la justificación del curso	Presentación del estudio realizado en mujeres embarazadas de alto riesgo	Se contestarán preguntas y se escucharán comentarios	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	
13:40 a 14:00 horas	Conocer las expectativas de los participantes y presentar los objetivos del curso	Objetivos del curso	Técnica grupal: entrevista colectiva Se presentarán los objetivos y su correspondencia con las expectativas de los participantes	Pintarrón Plumines	

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:

ACEVEDO, Alejandro

Aprender Jugando 1. Dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría.

Editorial LIMUSA S.A. de C.V., México., 2005., p.p. 237.

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 1 de agosto de 2012
TEMA: ¿Qué es la educación y porqué el calificativo de “familiar”?
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro y/o Educador Familiar invitado
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:00 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados
13:10 a 13:30 horas	Aclarar el concepto de educación	Concepto y características de la educación	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	
13:30 a 14:00 horas	Revisar el concepto de familia y su relación con la educación	Concepto y características de la familia y de la educación familiar	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:

QUINTANA, Cabanas José Ma.
Pedagogía Familiar
 Nancea SA de Ediciones., Madrid, España., 1993

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 16 de agosto de 2012
TEMA: La persona y su mejoramiento como punto medular en la educación y la familia
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro y/o Educador Familiar invitado
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:00 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDACTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados.
13:10 a 13:45 horas	Conocer el concepto de persona	La naturaleza humana Educación y persona Dimensión personalizada de la educación	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	Concentrará y analizará los resultados de la encuesta, considerando la opinión del grupo
13:45 a 14:00 horas	Realizar una primera evaluación del expositor y la organización del curso	Encuesta anónima	Cada integrante del grupo contestará la encuesta	Formato de encuesta	

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía: GARCÍA, Hoz Víctor
 Tratado de Educación Personalizada. Volumen 2 El Concepto de Persona
 Ediciones RIALP S.A., Madrid, España., 1989.

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 29 de agosto de 2012
TEMA: ¿Árbol torcido jamás su rama endereza? Educación del Adulto
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro y/o Educador Familiar invitado
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:00 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la última sesión de marzo y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados
13:10 a 14:00 horas	Que los participantes identifiquen y reflexionen acerca de las posibilidades de educación en personas adultas	Conocimiento y educación del adulto	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:

GUARDINI, Romano
La aceptación de sí mismo. Las edades de la Vida
 Librería Parroquial de Clavería S.A. de C.V.

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 12 de septiembre de 2012
TEMA: ¿Qué es la orientación educativa personal?
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro y/o Educador Familiar invitado
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:00 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados
13:10 a 13:40 horas	Que los participantes identifiquen las principales características de la orientación educativa personal	La orientación personal en la orientación familiar	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:

GORDILLO Álvarez-Valdés, Ma. Victoria
 La Orientación en el Proceso Educativo
 Ediciones Universidad de Navarra, S.A. de C.V., Pamplona., 1979., p.p. 326.

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 26 de septiembre de 2012
TEMA: ¿Cómo se orienta y ayuda a las pacientes embarazadas de alto riesgo en el Centro?
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:00 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados
13:10 a 14:00 horas	Que los participantes conozcan la forma de entrevista a las pacientes embarazadas de alto riesgo	La entrevista con pacientes embarazadas	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:

GORDILLO Álvarez-Valdés, Ma. Victoria
 La Orientación en el Proceso Educativo
 Ediciones Universidad de Navarra, S.A. de C.V., Pamplona., 1979., p.p. 326.

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 10 de octubre de 2012
TEMA: ¿Qué es y cómo podemos lograr la madurez emocional?
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro y/o Educador Familiar invitado
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:15 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Enquadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados.
13:10 a 13:40 horas	Que los participantes conozcan el concepto y las características de la madurez emocional	Características de la madurez emocional	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes Se aplicará una encuesta de actitudes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser Encuesta	Concentrará y analizará los resultados de la encuesta, considerando la opinión del grupo
13:40 a 14:00 horas	Que los participantes identifiquen la forma de lograr la madurez emocional	Saber envejecer	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	Concentrará y analizará los resultados de la encuesta, considerando la opinión del grupo
14:00 a 14:15 horas	Realizar una segunda evaluación del expositor y la organización del curso	Encuesta anónima	Cada integrante del grupo contestará la encuesta	Formato de encuesta	Concentrará y analizará los resultados de la encuesta, considerando la opinión del grupo

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:

GUARDINI, Romano

La aceptación de sí mismo. Las edades de la Vida

Librería Parroquial de Clavería S.A. de C.V.

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 24 de octubre de 2012
TEMA: ¿Qué son los valores y las virtudes?
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro y/o Educador Familiar invitado
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:00 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados
13:10 a 13:30 horas	Que los participantes conozcan los valores y los jerarquicen	Valores y vivencias	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes Después cada participante establecerá su escala de valores	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser Hojas de rotafolio Plumines "diurex"	
13:30 a 13:45 horas	Que los participantes identifiquen a las virtudes como una forma de alcanzar los valores	Virtudes: modo operativo de aplicar los valores	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	

13:45 a 14:00 horas	Que los participantes conozcan el concepto de ética familiar	Ética y familia	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	
---------------------	--	-----------------	--	---	--

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:

PLIEGO, Ballesteros María

Los valores y la familia.

Editorial MiNos S.A. de C.V., México., 1995., p.p. 170.

JUAN PABLO II

Carta Encíclica: El Evangelio de la Vida. "Evangelium Vitae"

Ediciones Paulinas S.A. de C.V., México, 1995, p.p. 196.

