

“CAMPAÑA DE TALLERES DE HABILIDADES PARA LA VIDA, COMO
HERRAMIENTA PARA INCREMENTAR EL CONTROL PRENATAL EN EL
CENTRO DE SALUD CALIXTLAHUACA,

ESTADO DE MÉXICO.

Contreras Sánchez Jaime Edwin

elpankiro@hotmail.com Celular 0447224986153

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

PROMOCION EN LA SALUD

TUTORA

Mtra. Lorena Elizabeth Castillo Castillo
Instituto Nacional de Salud Pública

DIRECTORA

Mtra. Luz María Lara López
Instituto Nacional de Salud Pública

ASESOR EXTERNO

Mtro. Rodrigo Arturo Monterde García
Instituto de Salud del Estado de México

ÍNDICE.

Pág.

Introducción	3
1. Antecedentes.	4
1.1 Diagnóstico de Salud Toluca	9
1.2 Comunidad de Calixtlahuaca	11
2. Marco Teórico.	15
2.1 Latinoamérica	15
2.2 Chile	16
2.3 Control Prenatal	17
2.4 Norma Oficial Mexicana NOM 007 SSA	18
2.5 Algunas Experiencias en México	20
2.6 Habilidades para la Vida	21
2.7 Fundamentos Teóricos de Habilidades para la Vida	25
3. Planteamiento del Problema.	28
4. Justificación.	29
5. Objetivos.	30
5.1 Objetivo General	30
5.2 Objetivos Específicos	30
6. Metodología.	31
6.1 Material y Métodos	31
6.2 Análisis de los Talleres de Habilidades para la Vida	38
7. Resultados.	41
8. Conclusiones.	46
9. Recomendaciones	47
10. Bibliografía	48
Anexos	51

INTRODUCCION

A nivel internacional, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto¹. En el 2013, la cifra llegó a los 289,000 fallecimientos anuales, lo cual, es inaceptable, puesto que la gran mayoría pudieron haberse evitado².

El 99% de las muertes maternas sucede en áreas rurales de países pobres, de hecho, se le considera un indicador que refleja inequidades en el acceso a la salud, entre personas de ingresos altos y bajos y entre áreas rurales y urbanas³. Las hemorragias graves, las infecciones tras el parto, la hipertensión arterial durante la gestación, y los abortos, son los principales factores implicados en la mayoría de las muertes maternas, hasta en un 80%. La pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados, e incluso las prácticas culturales de las diferentes comunidades, son otros condicionantes que afectan negativamente la evolución del embarazo y del parto⁴.

Las adolescentes menores de 15 años son el grupo de edad que mayor riesgo tiene de morir a causa de dichas complicaciones, siendo más acusada la situación en gente de bajos recursos. La probabilidad que tiene una mujer con dicha edad de morir es de 1 en 3,700 en países desarrollados, mientras que es de 1 en 160 en los países en desarrollo⁵.

Situación preocupante, si se toma en cuenta que gran parte de los riesgos obstétricos y los daños a la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados y estandarizados para la atención del embarazo, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas, además de la eliminación o racionalización de algunas prácticas por parte de la madre y del personal de salud, que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

La importancia del tema es tal, que la comunidad internacional tiene a la mejora de la salud materna como uno de los ocho *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, cuya meta es reducir la mortalidad en un 75% para el 2015⁶.

1. ANTECEDENTES

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y La Organización de las Naciones Unidas (ONU) tienen a la salud materna infantil como una prioridad urgente que atender, puesto que es un aspecto central para mejorar el bienestar de la humanidad. Existe un consenso internacional en el que la mejora de la salud materno infantil trasciende el ámbito sanitario, para convertirse en un tema de cumplimiento de derechos humanos, en el cual las brechas de equidad entre grupos sociales y la falta de garantía de acceso a la salud es una violación del derecho a la vida⁷.

Aun cuando la mortalidad materna ha descendido de forma importante en las dos décadas pasadas, las cifras anuales siguen siendo altas. El descenso que se ha registrado a nivel mundial es del menos del 1% anual entre 1990 y 2005, cifras muy por debajo del 5.5% necesario para lograr el 5° objetivo de desarrollo del milenio (ODM) pactado por la comunidad internacional, la mejora de la salud materna⁸

Se presenta continuación en la tabla 1, la importancia que tiene para los organismos internacionales la mejora de la salud materna infantil:

Tabla 1. Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Derecho a la Salud*

Objetivos	Metas
ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre
ODM 4: Reducir la mortalidad infantil	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños/as menores de 5 años.
ODM 5: Mejorar la salud materna	Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015
ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA

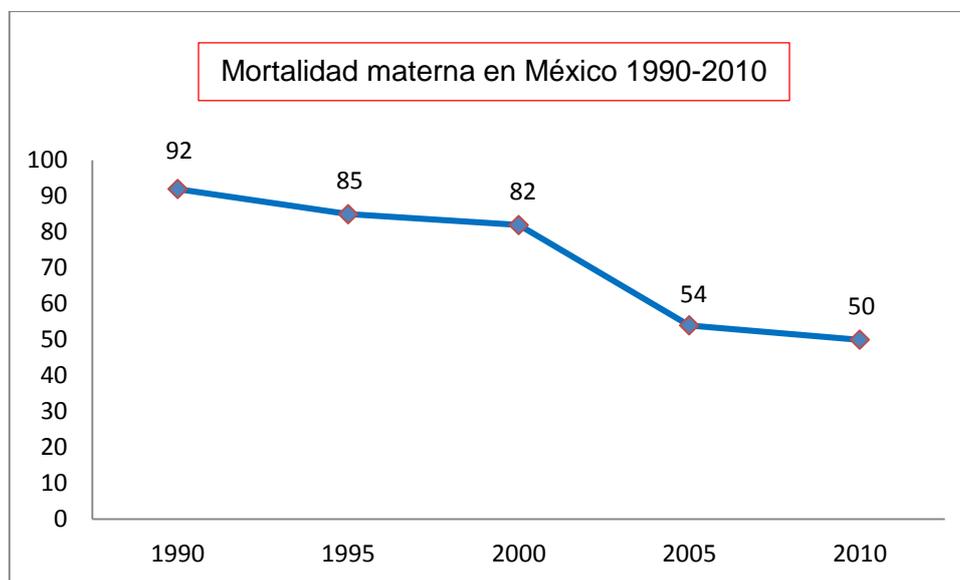
Fuente: Organización de las Naciones Unidas: <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>

* La reducción de la mortalidad materna infantil, una de las máximas prioridades para este milenio

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en nuestro país la situación no es adecuada, en el grupo de mujeres de 15 a 24 años, los fallecimientos durante el embarazo, parto y puerperio, alcanzaron la quinta causa de mortalidad entre mujeres, con 323 defunciones⁹. Mientras que en el grupo de mujeres de 25 a 34 años, la situación es más difícil, ya que alcanzó la cuarta causa con 414 muertes¹⁰.

La siguiente gráfica explica la tendencia que ha seguido la mortalidad materna en el país:

Grafica 1. Tendencia de la mortalidad materna en México 1990-2010*.



Fuente: OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf

*La mortalidad materna en México ha mostrado ligeros decrementos, sin embargo, la organización mundial de la salud en su sitio de internet, **no lo clasifica como país en progreso, o sin progreso, lo deja como no clasificado.**

* Se ha expresado en índice, o razón de mortalidad materna (x 100,000 nacidos vivos).

El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) indicó que durante el 2008, **la hemorragia del embarazo, parto y puerperio** fue la principal causa de mortalidad materna en todo el país, con 283 defunciones, seguida de **la enfermedad hipertensiva del embarazo** con 282 decesos, y a **las causas obstétricas indirectas** como la tercera causa con 227 fallecimientos, para generar un total de 1167 mujeres finadas sumando las demás causas.¹¹

Situación lamentable, puesto que la mayoría de los citados decesos pudieron haberse evitado con medidas médicas simples dentro de un control prenatal adecuado, tal como lo indica la norma oficial: NOM-007-SSA2-1993, la cual refiere como cinco, el número de consultas médicas a realizarse durante el embarazo de bajo riesgo¹².

El Estado de México, es la entidad con mayores problemas en lo que a mortalidad materna respecta, ya que para el 2008 ocupaba el primer lugar en todo el país con 162 mujeres finadas, seguido de Veracruz con 101¹³. Al interior del Estado de México la problemática es más aguda si se toman en cuenta las cifras absolutas, debido a que cinco de sus municipios se encuentran entre los 20 primeros en lo que a mujeres fallecidas por embarazos complicados se refiere.

Se presenta la siguiente tabla que muestra la perspectiva estatal y municipal en el contexto nacional:

Tabla 2. Municipios del Estado de México con mortalidad materna elevada*.

Lugar que ocupa a nivel nacional	Municipio	Muertes maternas 2009
5°	Ecatepec de Morelos	15
7°	Nezahualcóyotl	12
9°	Toluca	10
12°	Naucalpan de Juárez	8
13°	Tlalnepantla de Baz	8

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (2009):

<http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>

*Se muestran los municipios del Estado de México que se encuentran dentro de los primeros 20 a nivel nacional; la problemática en el municipio de Toluca lo sitúa entre los primeros diez de toda la república.