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 7 de noviembre de 2012
TEMA: ¿Por qué la responsabilidad?
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro y/o Educador Familiar invitado
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:00 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación
13:10 a 13:45 horas	Que los participantes reflexionen acerca del tema de la responsabilidad de la persona	La responsabilidad	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:

PLIEGO, Ballesteros María
Los valores y la familia.
 Editorial MiNos S.A. de C.V., México., 1995., p.p. 170.

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 21 de noviembre de 2012
TEMA: ¿Qué es la libertad?
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro y/o Educador Familiar invitado
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:00 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la última sesión de junio y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados
13:10 a 14:00 horas	Que los participantes identifiquen el concepto y las principales características de la libertad en la persona	La libertad y el compromiso. La libertad y su fin.	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:
 OLIVEROS F. Otero
La libertad en la familia
 Editora de Revistas S.A. de C.V., México., 1990., p.p. 228

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 5 de diciembre de 2012
TEMA: ¿Cómo podemos educar en la libertad?
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro y/o Educador Familiar invitado
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:00 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación
13:10 a 14:00 horas	Que los participantes identifiquen las principales características de la educación de la libertad en la familia	La educación de la libertad y la familia	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:
 CHAVARRÍA Olarte, Marcela
 Paternidad y trascendencia
 Editorial MiNos S.A. de C.V., México., 1991., p.p. 91

JUAN PABLO II
Exhortación Apostólica Familiaris Consortio y Carta de los Derechos de la Familia
 Librería Parroquial de Clavería, S.A. de C.V., México., 1993., p.p. 144

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 16 de enero de 2013
TEMA: ¿Nuestro trabajo influye en la familia y viceversa?
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro y/o Educador Familiar invitado
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:00 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados
13:10 a 13:40 horas	Que los participantes identifiquen las influencias mutuas del trabajo y la familia	Influencias mutuas del trabajo y la familia	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	
13:40 a 14:00 horas	Que los participantes conozcan el concepto de trabajo y su relación con la educación	El trabajo en la educación	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador lasser	

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:

OLIVEROS F. Otero
 La educación para el trabajo. Segunda edición
 Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), S.A., España., 1989, p.p. 170.

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 30 de enero de 2013

TEMA: ¿Cómo llegar a ser un buen profesional y qué hacer con nuestro tiempo libre?

RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro y/o Educador Familiar invitado

DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos

HORARIO: 13:00 a 14:00 horas

LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados
13:10 a 13:30 horas	Que los participantes identifiquen la forma de llegar a ser buenos profesionales	Como llegar a ser un buen profesional	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	
13:30 a 13:45 horas	Que los participantes aprendan a usar su tiempo libre y el de sus hijos	El tiempo libre de los hijos El tiempo libre y la influencia del ambiente	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	
13:45 a 14:00 horas	Que los participantes conozcan como administrar y organizar su tiempo	Administración y organización del tiempo	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:

OLIVEROS F. Otero

La educación para el trabajo. Segunda edición. Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), S.A., España., 1989, p.p. 170.

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 13 de febrero de 2013
TEMA: La orientación educativa a la familia a través de las Instituciones
RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro y/o Educador Familiar invitado
DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos
HORARIO: 13:00 a 14:00 horas
LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados
13:10 a 14:00 horas	Que los participantes reconozcan la relación que existe entre la empresa y la familia	La empresa Empresa, educación y familia El factor humano en la empresa	Se expondrá el tema, aclarando dudas y escuchando comentarios de los participantes	Pantalla Proyector Lap top Señalizador laser	

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:

IBARRA Ramos, Ramón
Empresa-Familia. Una relación constructiva
 Editorial Trillas S.A. de C.V., México, 2000, p.p. 173.

CURSO DE EDUCACIÓN FAMILIAR

FECHA: 27 de febrero de 2013

TEMA: La orientación educativa a las pacientes y el personal en el Centro de Salud

RESPONSABLE: Educador Familiar del Centro

DESTINATARIOS: Personal del Centro de Salud Rincón de Romos

HORARIO: 13:00 a 14:15 horas

LUGAR: Aula del Centro de Salud Rincón de Romos del ISSEA

TIEMPO	OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
13:00 a 13:10 horas	Encuadre de la sesión	Aspectos relevantes de la sesión anterior y objetivos de esta sesión	El educador familiar expondrá el contenido	Pintarrón Plumines	Posterior a la sesión el educador familiar anotará en una libreta los aspectos relevantes de la sesión, en cuanto a la actitud y la participación
13:10 a 13:45 horas	Que los participantes descubran las posibles formas de orientación educativa a las pacientes y al personal en el Centro de Salud	La influencia de la institución sobre la familia El Departamento de Recursos Humanos	Después de exponer el tema, en grupo se propondrán actividades para orientar educativamente a las pacientes y al personal	Pantalla Proyector Lap Top Señalizador Hojas de rotafolio Plumines "diurex"	mostrada por los asistentes, así como el grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados.
13:45 a 14:00 horas	Que los participantes recuerden la misión, visión y valores del Centro de Salud	Misión, Visión y Valores del Centro de Salud	Se escribirán y recordarán la misión, visión y valores del Centro	Pintarrón Plumines	Concentrará y analizará los resultados de la encuesta,
14:00 a 14:15 horas	Realizar una tercera y última evaluación del expositor y la organización del curso	Encuesta anónima	Cada integrante del grupo contestará la encuesta	Formato de encuesta	considerando la opinión del grupo

Disposición del aula: Todos los participantes se sentarán en círculo.

Bibliografía:
IBARRA Ramos, Ramón
Empresa-Familia. Una relación constructiva
Editorial Trillas S.A. de C.V., México, 2000, p.p. 173.

CAPÍTULO IV

EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1 Importancia

Desde hace varios años el Sector Salud, particularmente la Secretaría de Salud y en Aguascalientes el ISSEA, han impulsado un programa para mejorar la calidad de sus servicios, que además del mejoramiento de los aspectos técnicos, incluye mayor calidez en el trato hacia los pacientes; no obstante, el mal trato aún se mantiene como una queja reiterada de los usuarios de los servicios de salud.

A pesar de los esfuerzos realizados hasta el momento, el personal de salud argumenta que la gran demanda de servicios y la multiplicidad de tareas institucionales que deben cumplir, dificultan el tener un trato personalizado y de mayor calidez hacia los pacientes; fenómeno que se ha denominado como una “práctica médica deshumanizada”.

Lo anterior se torna una situación complicada, ya que por una parte el usuario demanda un mejor trato y los prestadores se declaran con pocas posibilidades para satisfacerla, por la gran cantidad de servicios y requerimientos institucionales que deben cumplir; sin embargo y aún cuando no se vislumbre una gran mejoría en el corto plazo, es innegable que debemos pugnar y continuar realizando grandes esfuerzos para que los prestadores de servicios de salud traten a sus pacientes como personas, comprendiéndolos y ayudándoles para mejorar sus condiciones de

salud, con amabilidad y respeto, y no solamente como casos de enfermedad que deben resolver.

Cabe mencionar como un elemento a favor de la propuesta, que por parte de las autoridades del ISSEA, existe el interés y la disposición por mejorar la calidad y la calidez de los servicios que otorgan a los sectores más desprotegidos de la población, así como el firme propósito por mejorar las condiciones de salud y evitar las muertes de mujeres embarazadas, así como la muerte de niños y niñas que lamentablemente ocurren en la actualidad.

En este contexto, la propuesta de intervención que se presenta, constituye una alternativa factible para mejorar el trato que se les da a los pacientes, en este caso específico a las mujeres embarazadas de alto riesgo que acuden a control prenatal a un Centro de Salud del ISSEA.

Dicha propuesta tiene la característica de integralidad, ya que no sólo contempla la orientación familiar en forma personalizada a cada una de las pacientes, sino también la reflexión sobre aspectos de la educación familiar, por medio de la impartición de un curso de capacitación al personal médico, paramédico, administrativo y de apoyo que atiende a las pacientes.

En ambos casos, tanto en pacientes como en prestadores de servicios, se busca fundamentalmente su mejoramiento personal, pero también en el caso de las pacientes se pretende fortalecer su sentido de corresponsabilidad para el

autocuidado de su salud, contemplando el que acudan puntual y oportunamente a sus citas médicas, se practiquen los estudios de laboratorio y gabinete, así como que se administren los tratamientos que les indiquen sus médicos. En el caso de los prestadores de servicios, además de su desarrollo personal, se busca que brinden un mejor trato a sus pacientes.

La propuesta también representa un cambio de paradigma en el modelo de atención a la salud, al incorporar al equipo de prestadores de servicios la figura del educador familiar, elemento que puede facilitar un trato más humano y personalizado a las pacientes, como se espera en los servicios de salud.

El educador familiar, particularmente el que cuente con una formación profesional en las diferentes áreas de la salud (médico, odontólogo, psicólogo, enfermera y licenciado en salud pública, entre otros), puede materializar el desarrollo de un verdadero y efectivo proceso educativo, tanto en los pacientes como en el personal de salud, que propicie el mejoramiento personal, con un impacto benéfico en las condiciones de salud y en los diferentes aspectos de la vida de una persona.

Cabe destacar que esta propuesta de intervención debe focalizarse prioritariamente en las unidades médicas que reciben y atienden pacientes diariamente, como lo son Centros de Salud y Hospitales, sin subestimar el resto de unidades de tipo administrativo que conforman el Instituto de Salud (oficinas jurisdiccionales y estatales), que también atienden diariamente a personas que acuden para la realización de diversos trámites.

Otra de las características de la propuesta es la gradualidad. Inicialmente se pretende implementarla en un solo Centro de Salud, que constituye el tipo de unidad médica de primer contacto con los pacientes, para probar y perfeccionar la propuesta y para demostrar su efectividad. Una segunda fase será elaborar un modelo operativo que pueda desarrollarse en otros Centros de Salud, para finalmente ampliarlo a los hospitales y oficinas administrativas del ISSEA.

Son dos los factores en contra de la propuesta: por una parte las limitaciones presupuestales del ISSEA, que pueden dificultar la contratación de uno o varios educadores familiares para desarrollarla, así como la adquisición del equipamiento y mobiliario mínimo necesario, situación que puede subsanarse con la gestión de financiamiento externo, proveniente de algunas dependencias gubernamentales federales como la Secretaría de Desarrollo Social, que harían posible la instrumentación inicial de la propuesta.

Por otra parte, puede presentarse la oposición por parte de algunas autoridades y trabajadores del Instituto, de incorporar al equipo de salud la figura del educador familiar, por considerarla propia de otras dependencias como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y no de Instituciones médicas; sin embargo, algunos estudios han demostrado plenamente que las condiciones de salud de una persona dependen principalmente de su estilo de vida y por lo tanto de sus decisiones personales, motivo que justifica plenamente el tratar de favorecer, desde diferentes y variados ámbitos institucionales, el mejoramiento y desarrollo de las personas, si queremos mejorar sus condiciones de salud y de vida.

Por lo tanto, el beneficio en primera instancia es para las pacientes y sus familias: el mejoramiento y desarrollo personal como preámbulo para el mejoramiento y desarrollo de sus familias, no sólo en materia de salud, sino en los diferentes aspectos de su vida, con lo cual también se favorece el desarrollo social.

En segunda instancia, el mejoramiento y desarrollo personal de los prestadores de salud, que también favorecerá el mejoramiento y desarrollo de sus familias, propiciando el desarrollo social; así como el efecto benéfico para el ISSEA, que mejorará la calidad y calidez de sus servicios, evitando enfermedades y muertes de las personas que atiende en sus unidades médicas, así como una reducción en sus costos de atención, al otorgarlos con mayor oportunidad, antes de que se presenten complicaciones fatales: hoy por hoy es mejor y menos costoso prevenir que remediar.