Como puede observarse en la tabla anterior, las muertes maternas que ocurrieron en sus respectivos municipios se presentaron en números absolutos, lo que no siempre muestra una perspectiva real; al tratarse de municipios densamente poblados, es obvio que haya un mayor número de decesos.

Instituto Nacional de Salud Pública

Por ello, se ocupa la razón de mortalidad materna, un cociente que relativiza la proporción de fallecimientos de acuerdo a la población. La siguiente tabla que ejemplifica el concepto:

Tabla 3. Razón de mortalidad total por 100,000 nacidos vivos*.

Lugar que ocupa a Nivel Nacional	Municipio	Muertes Maternas	Nacidos Vivos	Razón de Mortalidad
1	Oquitoa	1	5	20,000
2	Santa Ana Yareni	1	13	7,692
451	Tlalnepantla	8	9,967	80.3
463	Toluca	10	13,372	74.8
490	Nezahualcóyotl	12	18,203	65.9
519	Naucalpan	8	14,009	57.1
535	Ecatepec	15	29,385	51.0
611	Ahome	1	6,216	16.1
612	Culiacán	2	13,387	14.9

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (2009):

<http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>

* Se muestran los cinco municipios con mortalidad materna más elevada en el Estado de México, los dos primeros y los dos últimos a nivel nacional.

La tabla anterior pone en contexto la problemática que se suscita en el estado de México, y en el municipio que nos ocupa en el presente estudio, el de Toluca, al compararse con otros municipios de la república. Aunque el Municipio de Oquitoa en el Estado de Sonora tiene una sola muerte materna, ocupa el primer lugar de la lista porque dicha muerte es en proporción con sólo cinco niños nacidos vivos.

Es importante revisar las principales causas por las que murieron las mujeres embarazadas durante el 2009, de acuerdo con el Instituto de Salud del Estado de México, son las siguientes:

Tabla 4. Principales causas de defunción materna en el Estado de México*

	Causa CIE-10	Mujeres fallecidas
1-	Causas Obstétricas Indirectas	57
2-	Hemorragia del Embarazo, Parto y Puerperio	26
3-	Embolia Obstétrica y Otras complicaciones del Puerperio	8
4-	Sepsis y Otras Infecciones Puerperales	5

Fuente: Instituto de Salud del Estado de México (2009):

http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/estadisticas/defmat/MORTA_MAT_CAUSA_2002_2009.pdf

*No coincide la sumatoria de las causas presentadas en la tabla con el total de 166 muertes maternas que se reportaron durante el 2009, debido que el Instituto de salud del Estado de México sólo muestra las principales en su sitio oficial.

Respecto a la hemorragia del embarazo, parto y puerperio, las embolias obstétricas, infecciones, y demás complicaciones, son causas de muerte fácilmente atribuibles a falta de atención médica oportuna y de calidad, ya sea por inexistencia de los servicios médicos o ausencia de acceso a los mismos¹⁴. Para contextualizar correctamente la situación de la entidad federativa que nos ocupa, es importante conocer los recursos médicos con los que se hace frente a la problemática anteriormente descrita. Por ello, se presentan a continuación los indicadores de salud básicos del municipio de Toluca, que es el municipio donde se localiza el centro de salud estudiado en el presente documento.

Tabla 5. Principales indicadores de salud en el municipio de Toluca.

	Población CON Serv. salud	Población SIN Serv. Salud	Personal Médico	Unidades Médicas	Médicos por 10,000 habitantes
Toluca	536,874	266,231	2,601	101	37.1
Tlalnepantla	414,670	228,276	1,451	66	21.8
Naucalpan	465,325	346,892	1,432	63	17.2
Ecatepec	932,548	699,848	2,141	71	12.9
Estado de México	8,811,664	6,128,990	18,037	1,786	11.9

Fuente: INEGI: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=15>

Se eligieron en la anterior tabla, dos municipios con población similar (Tlalnepantla y Naucalpan), y un municipio con el doble de población (Ecatepec) para efectos comparativos, además del total estatal para los mismos fines.

La determinación de las razones por las cuales la cobertura médica no se ha logrado en diversos municipios, o el por qué algunos municipios mucho más poblados tienen menos unidades y recursos médicos, escapa a los objetivos de este documento; simplemente se pretende resaltar el hecho que son factores muy importantes que están influyendo de manera negativa en la mortalidad materna infantil. De hecho, es coincidente con declaraciones de la OMS¹⁵:

- *El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres.*
- *Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto.*
- *Los factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son: la pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados, y las prácticas culturales.*

1.1 Diagnóstico de Salud Toluca.

La Secretaría de Salud del Estado de México, reportó que ocurrieron 166 muertes maternas en el 2009 en todo el Estado, de las cuales, diez acontecieron en el municipio de Toluca, lo que representa un 6.02% del total de la entidad¹⁶. Ocho de esas muertes se produjeron por causas obstétricas indirectas y dos por enfermedad hipertensiva¹⁷; Nuevamente, situaciones que de haber estado presente personal de salud con formación básica, el desenlace hubiera sido diferente.

Se analiza la situación en la siguiente tabla:

Tabla 6. Principales causas de defunción materna en el Municipio de Toluca*

	Causa CIE-10	Mujeres fallecidas
1-	Causas Obstétricas Indirectas	8
2-	Enfermedad Hipertensiva	2

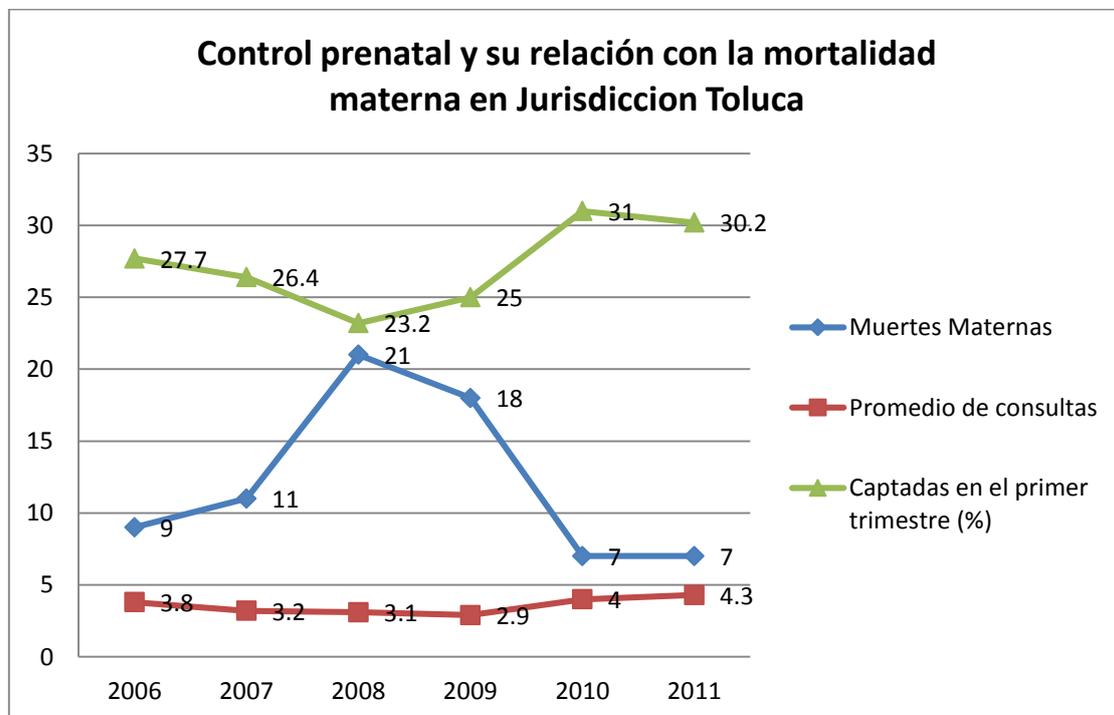
Fuente: Instituto de Salud del Estado de México (2009):

http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/estadisticas/defmat/MORTA_MAT_MPIO_CAUSA_2002_2009.pdf

Como ya se ha comentado, y de acuerdo con la respectiva norma oficial mexicana, el control prenatal es de suma importancia, y siempre está relacionado inversamente con la mortalidad. Dicho de otra manera, a mayor control prenatal, menores defunciones.

En la siguiente gráfica se muestra como se ha comportado la mortalidad materna en relación con el control prenatal, el cual está medido en promedio de consultas por paciente.

Grafica 2. Control prenatal y su comportamiento, comparado con la mortalidad materna en la Jurisdicción sanitaria Toluca*



Fuente: Instituto de Salud del Estado de México (2011): Jurisdicción Sanitaria Toluca base de datos del departamento de Salud Reproductiva al corte 2006 – 2011.

Muestra que la mortalidad materna se presentó en mayor número (21) en el 2008, el promedio de consultas es de 3.1 por paciente, y la menor captación del 23% en el primer trimestre; contrario a los años 2010 y 2011 donde se observa un incremento de 4 y 4.3 de promedio de consultas respectivamente.

Ahora bien, la mortalidad materna ha presentado, según se puede ver en la gráfica, un comportamiento variable con el transcurrir del tiempo, mientras que el número de embarazadas aumenta constantemente, y el control prenatal también lo hace, llegando a ser de 4.3 consultas por embarazada, sin llegar todavía al óptimo de 5.

1.2 Comunidad de Calixtlahuaca.

Geográficamente, se ubica al norte de la ciudad de Toluca, capital del Estado, a tan sólo unos minutos en auto; Políticamente, la localidad de Calixtlahuaca pertenece al municipio de Toluca, Estado de México; y hablando en términos de salud, depende la jurisdicción sanitaria de Toluca, la cual agrupa a varios municipios.

Toluca cuenta con una población de 394,836 hombres y 424,725 mujeres, para dar un total de 819,561 habitantes; tiene 199,789 viviendas habitadas, y la mayoría de ellas con servicios básicos urbanos¹⁸.

Fue uno de los asentamientos prehispánicos más importantes del valle de Toluca, sus habitantes eran los matlatzincas y su nombre significa **Lugar de casas en la llanura**, nombre dado por los mexicas al dominar la zona¹⁹.

En la comunidad solo existe un servicio médico institucional, lo brinda la Secretaria de Salud estatal, es un centro de salud rural disperso de 1 núcleo básico, con 1 medico, 1 enfermera y 3 vacunadores en turno matutino; y 1 médico y una enfermera de turno vespertino con un horario de atención de lunes a viernes de 8 a 14 horas y de 14 a 20 horas.

Ahora se analizará el control prenatal desglosado por trimestre, **debido a que es un marcador de pronóstico médico muy importante**. Resulta que, las embarazadas que acuden a su control prenatal dentro del primer trimestre de su embarazo, tienen mejores condiciones para sobrevivir junto con su producto, además de presentar menos complicaciones. Caso contrario aquellas que acuden en trimestres posteriores²⁰.

Para analizar detalladamente la atención prenatal en la comunidad de Calixtlahuaca en el 2011, se presentan la siguiente tabla:

Tabla 7. Consulta de control prenatal por trimestre/primer vez y subsecuente, Calixtlahuaca 2011.

Control prenatal	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Total
Primera Vez	48 (30%)	66 (41%)	46 (28%)	161
Subsecuente	41 (9.9%)	172 (41%)	201 (48%)	414

Fuente: Instituto de Salud del Estado de México (2011), SIS: Jurisdicción Sanitaria Toluca, Calixtlahuaca, base de datos del departamento de salud reproductiva.

El promedio que se obtiene de las cifras presentadas, por mujer, es de 3.6 consultas (indicador bajo, de acuerdo a la norma oficial 007 SSA). Tan sólo el 30% de las embarazadas es captado en el primer trimestre de la gestación, el periodo más importante en términos de salud para la madre y el producto.

La gran mayoría, el 70% es captado en el segundo y tercer trimestre del embarazo, perdiendo oportunidades valiosas para generar pautas de atención benéficas.

Es posible inferir, que muchas de las muertes maternas que se presentaron en el municipio de Toluca, incluyendo a la comunidad de Calixtlahuaca, y en toda la entidad, se debieron en gran medida, a la falta de atención médica oportuna y de calidad, de acuerdo con lo que afirman organismos internacionales.

Problemas de salud que inicialmente eran fáciles de resolver con un control médico temprano, derivaron en situaciones graves en la que las gestantes perdieron la vida; de ahí las recomendaciones en el sentido de generar estrategias que acerquen a las embarazadas a sus centros de salud, en busca de atención médica.

También se puede inferir, que una vez que la mujer embarazada acude por primera vez a su unidad de salud, generalmente continúa con su control. Ello se intuye de las cifras mostradas en la tabla expuesta, esto porque 48 embarazadas acudieron por primera vez en su primer trimestre de la gestación, y en algún

momento fueron pacientes subsecuentes de primer, segundo, o tercer trimestre de manera secuencial.

Esa cifra siempre fue en aumento, por lo que se puede suponer que las 48 mujeres iniciales, continuaron con su control prenatal, y tan sólo se fueron sumando las que llegaban de primera vez en el segundo y tercer trimestre.

A continuación, se revisarán las cifras básicas del tema tratado y su relación con la mortalidad materna:

Tabla 8. Número de Embarazadas por año y su relación con las consultas médicas en Calixtlahuaca del 2006 al 2011*

Variable/Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Embarazadas	114	143	144	154	146	161
Consultas	468	512	611	593	522	574
Promedio de Consultas	4.1	3.6	4.2	3.9	3.6	3.6
N° Defunciones	0	1	0	1	2	3

Fuente: Instituto de Salud del Estado de México (2011): Jurisdicción Sanitaria Toluca base de datos del departamento de Salud Reproductiva al corte 2006 – 2011.

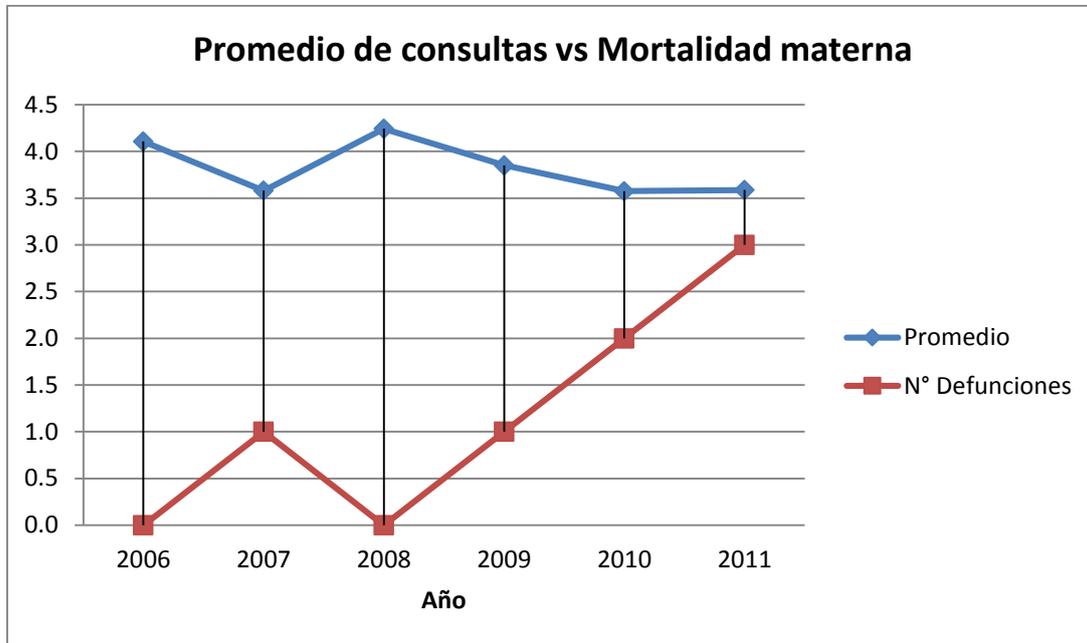
Como podemos observar en la tabla anterior, la mortalidad materna incremento en valor real de uno a partir del año 2008, y a su vez el promedio de consultas (control prenatal) disminuyo de 4.1 a 3.6 por paciente.

Situación complicada, que revela grandes áreas de oportunidad para el sistema de salud, ya que el número anual de embarazadas, en promedio, no rebasa las 143; y hablando de la tasa de letalidad, esta es de 1.9 defunciones por cada 100 embarazadas.

Hablando de la comunidad de Calixtlahuaca, es posible comentar que, las áreas de oportunidad más significativas se encuentran en la convocatoria y asistencia de las embarazadas a sus consultas, debido a que las distancias largas, e inaccesibilidad a los servicios de salud, han sido salvadas.

Las cifras graficadas:

Gráfica 3. Promedio de Consulta de control prenatal y muerte materna en Calixtlahuaca 2011.



Fuente: Instituto de Salud del Estado de México (2011): Jurisdicción Sanitaria Toluca base de datos del departamento de Salud Reproductiva al corte 2006 – 2011.

Obsérvese que el número de defunciones maternas aumenta justo cuando el control prenatal decae. Información que coincide con declaraciones de organismos internacionales, ya comentados en capítulos anteriores.

2. MARCO TEÓRICO

Se ocuparán los párrafos del presente capítulo en describir brevemente la situación latinoamericana, y en mostrar los estudios más importantes localizados a la fecha en nuestro país que tienen relación con el presente documento.

2.1 Latinoamérica.

Se analizará la siguiente tabla que muestra las diferencias que hay entre los países latinoamericanos:

Tabla 9. Comparativa de mortalidad materna e indicadores relacionados entre países latinoamericanos y del continente.*

Indicador	Chile	México	Haití	Canadá
Índice de mortalidad materna (x 100,000 nacimientos vivos)	25 mujeres fallecidas al año	50	350	12
Índice de fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años (x 1,000 mujeres)	52.6 nacimientos anuales	90.3	68.6	14.1
Índice de fertilidad total (por mujer)	1.9 niños por mujer	2.3	3.3	1.7
Índice de crecimiento poblacional anual	0.9	1.2	1.3	1
Médicos por 10,000 habitantes	10.26 médicos	19.59	2.5	19.75
Porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal y que su hijo nació vivo (al menos una visita médica)	N.D.	95.8	87.5	100
Porcentaje de nacimientos atendidos por personal médico capacitado	99.9	95.3	26.1	100
Porcentaje de mujeres que recibieron atención postnatal 48 hrs. después del parto.	N.D.	54.9	29.5	N.D.