4.2 Dificultades y limitaciones

Una de las dificultades observadas en el presente estudio fue la búsqueda domiciliaria de las pacientes, ya que en algunos casos los domicilios reportados por los Centros de Salud se encontraban incompletos y/o incorrectos, así como la existencia de domicilios falsos.

De igual forma, en algunos casos se dificultó la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes en los Centros de Salud, por la ausencia de las enfermeras

encargadas de ellos, ya que dichos documentos se encuentran divididos por consultorio médico (módulo), según el domicilio de las pacientes, de tal manera que en algunos Centros se tuvieron que realizar dos o tres visitas, para revisar el expediente de algunas pacientes.

Un elemento que no se encontró en varios expedientes fue el estudio socioeconómico, ya que en el caso de personas afiliadas al Seguro Popular de Salud, dicho estudio es realizado y resguardado en los Módulos de Afiliación de este programa de aseguramiento público en salud, por lo cual no se encuentra en el expediente clínico de la paciente. Por otra parte, en el caso de las pacientes que si contaban con este documento, se encontraba incompleto y ninguno se encontró actualizado.

En cuanto a la información contenida en el expediente, en los Centros de Salud que no cuentan con el expediente clínico electrónico, se dificultó la revisión de notas médicas por la ilegibilidad de algunas palabras y lo anotado en algunos documentos que se conservan en copias “al carbón” que no se aprecian con claridad.

En cuanto al otorgamiento de las sesiones de orientación familiar a las mujeres embarazadas de alto riesgo que acuden a control prenatal al Centro de Salud, contempladas en la propuesta de intervención, se presuponen dificultades relativas al tiempo de que disponen dichas pacientes para acudir a sus consultas médicas.

Lo anterior debido a que temprano por la mañana deben acudir a solicitar su ficha de atención médica, que puede ser inmediata o más tarde en el transcurso del horario de atención del Centro; ello implica que deban esperar hasta que las atiendan o regresar más tarde a la hora de su consulta, que puede durar de 20 a 40 minutos.

Aunado a ello, después de la consulta médica deberán permanecer en sesión de orientación familiar de 30 a 60 minutos más; actividades que en conjunto le pueden significar a la paciente el destinar toda la mañana para su atención en el Centro de Salud, lo cual además de la inversión de tiempo amerita el gasto que deben realizar en el pago de transportes, así como en el pago de la consulta, medicamentos y/o estudios de laboratorio, si carecen del Seguro Popular de Salud.

Inversión de tiempo y de dinero que algunas pacientes no estarán dispuestas a realizar por sus compromisos en casa, la lejanía del Centro y la falta de recursos económicos. El reto ante esta situación es ser puntuales, eficientes y amables en el trato y la ayuda que se les dará a las pacientes, para lograr despertar su interés y atención por las recomendaciones que se le hagan en el Centro y también despertar su deseo de regresar a su próxima cita.

La impartición del Curso de Educación Familiar al personal del Centro de Salud, también entraña ciertas dificultades: puede ser pobre el interés por el tema que no es estrictamente médico, la asistencia estará determinada por la demanda de servicios al momento de la sesión, ya que no se debe interrumpir la atención a los pacientes, y

también por la posible ausencia de personal por diversas causas (permisos, enfermedad, comisiones de trabajo y vacaciones, entre otros).

Aunado a ello, este curso de educación familiar se agregará a la multiplicidad de cursos de capacitación que deben llevarse a cabo, en atención a los diferentes programas de salud vigentes en el ISSEA y que forman parte del programa anual de capacitación que debe cumplirse.

Por estos motivos, el desarrollo de las sesiones deberá adecuarse con la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades del Centro, buscando despertar el interés de los asistentes por el tema y por participar activamente de forma regular en las actividades programadas durante el año, las cuales tratarán de completarse en su totalidad, agregando las actividades que sugieran los participantes en el curso.

4.3 Acciones favorables

Indiscutiblemente las autoridades del ISSEA han demostrado su interés y disposición por mejorar las condiciones de salud y evitar las muertes de las mujeres embarazadas de alto riesgo en Aguascalientes. Una prueba de ello es la implementación del programa “Contigo en lo mejor de tu vida”, que visita en sus domicilios particulares a las pacientes que no acuden al hospital, tratando de convencerlas o trasladándolas incluso, para que reciban atención médica especializada.

En este sentido, otorgaron todas las facilidades necesarias para llevar a cabo este estudio, como una estrategia más para establecer las acciones necesarias que favorezcan una atención efectiva y oportuna de las pacientes.

Así mismo destaca el apoyo otorgado por las dos Mensajeras de la Salud del programa referido, que participaron activa y entusiastamente en la búsqueda domiciliaria de las pacientes, aportando la información de los reportes que regularmente elaboran durante la entrevista de dichas pacientes, así como el apoyo de un vehículo oficial, un chofer y combustible para llevar a cabo las visitas que se efectuaron en zonas urbanas y rurales de la citada Jurisdicción.

Un hecho digno de mención, que apoya el interés de las autoridades del ISSEA por los temas del desarrollo familiar, es la impartición del Curso denominado “Escuela para Padres”, a trabajadores de las oficinas centrales del Instituto, en el transcurso del año 2007, a cargo de personal del Instituto de Educación del Estado de Aguascalientes (IEA), que en su mayoría son egresados de la Maestría en Educación Familiar de la Universidad Panamericana, Campus Bonaterra.

Por lo anteriormente expuesto, se considera que los Directivos del ISSEA analizarán con detenimiento esta propuesta de intervención, favoreciendo todos los medios posibles a su alcance, para desarrollarla inicialmente al menos en un Centro de Salud y evaluarla objetivamente para su posible ampliación a otras unidades médicas.