Fuente: OMS: <http://www.who.int/gho/countries/en/index.html>

*Para la construcción de la tabla y efectos comparativos, se eligió al país latinoamericano con el mejor índice de mortalidad materna (Chile), al país que más problemas tiene en el mismo tópico (Haití), a un país de primer mundo con excelentes índices de desarrollo humano (Canadá), y finalmente a México.

Sin duda alguna, los 90.3 nacimientos por cada 1000 adolescentes son una fuente inagotable de riesgos obstétricos para México, y difícilmente se logrará disminuir la mortalidad materna si este indicador no decrece (**resaltado en azul**). Mientras mayor sea el crecimiento poblacional y mayor el número de hijos (embarazos) por mujer, mayor será el número de fallecimientos por el mismo. No así con el número de médicos (densidad) por 10,000 habitantes, este último indicador aplica de manera proporcional indirecta, o dicho de otra manera, mientras mayor sea el número de médicos por 10,000 habitantes, menor será el número de muertes a causa del embarazo.

Aunque no hay un *gold standard* (*estándar de oro*) para este indicador, se considera que con 23 médicos por 10,000 habitantes es posible brindar un cuidado médico completo²¹.

Nótese que en el caso de México, en un alto porcentaje (95.8%), cuando se logró dar por lo menos una consulta médica durante la gestación, el parto finalizó con un niño vivo; y que en la medida que se aumente el porcentaje de nacimientos atendidos por personal médico capacitado (México 95.3%) disminuirán las muertes maternas como en el caso de Chile y Canadá que están en el 100% de cobertura.

No existe mujer en Chile y Canadá que tenga un parto sin médico presente, o al menos personal sanitario suficientemente capaz para evitar complicaciones.

2.2 Chile.

Es país que más avances ha tenido en la materia, su experiencia ha sido exitosa e inclusive la ha compartido con otros países.

En Septiembre del 2008 fue lanzada una nueva iniciativa llamada **actuemos ya por las mujeres y los niños**, la cual contempla un proyecto a largo plazo que culminará hasta el 2015 con diferentes fases secuenciales.

La primera fase la protagonizaron Chile, Brasil, Ecuador y Bolivia hasta el 2010; la segunda fase está en proceso y la integran Nicaragua, Paraguay, Cuba, Honduras, Perú y Uruguay. Ya para el 2015, dicha iniciativa tiene el propósito de expandirse a tantos países como sea posible por medio de una plataforma de cooperación regional.

Básicamente, se trata de capacitación a parteras, para que puedan manejar desde un parto sin complicaciones hasta ciertos riesgos obstétricos, todo ello

con un enfoque multicultural, que respete los valores de las comunidades y que pueda facilitar el acceso a los servicios de salud²².

2.3 Control Prenatal.

La OMS lo define como: el conjunto de acciones médicas asistenciales y educativas con fines preventivos, diagnósticos y curativos, programados por el equipo de salud con el objetivo de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto²³.

El principal objetivo que tiene el control prenatal, además de lograr llevar a buen término el embarazo, es la identificación del riesgo obstétrico, ya que sin este no se puede otorgar una atención médica adecuada. Y básicamente, según la OMS se distinguen cuatro tipos de riesgos²⁴:

- **Bajo riesgo:** Embarazadas con condiciones óptimas para su propio bienestar y el del feto, que no evidencian factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes gineco-obstétricos o patología general intercurrente.
- **Alto riesgo tipo I:** Embarazadas con buen estado de salud en general, pero con uno o más factores de riesgo epidemiológico y/o social (analfabetismo, extrema pobreza, larga distancia al centro de salud, tabaquismo, alcohol, drogas, control prenatal tardío o después del tercer trimestre, < 15 años, > 35 años, obesidad, peso < 45 kg., periodo intergenésico < 2 años o > a 5 años.
- **Alto riesgo tipo II:** Embarazadas con buen estado de salud en general, pero con uno o más antecedentes de patología gineco-obstétrica perinatal o general (peso inadecuado para la edad gestacional, malformaciones congénitas fetales, trauma o infección fetal, retraso mental, parálisis cerebral, edad gestacional desconocida, paridad > a 4, parto prematuro, embarazo prolongado, preeclamsia-eclamsia, cesárea anterior, rotura prematura de membranas, distocias dinámicas, hemorragias obstétricas, mola hidatiforme, accidentes anestésicos, trastornos neurológicos periféricos.

- **Alto riesgo tipo III:** Pérdida fetal recurrente, infertilidad, incompetencia cervical, malformaciones uterinas, tumores, cáncer, desproporción feto-pélvica, placenta previa, anemia, diabetes, cardiopatías, nefropatías, desnutrición, psicopatologías.

Los niveles de atención, así como los protocolos de actuación en el control prenatal una vez identificado el riesgo obstétrico son los siguientes:

Embarazadas de bajo riesgo,

Primer nivel de atención (centro de salud):

- Suplementación con hierro + ácido fólico + educación sobre nutrición
- Toxoide tetánico y diftérico
- Vacuna anti-influenza

Segundo Nivel (hospital):

- Parto y Puerperio

Embarazadas de alto riesgo tipo I, II y III

Segundo nivel (hospital):

- Control, seguimiento, parto y puerperio

2.4 Norma Oficial Mexicana.

Se trata de los ordenamientos legales que todo médico e institución de salud deben de seguir en territorio mexicano, y contiene los principios médicos básicos que, de acuerdo a la lex artis, y a la experiencia previa, brindan una atención en salud eficaz, que resulta en una disminución de riesgos y mejora las probabilidades de sobrevivir para las gestantes.

A continuación, se ha construido un extracto de la norma oficial mexicana que nos ocupa, la NOM 007-SSA2-1993, en la cual se distinguen los siguientes objetivos del control prenatal:

Tabla 10. Actividades a realizar con una mujer embarazada según la norma oficial mexicana.*

1-Vigilar la prescripción médica	2-Orientación nutricional
3-Identificación de signos y síntomas de alarma	4-Promoción de la lactancia, planificación e integración familiar
5-Medición de tensión arterial, fondo uterino, peso y talla	6-Cumplir con cinco consultas prenatales (la 1ª antes de las 12 semanas)
7-Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL	8-No emplear rutinariamente analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal
9-Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho	10-No aplicar rutinariamente la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas
11-Examen general de orina	12-Verificar condiciones del recién nacido e inicio de lactancia
13-Detección de VIH	14-Deambulacion materna a las 6 hrs. tras el parto.
15-Prescripción de hierro y ácido fólico	16-Verificar signos vitales a las 2 hrs. tras el parto.
17-Aplicar dos dosis de toxoide tetánico	18-Tres consultas durante el puerperio

Fuente: Construida a partir de la NOM 007-SSA2-1993 y adaptada por el autor para la atención de primer nivel: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html

*Se han resaltado en azul los indicadores sujetos a vigilancia internacional, que además son estándares de calidad de atención puesto que se consideran son los más importantes para reducir la mortalidad materna; cabe añadir que en México y en la comunidad de Calixtlahuaca no se satisfacen.

No se profundizará más en los detalles médicos del control prenatal, ya que no se pretende agotar el tema, tan sólo brindar un contexto teórico del mismo.

2.5 Algunas experiencias en México.

Una publicación de la unidad de Epidemiología del IMSS en Tamaulipas, determinó al control prenatal como la variable más importante para la disminución de la morbilidad neonatal, y de hecho, sugiere estrategias sociales que permitan a las mujeres incrementar su asistencia como usuarias a dicho control²⁵.

Un estudio clínico aleatorizado multicéntrico en el cual, bajo iniciativa del Banco Mundial/OMS/UNFPA/UNDP para Investigación, desarrollo, y capacitación para la investigación en reproducción humana, se comparó el modelo occidental estándar de control prenatal con el nuevo modelo de la OMS, (que limita el número de consultas, restringe exámenes médicos, procedimientos clínicos y acciones de seguimiento, únicamente a aquellos que han probado con sólida evidencia que son benéficos), demostró que, no existe diferencia significativa entre modelos (occidental estándar versus nuevo modelo de la OMS)²⁶.

El estudio fue conducido en 53 clínicas de control prenatal de Argentina, Cuba, Arabia Saudita y Tailandia. De manera aleatorizada, 27 clínicas proporcionaron el nuevo modelo de la OMS, y 26 proporcionaron el modelo estándar a 24,678 mujeres durante 18 meses, con un límite superior de intervalo de confianza 95% del Odds ratio ajustado para resultados.