4.4 Reflexión sobre la metodología

Debe considerarse un estudio más amplio en tiempo y profundidad, que aporte mayor y mejor información para encauzar el proceso educativo, tanto de las pacientes embarazadas de alto riesgo, como del personal de salud que las atiende. Se sugiere utilizar la metodología de la Investigación – Acción – Participación (IAP), que propone poner énfasis en la acción y teorizar a partir de la práctica.

Lo anterior debe establecerse como un compromiso puntual durante el desarrollo de la propuesta de intervención, con la suficiente flexibilidad para realizar los ajustes y mejoras necesarias, que resulten de la experiencia acumulada durante su operación en el Centro de Salud.

Un riesgo que debe evitarse, en el caso de que el Educador Familiar asignado para desarrollar la propuesta de intervención sea médico, es que sea distraído para llevar a cabo actividades de consulta médica; su tarea primordial serán las establecidas en dicha propuesta: orientación familiar, asesoría y ayuda a las pacientes, así como la impartición del curso de educación familiar al personal del Centro.

Un producto de la implementación de la propuesta, debe ser un modelo operativo que permita ampliar y replicar esta estrategia en otras unidades médicas, ya sea Centros de Salud u Hospitales del ISSEA.

Cabe destacar que el servicio de orientación familiar, asesoría y ayuda a las pacientes será totalmente gratuito, como la gran mayoría de los servicios médicos que actualmente se otorgan en el Instituto de Salud a las mujeres embarazadas en control prenatal.

La difusión del servicio de orientación familiar a las pacientes se hará personalmente a través los médicos y enfermeras que las atienden en el Centro, proceso que se reforzará por medio de la distribución de un tríptico informativo, instrumento que también se aprovechará en el transcurso de la propuesta de intervención, para difundir los principales conceptos de la educación familiar entre todas las personas que por diversos motivos acuden regularmente a la unidad médica.

4.5 Reflexiones personales

La realización del presente estudio, abre la posibilidad en el ISSEA de atender en mayor medida los aspectos personales de nuestras pacientes, en este caso de mujeres embarazadas de alto riesgo, que influyen importantemente en su estado de salud.

El abordar en una unidad médica el mejoramiento y desarrollo personal de nuestras pacientes, así como el mejoramiento y desarrollo del personal de salud que las atiende, ayudará a mejorar la calidez con que se otorgan los servicios y fortalecerá

positivamente la relación médico-paciente, que se da cotidianamente en los Centros de Salud.

A la par de la investigación médica, en las dependencias del sector salud debe insistirse en la realización de estudios de investigación centrados en el desarrollo personal de nuestras pacientes, para comprender de manera integral la dimensión humana, que permita mejores resultados en la modificación de hábitos y estilos de vida, para evitar enfermedades y muertes, buscando no sólo el bienestar sino el bienestar de ellas.

Desde las instituciones médicas es perfectamente posible ayudar a nuestras pacientes en su mejoramiento personal, por medio de la orientación y la educación familiar, lo cual justifica plenamente la incorporación a los equipos de salud de profesionales calificados -Educadores Familiares- para participar en esta noble tarea.

Lo anterior permitirá vislumbrar una estrategia efectiva, para enfrentar con posibilidades de éxito, los graves problemas de salud pública que existen en la actualidad, padecimientos crónicos que se relacionan con nuestras decisiones personales y estilos de vida, así como las enfermedades mentales ya presentes, que en algunos años serán nuestras principales causas de enfermar y morir.

Ante este grave panorama, debemos orientar nuestros mayores esfuerzos a la prevención en salud y la educación familiar además de ayudar en este rubro, nos

ofrece una alternativa de solución para prevenir los graves problemas sociales que enfrentamos hoy día.

En el ámbito sanitario, la atención del mejoramiento personal de las pacientes, así como la incorporación de Educadores Familiares al equipo de salud, significará una estrategia innovadora, con la cual se trascenderá del discurso a los hechos en materia de salud, en congruencia con el Programa Nacional de Salud 2007-2012 que establece como una de sus líneas de acción: “diseñar programas y acciones para el fortalecimiento y desarrollo integral de la familia”.

4.6 Recomendaciones

Las características de las condiciones socioeconómicas de estas mujeres embarazadas de alto riesgo, así como las condiciones de todo paciente, resultan de gran ayuda para conocer y tratar de comprender la situación particular de cada una de ellas, en relación con su estado de salud.

Sin embargo, en el presente estudio no pudieron apreciarse dichas condiciones, ya que en el caso de pacientes afiliadas al Seguro Popular de Salud, esta información no se encontró en sus expedientes clínicos y en el caso de pacientes no aseguradas, la información fue incompleta y no se encontraba actualizada.

Por lo anterior, resultará de gran utilidad para el personal de salud contar con los estudios socioeconómicos completos y actualizados de sus pacientes, en los

correspondientes expedientes clínicos. Esta información ayudará particularmente al médico, a comprender el contexto familiar en el que se desenvuelve su paciente, lo cual de manera directa o indirecta influye en sus condiciones de salud.

De igual forma, le ayudará a conocer entre otras cosas, las posibilidades que tienen sus pacientes de cumplir con los estudios, recomendaciones y tratamientos que les indican, así como brindar o gestionar el apoyo necesario que requiere cada una de ellas.

Una forma de contar en el corto plazo con estos estudios socioeconómicos, es solicitando una copia de ellos a las autoridades estatales del Seguro Popular de Salud, para incorporarlos a los expedientes clínicos familiares de las pacientes, resguardados en los Centros de Salud, así como actualizando los estudios de aquellas pacientes que no cuentan con este aseguramiento público en materia de salud, a quienes deberá tratarse de afiliar a este programa, que garantiza el acceso a los servicios médicos de forma gratuita a las familias de bajos recursos.