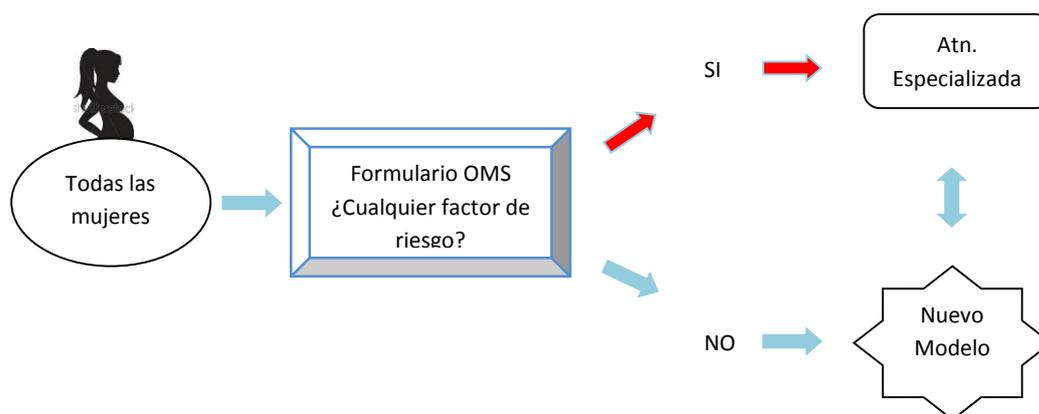
El nuevo modelo de la OMS con tan sólo cuatro consultas y restricción de intervenciones, resultó ser tan efectivo como el modelo occidental estándar de 8 a 12 consultas²⁷.

De hecho, se utilizó en este estudio como herramienta diagnóstica de riesgo obstétrico inicial, el cuestionario del nuevo modelo de la OMS (ver anexo 1), para determinar a las integrantes de la campaña de talleres habilidades para la vida (sólo bajo riesgo).

Es importante enfatizar que el nuevo modelo de la OMS, (base de este documento) sólo es útil para mujeres que NO presentan complicaciones relacionadas con el embarazo, o patologías médicas, o factores de riesgo relacionados con la salud.

Se esquematiza a continuación el nuevo modelo de la OMS, por ser parte de la metodología utilizada en el presente estudio (sólo el formulario):

Figura 1. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS*



Construido y adaptado por el autor con base en el nuevo modelo de control prenatal de la OMS, sitio oficial:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf?ua=1, Pág. 8

*Para profundizar acerca del formulario del nuevo modelo y las acciones a realizar en cada una de las visitas consultar anexo 1 y 2.

El nuevo modelo de la OMS, estima que el 75% de las mujeres embarazadas serán integradas al esquema de 4 visitas, y que sólo el 25% requerirá atención especializada²⁸.

2.6 Habilidades para la Vida.

Ahora bien, ya se comentó que para detectar a las candidatas a la campaña de talleres, se ocupó un instrumento validado por la OMS (formulario), sin embargo, los talleres en sí mismos, tienen su base en la iniciativa internacional para la educación en grupo de diez destrezas psicosociales a las que llamé **“Habilidades para la Vida”**, la cual trata de educar y formar hombres y mujeres con capacidad de negociar con el entorno y las complejidades de la vida, ejercer plenamente la ciudadanía, contribuir a una cultura de la paz y a la transformación de las sociedades en que viven, con énfasis al fortalecimiento de sus habilidades y competencias psicosociales²⁹.

Las habilidades para la vida se refieren, a las aptitudes necesarias para comportarse de manera adecuada y enfrentar con éxito las exigencias y desafíos de la vida diaria. Estas favorecen comportamientos saludables en las

esferas físicas, psicológicas y sociales. Comprende tres categorías de habilidades: sociales, cognitivas y para el control de las emociones (OPS, 2001).

En efecto, desde 1999 la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) decidió dar prioridad a la educación en habilidades para la vida en los países de América Latina y el Caribe como una forma de contribuir al desarrollo saludable de la población en edad escolar, y es así como dicho componente se incluyó en el plan de acción para los próximos diez años de la Iniciativa regional escuelas promotoras de la salud³⁰.

La publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) del 2001 acerca del enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes agrupa tales habilidades en tres categorías a saber:

- Habilidades sociales (comunicación, negociación, empatía, etc.)
- Habilidades cognitivas (toma de decisiones, pensamiento crítico, etc.)
- Habilidades emocionales (control de emociones: estrés, ira, etc.)

Figura 2. Clasificación de Habilidades para la Vida

	Habilidades sociales	Habilidades cognitivas	Habilidades para el control de las emociones
HABILIDADES	<input type="checkbox"/> Habilidades de comunicación <input type="checkbox"/> Habilidades de negociación/rechazo <input type="checkbox"/> Habilidades de aserción <input type="checkbox"/> Habilidades interpersonales (para desarrollar relaciones sanas) <input type="checkbox"/> Habilidades de cooperación <input type="checkbox"/> Empatía y toma de perspectivas	<input type="checkbox"/> Habilidades de toma de decisiones/solución de problemas <input type="checkbox"/> Comprensión de las consecuencias de las acciones <input type="checkbox"/> Determinación de soluciones alternas para los problemas <input type="checkbox"/> Habilidades de pensamiento crítico <input type="checkbox"/> Análisis de la influencia de sus pares y de los medios de comunicación <input type="checkbox"/> Análisis de las propias percepciones de las normas y creencias sociales <input type="checkbox"/> Autoevaluación y clarificación de valores	<input type="checkbox"/> Control del estrés <input type="checkbox"/> Control de sentimientos, incluyendo la ira <input type="checkbox"/> Habilidades para aumentar el locus de control interno (manejo de sí mismo, monitoreo de sí mismo)

Una perspectiva de las habilidades sociales, que las enlaza directamente con los resultados de la conducta, es el modelo de déficit de habilidades. Desde una perspectiva de prevención y promoción de la salud, la investigación apoya el desarrollo de habilidades, incluyendo la comunicación aserción, rechazo y negociación.³⁰

En las habilidades cognitivas la clave es resolución de problemas y toma de decisiones. La solución de problemas se identifica como un curso de acción que cierra la brecha entre la situación actual y una situación futura deseable. Este proceso requiere que quien toma la decisión sea capaz de identificar diferentes cursos de acción o solución a un problema, y determinar cuál es la mejor alternativa de solución (Beyth-Marom y cols., 1989). Otro aspecto crucial de la cognición está relacionado con la autoevaluación o la capacidad de reflexionar sobre el valor de las propias acciones y las cualidades de uno mismo y con los demás, y también con la expectativa o el grado al que uno espera que sus esfuerzos den forma a la vida y determinen los resultados.³⁰

Las habilidades para enfrentar emociones por medio del aprendizaje del autocontrol y el control del estrés (a menudo incorporando habilidades de solución de problemas sociales) constituyen una dimensión crítica en la mayoría de los programas de habilidades para la vida. La mayor parte de la investigación en esta área se enfoca específicamente en la reducción de la ira y el control de conflictos. Las habilidades para enfrentar emociones también incluyen el fortalecimiento del locus de control interno, o creer en el control personal y la responsabilidad por la vida propia, y en una expectativa generalizada de que las acciones propias serán apoyadas.³⁰

Los talleres de habilidades para la vida promueven un comportamiento que genera estilos de vida saludables mediante el autocuidado. Busca la integración social de la comunidad, al invitar a los familiares y amigos a ser parte activa y responsable del proceso de gestación, favorece una convivencia positiva entre los habitantes, a través de la generación del sentido de llegada de un nuevo ser a la comunidad; y finalmente, cohesiona a la familia al cuidar de su principal educadora, la madre.³⁰

Los indicadores de resultados seleccionados para los programas dependen de las metas deseadas en cada programa. Los programas de habilidades para la vida generalmente analizan cambios en los niveles de habilidades, actitudes y creencias, y en los resultados conductuales.³⁰

Estos pueden ser autoevaluados o evaluados por los proveedores de programas y los padres de familia. Por ejemplo en el campo del abuso de sustancias, las habilidades críticas que se evalúan a menudo son las siguientes: seguridad, habilidades de rechazo, centro de control, toma de decisiones y solución de problemas (Botvin, 1986).

El sistema de valoración de las habilidades sociales (SSRS, por sus siglas en inglés) (Gresham y Elliot, 1990) es uno de los muchos sistemas de valoración que han sido utilizados para medir las habilidades sociales de los estudiantes, incluyendo cooperación, positivismo, empatía y autocontrol.

El ajuste emocional y social puede ser medido por medio de diferentes escalas, incluyendo el **examen de tareas de adaptación de la escuela media** (Elias y cols., 1992).

Este examen hace preguntas a los maestros, padres y estudiantes acerca de su adaptación a la escuela media (generalmente en edades entre 10-14 años en los Estados Unidos).

Otras escalas incluyen el perfil de autopercepción para niños, que mide la percepción de los niños en cuanto a su aptitud personal (Harter, 1985). Es necesario realizar más investigaciones para medir habilidades, aptitudes, ajuste y otros elementos clave de los programas de habilidades para la vida en América Latina y el Caribe.

Dependiendo del resultado conductual deseado, los programas pueden medir el uso de sustancias, cambios en la conducta sexual, decisiones acerca del tabaco, uso del condón, etc. Los programas de prevención del uso de sustancias a menudo aplican medidas objetivas de alcohol y tabaco, tal como los "breathalyzer" (analizadores del aliento), y la prevención de la violencia a menudo se fija en el número de conflictos o en si los conflictos resultan en violencia.

Las habilidades para vida, dentro del enfoque de promoción, están dirigidas a consolidar el desarrollo de las personas, porque favorecen comportamientos saludables al incidir sobre los determinantes de la salud; por

ejemplo, contribuyen a consolidar estilos de vida saludables, mejorar el entorno, adquirir prácticas saludables de alimentación y nutrición; es decir, favorecen el desarrollo humano.³¹

Saber controlar las emociones, las relaciones interpersonales, mejorar nuestros espacios, y saber cómo alimentarnos bien, es tan importante como el intelecto para lograr éxito en la vida. Los programas que se enfocan únicamente en la transferencia de información son menos efectivos en la promoción y prevención de la salud que los programas que incorporan el desarrollo de habilidades para la vida, las cuales han demostrado ser mediadoras en las conductas problemáticas.³¹

2.7 Fundamentos teóricos del enfoque de habilidades para la vida.

Las teorías acerca de la manera en que los humanos, y específicamente los niños y los adolescentes, crecen, aprenden y se comportan, ofrecen el fundamento del enfoque de las habilidades para la vida. Estas teorías no son mutuamente excluyentes y todas contribuyen al desarrollo del enfoque de las habilidades para la vida. Esta sección analiza siete teorías: desarrollo del niño y el adolescente, aprendizaje social, problemas de conducta, influencia social, solución de problemas cognitivos, inteligencias múltiples, y riesgo y resiliencia.³²

Un objetivo importante ha sido la incorporación de estrategias de promoción de la salud en los programas y servicios de salud. Este es un reto para el sector salud en general, el cual tiene un enfoque tradicional de servicios curativos en clínicas y hospitales.³²

La confianza interpersonal, definida como la expectativa general de que otras personas sean fiables y dignas de confianza, es una dimensión importante de la competencia social. En la investigación se ha determinado que las personas que confían en los demás son capaces de infundir confianza, son agradables a sus compañeros, hacen amigos fácilmente y son más autónomas al hacer y ejecutar planes de vida (Tyler, 1991). El establecimiento de la confianza se basa en experiencias pasadas y en el contexto de las relaciones.³²

En el presente cuadro se resumen las principales teorías que influyen en las habilidades para la vida.³²

Cuadro 1. Teorías de Influencia de Habilidades para la Vida	
Teoría del desarrollo del niño y del adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • La adolescencia temprana (10–14 años) se singulariza como un momento crítico para formar habilidades y hábitos positivos, puesto que en esa edad se está desarrollando la autoimagen y habilidad para pensar en forma abstracta y resolver problemas. • El contexto social más amplio de la adolescencia temprana y media provee situaciones variadas, en las cuales se pueden practicar habilidades nuevas con pares y otros individuos fuera de la familia • Se reconoce que el desarrollo de habilidades y aptitudes es crítico en el desarrollo de un niño y para alcanzar un sentido de sí mismo como un individuo autónomo
Teoría del aprendizaje social	<ul style="list-style-type: none"> • La enseñanza de habilidades para la vida requiere copiar los procesos naturales por los cuales los niños aprenden conductas (modelos, observación, interacción social). • Los niños necesitan desarrollar habilidades internas (autocontrol, reducción del estrés, control de sí mismos, toma de decisiones) que puedan apoyar conductas positivas externas.
Teoría de conducta problemática	<ul style="list-style-type: none"> • Las conductas están influenciadas por los valores, creencias y actitudes del individuo y la percepción que los amigos y familiares tienen acerca de estas conductas; por lo tanto, las habilidades de clarificación y pensamiento crítico (para evaluarse a sí mismo y a los valores del medio social) constituyen un aspecto importante de los programas de habilidades para la vida.
Teoría de la influencia social	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede evitar la presión social y la de los pares para practicar conductas insanas si se tratan antes de que el niño o adolescente se vea expuesto a estas presiones, apuntando así hacia la prevención temprana en vez de una intervención más tarde. • Es más efectivo enseñar a los niños habilidades de resiliencia para reducir las conductas problemáticas que darles información o provocar miedo a los resultados de la conducta.
Solución cognitiva de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de habilidades para resolver problemas está relacionada con conductas sociales insuficientes. Esto indica que es necesario incluir la solución de problemas como un aspecto de los programas de habilidades para la vida. • Enseñar habilidades para la solución de problemas interpersonales en las etapas tempranas del proceso de desarrollo (niñez, adolescencia temprana) es sumamente efectivo.
Inteligencias múltiples (incluyendo la inteligencia emocional)	<ul style="list-style-type: none"> • Una visión más amplia de la inteligencia humana apunta hacia el uso de varios métodos de instrucción, utilizando diferentes estilos de aprendizaje. • El control de emociones y la comprensión de los propios sentimientos y los sentimientos de los demás son críticos en el desarrollo humano, y los niños pueden aprenderlos de la misma forma que se aprende a leer o las matemáticas
Teoría de resiliencia y riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Las habilidades socio-cognitivas, la aptitud social y las habilidades para la solución de problemas pueden servir como mediadores de la conducta. • Las habilidades específicas tratadas en los programas de habilidades para la vida forman parte de los factores internos que ayudan a los jóvenes a responder ante la adversidad, y son los rasgos que caracterizan a los jóvenes resistentes
Teoría de psicología constructivista	<ul style="list-style-type: none"> • El proceso de aprendizaje ocurre a través de la interacción social en el aprendizaje de los pares, grupos cooperativos o situaciones de discusión abierta. • El desarrollo de habilidades para la vida en los adolescentes, como cualquier otro proceso de aprendizaje, está lleno de creencias y valores culturales. • El desarrollo de habilidades por medio de la interacción individual y el medio sociocultural puede llevar a cambios tanto en el individuo como en el medio (grupo de pares, clase, familia, grupo de jóvenes).
<p>Cada una de estas teorías provee una pieza importante en el desarrollo de habilidades de justificación y diferenciación de perspectivas, las cuales explican la importancia de estas habilidades. Algunas teorías ponen mayor énfasis en los resultados de las conductas, justificando el desarrollo de habilidades como un</p>	

medio para impulsar a los adolescentes hacia las conductas que las expectativas de desarrollo, el contexto cultural y las normas sociales consideran apropiadas. Otras se centran más en la adquisición de habilidades que en la meta misma, ya que la aptitud en la solución de problemas, comunicación interpersonal, y solución de conflictos se pueden ver como elementos cruciales del desarrollo humano saludable. Finalmente, algunas perspectivas teóricas ven estas habilidades para la vida como un medio para que los adolescentes participen activamente en su propio proceso de desarrollo y en el proceso de construcción de normas sociales.³²

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La baja asistencia de las embarazadas a su consulta médica en Calixtlahuaca es el principal problema que se tiene considerado a resolver.

Como ya se expuso anteriormente en el capítulo de antecedentes, las embarazadas sólo acuden un promedio de 3.6 consultas durante toda la gestación; sumado a que el 70% de los embarazos son captados o vistos por primera vez, hasta el segundo y tercer trimestre, (ver tabla 10), momento en el que ya se pudieron haber producido importantes daños a la salud tanto para la madre como para el producto, incrementando la probabilidad de aparición de complicaciones en el embarazo, que pueden terminar en muerte para ambos.

La baja asistencia de las embarazadas a solicitar control prenatal, la captación tardía de las que acuden (70% hasta el segundo y tercer trimestre), las poblaciones numerosas del Estado de México, y la concentración de recursos médicos son la problemática que hacen surgir el presente estudio.

Por lo anteriormente expuesto surgen los siguientes cuestionamientos:

¿Cómo incrementar el promedio de asistencia a las consultas prenatales por embarazada en la comunidad de Calixtlahuaca hasta llegar al mínimo recomendado por la NOM 007-SSA2-1993 de cinco?

Respecto al control prenatal, *¿Cómo lograr que aumente el porcentaje de embarazadas captadas, o vistas médicamente por primera vez en los primeros tres meses de la gestación? (actualmente es del 30%).*

Dicho de otra manera, *¿cómo hacer para que las embarazadas acudan por primera vez a su control prenatal antes de que tengan tres meses de gestación?*

4. JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un mismo país. La magnitud del problema refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios, nutricionales y las condiciones económicas precarias.

De los niveles de intervención en el embarazo, uno de los pilares fundamentales es el primer nivel que es donde se oferta un control prenatal que debe tener como acción básica la identificación del riesgo obstétrico, como medida esencial para que este sea eficiente y de calidad.

A nivel mundial y en el Estado de México, la mortalidad materna es un indicador prioritario en los servicios de salud, indicador que en el municipio de Toluca ha ido reduciéndose; no así en la comunidad de Calixtlahuaca, comunidad rural que, desafortunadamente en los últimos 5 años es la que ocupa el primer lugar en mortalidad materna en el municipio de Toluca, convirtiéndose en un problema de salud pública con un impacto negativo que repercute en sus habitantes.

En la localidad de Calixtlahuaca la frecuencia del control prenatal es de 3.2 consultas por mujer, que está por debajo de lo sugerido para tener un control prenatal efectivo. Un control prenatal incompleto no permite que se identifiquen los factores de riesgo en tiempo y forma para poder atender las complicaciones del embarazo de manera precoz y efectiva.