Disponer de los datos del estudio socioeconómico de las pacientes y tomarlos en cuenta para comprender su contexto socioeconómico, se pueden incorporar al expediente clínico electrónico donde lo haya o solicitar una copia al SPS para incorporarlo a su expediente clínico. Dicho estudio debe actualizarse periódicamente, que en el SPS es cada 3 años.

Debe hacerse el seguimiento de cada paciente, para conocer su estado de salud a lo largo de su embarazo, hasta concluir su puerperio.

Deben tomarse en cuenta y atender en la medida de lo posible las sugerencias de las pacientes, tanto para el hospital como para los Centros de Salud.

En futuros estudios debe preguntarse a las pacientes embarazadas menores de 20 o mayores de 35 años, si sabían que en estas edades se incrementan los riesgos durante el embarazo.

El fortalecimiento de la responsabilidad en estas pacientes, así como el desarrollo de otros valores y virtudes humanas, como parte de un proceso educativo integral, requiere dedicar constantes esfuerzos de manera permanente, para obtener resultados a mediano y largo plazo.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Es innegable que diariamente se atienden decenas de mujeres embarazadas en los Centros de Salud del ISSEA, pacientes que desafortunadamente muchas veces acuden inoportuna o tardíamente a recibir atención médica, en una condición normal e importante de su vida, que puede representar graves riesgos y peligros para su salud.

Aproximadamente dos de cada diez de estas pacientes son calificadas como de alto y muy alto riesgo en los Centros de Salud, motivo por el cual son enviadas al hospital para su atención y control por médicos gineco obstetras; sin embargo, en la práctica, sólo la mitad de estas pacientes acuden oportunamente a su consulta, el resto (de 1,250 a 1,500 pacientes al año), no acude o lo hacen tardíamente, poniendo en peligro su salud, su vida y la de sus hijas e hijos.

De esta manera, a pesar de que la necesidad de atención existe y se cuenta con los servicios médicos para atenderla, en una proporción significativa este encuentro no se materializa y las mujeres pueden agravarse y morir, como lo demuestran las muertes maternas, así como las muertes de niñas y niños durante el embarazo, al momento del parto o antes de los 28 días de edad, que ocurren año tras año en Aguascalientes.

Este fenómeno se relaciona con el hecho de que las pacientes subestiman la importancia que tiene un control prenatal oportuno y no asumen su corresponsabilidad en el cuidado de su salud, al no acudir o acudir tardíamente a sus citas médicas.

En este sentido, el presente estudio analiza los motivos que tienen las pacientes para no acudir oportunamente a sus consultas médicas al hospital, así como sus condiciones socioeconómicas, su grado de responsabilidad para acudir a sus citas médicas y sus condiciones de salud; proponiendo estrategias que favorezcan un control prenatal oportuno, para evitar enfermedades y muertes de mujeres, niñas y niños.

El estudio realizado en 37 mujeres embarazadas de alto riesgo, reveló datos que denotan en cierto modo, la falta de corresponsabilidad por parte de las pacientes para el cuidado de sus condiciones de salud: más de la mitad de ellas no habían acudido al hospital, a pesar de que se los había indicado su médico en el Centro de Salud.

Más de la mitad de las pacientes se embarazaron en edades extremas de la etapa reproductiva: menos de 20 o más de 35 años de edad, hecho que por sí solo incrementa el riesgo para su salud y su vida. Una de las posibles causas de esta situación es la falta de información; no obstante, es una recomendación que se hace regularmente por el personal médico a toda y todo paciente en edad

reproductiva, lo cual apunta hacia otras razones para tomar esta importante y trascendente decisión.

Una pequeña proporción de las pacientes estudiadas acudió tardíamente a su control prenatal por el médico; sin embargo, los datos estadísticos del ISEA con relación al total de pacientes embarazadas en el Estado, revelan que sólo 3 de cada 10 pacientes acuden oportunamente al médico durante su embarazo (primeros tres meses).

El promedio de consultas en estas pacientes, registradas en sus expedientes clínicos del ISSEA (2.9 consultas), se encontraron por debajo de la mitad de la cifra recomendada para mujeres embarazadas de alto riesgo (8 consultas).

Salvo en algunos casos, las pacientes no manifestaron causas importantes, que justificaran su inasistencia al hospital, para recibir atención médica especializada, debido a su condición de alto riesgo en el embarazo actual.

El alto riesgo para su estado de salud se evidenció por los diagnósticos médicos determinados en sus Centros de Salud, con los que estas pacientes fueron enviadas al hospital. En ellos se aprecian algunos diagnósticos relacionados con las principales causas de muertes maternas en México y en nuestro Estado, que sin una vigilancia por médicos especialistas pueden culminar en un desenlace fatal.

Otro dato importante registrado en las visitas domiciliarias a las pacientes que no habían acudido al hospital y que denotan el desarrollo de complicaciones médicas, fue la existencia de síntomas de alarma durante el embarazo en algunas de ellas, tales como dolor de cabeza, zumbido de oídos, hinchazón de la cara, manos o pies, flujo vaginal y no percibir los movimientos del bebé.

Se considera que sólo la implementación de un proceso educativo encaminado al mejoramiento personal de las pacientes, posibilitará el desarrollo de su responsabilidad, así como el desarrollo de otros valores y virtudes humanas, que les permitan alcanzar mejores condiciones de salud y de vida.

Por ello la propuesta de intervención en una de sus vertientes, esta dirigida al otorgamiento de un servicio de orientación familiar personalizado a cada una de las pacientes embarazadas de alto riesgo que son atendidas en el Centro de Salud, servicio en el que además se les asesorará y ayudará para que acudan a sus citas, se les practiquen los estudios y reciban los tratamientos indicados por sus médicos en el hospital.