El no realizar planes de acción que impacten directamente en los actores fundamentales de la problemática encontrada en esta localidad puede propiciar que este círculo que está presente continúe y se sigan presentando defunciones maternas en Calixtlahuaca.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Aumentar la demanda del control prenatal en mujeres embarazadas de Calixtlahuaca, Estado de México.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el promedio de consultas prenatales durante el taller de habilidades para la vida, y a su vez compararlo con el promedio anterior al taller.
- Determinar el número total de embarazadas durante el taller de habilidades para la vida, y a su vez compararlo con el número total de embarazadas anterior al taller.
- Determinar el número total de consultas durante el taller de habilidades para la vida, y a su vez compararlo con el número total de consultas anterior al taller.
- Evaluar el conocimiento de su control prenatal de las mujeres embarazadas antes y después del taller de habilidades para la vida.

6. METODOLOGÍA

6.1 *Material y Métodos*

Estudio mixto, aleatorizado, transversal, descriptivo, comparativo, y prospectivo, (casos y controles) basado en la metodología ***Habilidades para la vida, diez destrezas psicosociales***, la cual fue parte del plan de acción de la iniciativa regional de escuelas promotoras de la salud, de la OPS en 1999.

Con el uso de un formulario-cuestionario de la OMS para detectar embarazadas de bajo riesgo (grupo de casos).

La intervención plasmada en este documento **se realizó durante nueve meses, de Marzo a Diciembre del 2012.**

Las participantes fueron mujeres embarazadas que tuvieron su gestación en la comunidad de Calixtlahuaca, Estado de México, en el centro de salud con el mismo nombre.

Se seleccionaron todas las mujeres gestantes que desearon participar, **totalizaron 182 mujeres de bajo riesgo.** Se rechazaron 21 mujeres por presentar al inicio de la intervención un mediano o alto riesgo, a ellas se les refirió inmediatamente a segundo nivel de atención. Cumplían con los requisitos de ser residentes de la comunidad de Calixtlahuaca, Estado de México.

No hubo que predeterminar el número de participantes debido que es precisamente uno de los objetivos del estudio.

Se definió como ***embarazadas en el taller (grupo ET), mujeres que estuvieron expuestas a la intervención, o que recibieron el taller; y embarazadas sin el taller (grupo ST), mujeres que no tuvieron la intervención, o que no recibieron el taller.***

Se logró la equivalencia de los grupos mediante la aleatorización, además de asegurarse con post-pruebas, que los grupos contaran con el mismo nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, edad, (todas las mujeres en ambos grupos fueron de bajo riesgo), mismo moderador.

Los talleres se realizaron los mismos días, a la misma hora, por el mismo periodo de tiempo, con número muy similar de participantes, y durante los mismos meses.

Haciendo las veces de pre-prueba, se utilizó el cuestionario-formulario de la OMS, para detectar e integrar únicamente a embarazadas de bajo riesgo y lograr la validez interna mediante la estandarización inicial. Las técnicas de recolección de la información fueron **mediante el censo, sin ningún tipo de muestreo.**

Para obtener las cifras del grupo que no recibió la intervención, **se extrajeron directamente del Sistema de Información en Salud (SIS)**, durante el mismo periodo de tiempo que duró la intervención (nueve meses); mientras que las cifras prospectivas se generaron durante la intervención. El periodo de tiempo elegido (nueve meses) **se determinó porque es el máximo que debe de durar la gestación humana, y por ello, la única ventana de tiempo para realizar una intervención médica y preventiva.**

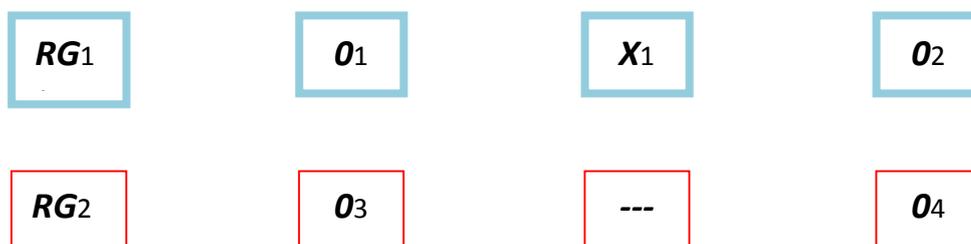
Las fuentes de la información son documentales.

Las dimensiones de la indagación fueron:

- *Número total de Embarazadas en cada uno de los grupos durante la intervención.*
- *Número de consultas totales, de primer trimestre, de segundo trimestre, y de tercer trimestre, expresadas en números absolutos y proporcionales.*
- *Promedio de consultas prenatales por embarazada durante su gestación.*

El diseño es con preprueba y postprueba, y grupo de control, mediante prueba estadística "t" para grupos correlacionados, al nivel de medición por intervalos

Figura 3. Simbología del diseño y operacionalización de variables



R: Asignación al azar

G: Grupos

X: Variable independiente (taller)

O: pre-prueba (OMS), y post-prueba (t para grupos correlacionados)

---: grupo control.

Variable independiente: Taller habilidades para la vida

Variable dependiente: control prenatal, medido en promedio de consultas por embarazada

Hipótesis de Investigación: El taller habilidades para la vida, aumenta el promedio de consultas por embarazada durante su gestación

La metodología o dinámica del taller consiste en:

1 sesión mensual de 2 horas con un grupo de 30 mujeres embarazadas, de bajo riesgo únicamente, acompañadas por sus esposos o un familiar cuando sea posible; 60 personas como máximo.

La intención de la metodología es permear conceptos y directrices médicas a la gente común. Es decir, que las mujeres embarazadas y sus esposos se lleven a casa herramientas y lineamientos que les servirán a llevar a buen término su gestación.

Mediante juegos y dinámicas sencillas con moderadores que conocen el manejo de grupos, poco a poco se van introduciendo en los asistentes conocimientos y pautas de actuación en caso de alguna eventualidad.

Por ejemplo: en el juego de mímica, en el cual una de las embarazadas gesticula con cara y cuerpo (sin hablar) uno de los signos de alarma en el embarazo como

el sangrado transvaginal, mientras que los demás asistentes hacen el intento por adivinar la representación.

De esa manera, tanto la embarazada como los demás aprenden que el sangrado transvaginal es un signo de alarma, y al final el moderador refuerza el conocimiento haciendo hincapié que hay que asistir al médico en caso de tal evento.

Las asistentes fueron convocadas de manera verbal por médicos, enfermeras, trabajadores del centro de salud en general, líderes comunitarios, y finalmente por las mismas asistentes a los talleres.

De hecho, fue una de las finalidades básicas de la presente intervención, que las mujeres gestantes sean las promotoras principales de los talleres, al indicarles a sus vecinas y conocidas que se juega, se divierte y se aprende en el centro de salud.

La validez interna está dada por la equivalencia de los grupos mediante la distribución al azar de las participantes, se logró que los grupos fueran equiparables al cuidar todo aspecto encontrado en la bibliografía médica que tuviera incidencia directa en el control prenatal y mortalidad materno infantil, tales como: nivel socioeconómico, escolaridad, edad, distancias de traslado (todas las participantes fueron de la misma comunidad), y diagnóstico inicial (embarazo de bajo riesgo).

Durante la intervención se mantuvo la equivalencia de los grupos debido que ninguna participante abandono alguno de ellos, y todos los talleres se realizaron en el mismo centro de salud, a la misma hora, y durante el mismo tiempo.

Todos los grupos fueron mayores de 15 personas. El diseño es con preprueba y posprueba, y grupo de control, con prueba estadística "t" para grupos correlacionados, al nivel de medición por intervalos

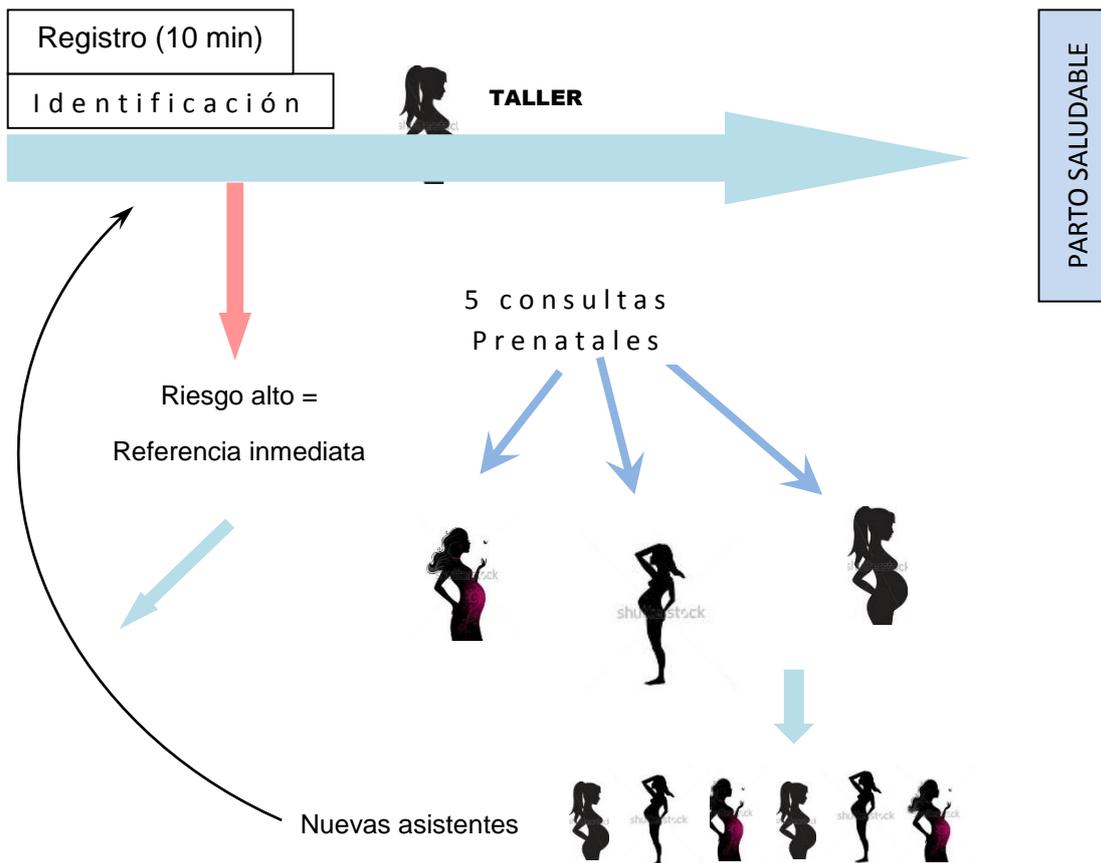
Los talleres se llevaron a cabo en el centro de salud ya mencionado, conducidos por un moderador con experiencia en el manejo de grupos.

El taller dura un máximo de 2 horas dividido de la siguiente manera: 10 minutos para el registro donde se identifica plenamente a la paciente al plasmar sus

principales datos, a la vez que se diagnostica un riesgo de embarazo, el cual puede ser bajo, intermedio, o alto. Sólo participaron de bajo riesgo.

Se esquematiza el taller:

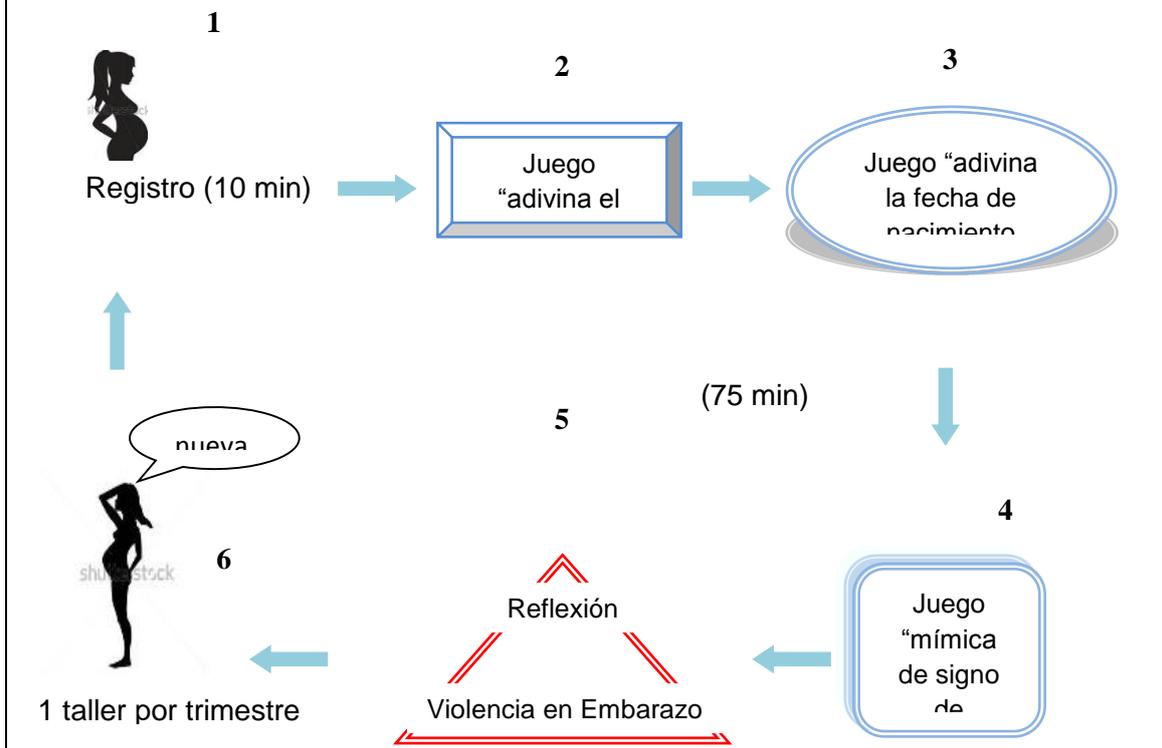
Figura 4. Taller Habilidades para la vida, diez destrezas psicosociales, Objetivo.*



*El taller habilidades para la vida, destrezas psicosociales, es una metodología dinámica que pretende atraer a más gestantes al control prenatal mediante las mismas asistentes al previo

Fuente:

Figura 5. Metodología del Taller Habilidades para la vida, diez destrezas psicosociales.*



*Cinco pasos que permean conceptos médicos complejos de una manera sencilla a las gestantes, para aumentar y mejorar el control prenatal en ellas mismas y en otras mujeres, lo que conllevará a un parto saludable para el binomio madre-hijo.

Fuente:

Cuadro 2. Metodología del Taller Habilidades para la vida, diez destrezas psicosociales.*

Actividad	Objetivo- Destreza adquirida
<p>Paso 1- Registro.</p> <p>Tiempo: 10 min.</p> <p>Material: Carnet, prendedores, rotuladores, hojas de censo.</p> <p>Dinámica: Se otorga carnet perinatal y prendedor personalizado.</p>	<p>Identificar nuevas y anteriores usuarias</p>
<p>Paso 2- Juego "Adivina el Abdomen"</p> <p>Tiempo: 15 min.</p> <p>Material: Papel higiénico, cinta métrica.</p>	<p>Que las embarazadas comprendan la importancia del crecimiento del fondo uterino, así como su ritmo normal de crecimiento.</p>

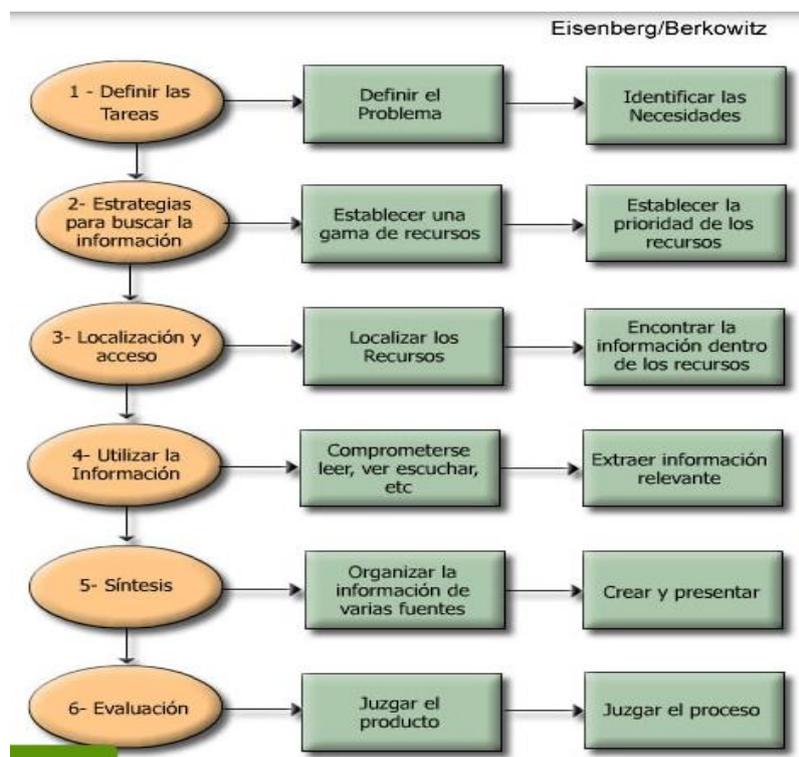
Instituto Nacional de Salud Pública

<p>Dinámica: con el papel se intenta adivinar el tamaño del abdomen (fondo uterino) en pareja. La que más se acerque gana un premio.</p>	<p>Quedan capacitadas para detectar retrasos en el crecimiento intrauterino.</p>
<p style="text-align: center;">Paso 3- Juego “Fecha de Nacimiento”</p> <p>Tiempo: 15 min.</p> <p>Material: pluma, hoja</p> <p>Dinámica: se intenta adivinar la fecha probable de parto en parejas (esposo y mujer) o individualmente, la que más se acerque de acuerdo a pronósticos médicos gana y recibe un premio.</p>	<p>Que las parejas sepan la importancia de la fecha probable de nacimiento. Quedan capacitadas para saber cuándo es el momento ideal de parto, y detectar prematurez o postmadurez en el niño.</p>
<p style="text-align: center;">