Es decir, incorporarlas a un proceso educativo de mediano y largo plazo, ayudándolas a resolver sus problemas inmediatos, para recibir la atención médica especializada que necesitan.

En resumen, se parte de un problema médico, que tiene su origen en el pobre desarrollo del valor y virtud personal de la responsabilidad en estas pacientes, que

puede significarles el enfermar y morir incluso, con las graves consecuencias de todo tipo que ello implica.

Los conceptos y teorías involucradas en este problema se relacionan con la persona, la responsabilidad, la educación familiar y el educador familiar. Sustentado en que a través de un enfoque humanista centrado en la persona, puede propiciarse el desarrollo de la responsabilidad, entre otros valores y virtudes humanas, que impactarán positivamente en el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de estas pacientes.

En síntesis, nuestro desarrollo y mejoramiento como personas incide directamente en nuestras condiciones de vida, y por ende en nuestras condiciones de salud, como es el caso de las mujeres embarazadas de alto riesgo que son atendidas en el ISSEA. Destaca en este fenómeno el desarrollo de la responsabilidad, aún cuando influyen de manera integral otros valores y virtudes humanas.

En este contexto, a mayor desarrollo y mejoramiento personal, se tendrán mejores condiciones de salud y de vida, lo cual sólo será factible en la medida que se propicie un adecuado proceso educativo en la familia.

Si las instituciones de salud tienen como propósito fundamental mejorar las condiciones de salud de las personas que atienden, se encuentran obligadas bajo un enfoque humanista a dedicar constantes esfuerzos para el mejoramiento personal de sus pacientes, ya que sólo de esta manera estaremos en posibilidad

de lograr este noble objetivo, sin descuidar la prestación de servicios médicos con un alto nivel de calidad y calidez hacia la persona humana, que constituye la esencia de su universo de usuarios y la esencia del personal con que cuenta para otorgar sus servicios a la población que atiende cotidianamente.

Médicos y paramédicos que atienden a enfermos, pero que en esencia son personas que atienden a personas.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Acevedo, A. (2005). *Aprender jugando 1. Dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría*. México: Editorial LIMUSA.

Acevedo, A. (2005). *Aprender jugando 2. Dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría*. México: Editorial LIMUSA.

Albrecht, H. (1971). *La formación de los hijos. Un ensayo para la educación de los padres de familia*. México: Textos Universitarios.

Ahued, R., Fernández, C. & Bailón, R. (2003). *Ginecología y obstetricia aplicadas*. México: Editorial El Manual Moderno.

Benson, R. (1986). *Diagnóstico y tratamientos ginecoobstétricos*. México: Editorial El Manual Moderno.

Botero, J., Júbiz, A. & Henao, G. (2001). *Obstetricia y ginecología*. Colombia: Ediciones Tinta Fresca.

Carreras, LL., Eijo, P., Estany, A., Gómez, M.T., Guich, R., Mier, V., Ojeda, F., Planas, T. & Serrats, M.G. (1997). *Como educar en valores. Materiales Textos-Recursos Técnicas*. España: Nancea de Ediciones.

Casanova, N. (1983). *Obstetricia*. México: Editorial Francisco Méndez Cervantes.

Chavarría, M. (2005). *El reto de la educación de los hijos. Compendio de pedagogía familiar*. México: Editorial Trillas.

Christlieb, C. (1980). *Hacia la integración familiar*. México: Acción Católica Mexicana. Comisión Central de Instrucción Religiosa.

De Cherney, A & Nathan, L. (2003). *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. México: Editorial El Manual Moderno.

Díaz, C. (2000). *Educar en valores. Guía para padres y maestros*. México: Editorial Trillas.

Gabee, G., Niebyl R. & Leigh J. (2000). *Obstetricia. Normalidad y complicaciones en el embarazo*. España: Marbán.

Hersey, P & Blanchard, K. (1981). *Padres e hijos. Problemas y caminos de integración familiar*. México: Ediciones IDH.

Isaacs, D. (1999). *La educación de las virtudes humanas*. México: Editorial Minos.

Isaacs, D. (1999). *La educación de las virtudes humanas y su evaluación*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.

Isaacs, D. & Abril, M.L. (1998). *Familias contracorriente*. México: Editorial MiNos.

Knoll, J. (1985). *La formación de adultos. Tareas/posibilidades/perspectivas*. México: Editorial del Valle de México.

Larrañaga, P. (2000). *El concepto de responsabilidad*. México: Distribuciones Fontamara.

Lerma, H. (1988). *Paternidad. Excelencia o fracaso*. México: Editora de Revistas.

Martín, E. (2000). *Familia y sociedad. Una introducción a la sociología de la familia*. España: Ediciones RIALP.

México, Secretaría de Salud. (2002). *Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida*. Distrito Federal: Autores.

México, Grupo de Información en Reproducción Elegida A. C. (2001). *Con la conciencia tranquila. Guía para enfrentar un embarazo no deseado*. Distrito Federal: Autores.

México, Secretaría de Salud. (2002). *Cuidemos nuestra salud. Cuaderno de la salud para madres de familia*. Distrito Federal: Autores.

México, Secretaría de Salud. (2000). *Libreta de salud materno infantil*. Distrito Federal: Autores.

México, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2003). *Recomendaciones generales para mejorar la calidad en la atención obstétrica*. Distrito Federal: Autores.

México, Secretaría de Salud. (2002). *Manual de organización y procedimientos de la red de servicios de salud*. Distrito Federal: Autores.

México, Secretaría de Salud. (1987). *Manual sobre salud materno infantil*. Distrito Federal: Autores.

México, Secretaría de Salud. (1996). *Manual de organización y procedimientos de los comités para el estudio de la mortalidad materna y perinatal*. Distrito Federal: Autores.

México, Secretaría de Salud. (2000). *Prevención del embarazo no planeado en la adolescencia*. Distrito Federal: Autores.

México, Secretaría de Salud. (2000). *Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes*. Distrito Federal: Autores.

México, Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Programa de acción Arranque Parejo en la Vida 2000-2005. Evaluación Externa. Resumen Ejecutivo*. Distrito Federal: Autores.

México, Secretaría de Salud. (1995). *Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. Distrito Federal: Autores.

México, Secretaría de Salud. (2001). *Embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano. Manual de Atención*. Distrito Federal: Autores.

México, Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República. (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. Distrito Federal: Autores.

México. (2006). *Ley General de Salud*. Distrito Federal: Editorial SISTA.

México. (2001). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Distrito Federal: Ediciones Delma.

México, Comité de Planeación del Desarrollo del Estado de Aguascalientes. (2005). *Plan de Desarrollo del Estado de Aguascalientes 2004-2010*. Aguascalientes: Autores.

México, Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes. (2005). *Programa Estatal de Salud 2004-2010*. Aguascalientes: Autores.

México, Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: Alianzas para una mejor salud*. Distrito Federal: Autores.

México, Secretaría de Salud. (2005). *Carta de derechos y obligaciones de los afiliados al Seguro Popular de Salud*. Distrito Federal: Autores.

Núñez, E. (1987). *Ginecología y obstetricia*. México: Editorial Francisco Méndez Oteo.

Reyna, L.M. (2002). *La responsabilidad profesional del médico*. México: Editorial Porrúa.

Schmelkes, S., Conde, S. & Magendzo, A. (1995). *Educación y derechos humanos*. Aguascalientes, México: Instituto de Educación de Aguascalientes.

Schmidt, D. & Goodin, R. (2000). *El bienestar social y la responsabilidad individual*. España: Cambridge University Press.

Tapia, R. (2005). *El manual de salud pública*. México: Intersistemas.

Uruguay, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (1991).
Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Montevideo: Autores.

Valero, J.M. (1982). *Educación personalizada*. México: Editorial Progreso.

ANEXOS

Anexo No. 1

GUÍA DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS DE MUJERES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO

La presente revisión tiene el propósito de conocer las condiciones de salud de las mujeres embarazadas de alto riesgo, atendidas por el Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, en la Jurisdicción Sanitaria No. 1.

Centro de Salud: _____ **No. Expediente:** _____

Nombre: _____

Edad: _____ **Semanas de embarazo*:** _____

Revisor: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____

Pregunta	Sí	No
¿Cuenta con estudio socioeconómico?		
Datos relevantes del estudio socioeconómico:		
Código: _____		
Jefe de familia: _____		
Escolaridad: _____		
Ocupación: _____		
Estado Civil: _____ Seg. Social: _____		
Integrantes de la familia: _____		

Ingresos familiares: _____		
Egresos:		
Alimentación: _____ Gastos casa: _____		
Transporte: _____ Medicamentos: _____		
Educación: _____ Total: _____		
Vivienda:		
Tenencia: _____ Dormitorios: _____		
Cocina: _____ Baño: _____ Agua potable: _____		
Drenaje: _____ Luz: _____ Pavimento: _____		
Tipo de familia: _____		
Dinámica familiar: _____		

- Referidas en la nota médica más reciente

Anexo No. 2

ENTREVISTA A MUJERES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO

La presente entrevista tiene el propósito de conocer las condiciones de salud de las mujeres embarazadas de alto riesgo, atendidas por el Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, en la Jurisdicción Sanitaria No. 1.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Edad: _____ **Meses de embarazo:** _____

Escolaridad: _____

Entrevistador: _____

Centro de Salud: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____

Pregunta	Sí	No
1. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando acudió a su primera consulta médica prenatal en el presente embarazo?:		
2. ¿Su primera consulta prenatal fue en el Centro de Salud del ISEA? Otro: _____		
3. ¿Cuántas consultas médicas prenatales ha tenido durante su embarazo?		
4. ¿Cuántas de estas consultas médicas han sido en el Centro de Salud?		
5. ¿Le han recetado medicamentos en sus consultas médicas prenatales?		
6. ¿Se ha tomado los medicamentos como se lo indicó su médico?		
7. ¿Le informaron en el Centro de Salud que su embarazo es de riesgo?		
8. ¿Le indicaron que debe acudir al hospital de la Mujer?		
9. ¿Le entregaron su pase al hospital (hoja de referencia)?		
10. ¿Le colocaron una pulsera distintiva color rojo y le explicaron las ventajas que tiene el usarla?		
11. ¿Le explicaron y le entregaron por escrito los signos de alarma durante el embarazo?		
12. ¿Cómo califica la atención que le dieron en el Centro de Salud? Excelente Buena Regular Mala Pésima		
13. ¿Qué cosas pediría mejorar en el Centro de Salud?		
14. ¿Ya sacó cita en el hospital?		

ENTREVISTA A MUJERES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO

Pregunta	Sí	No
15. En caso negativo ¿Cuál es el principal motivo para que no haya sacado cita en el hospital todavía?		
16. ¿Ya acudió a consulta médica al Hospital de la Mujer?		
17. ¿Cómo califica la atención que le dieron en el Hospital de la Mujer? Excelente Buena Regular Mala Pésima		
18. ¿Qué cosas pediría mejorar en el Hospital de la Mujer?		
19. ¿Ha contado con el apoyo de su pareja durante su embarazo actual para acudir a sus consultas médicas?		
20. ¿Ha contado con el apoyo de su familia durante el embarazo actual para acudir a sus consultas médicas?		
21. Se considera una persona: () Muy responsable () Suficientemente responsable () Regularmente responsable () Poco responsable () Nada responsable		
22. ¿Sus familiares la consideran una persona responsable?		

¿Desea hacer algún comentario final?

Observaciones

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo No. 3

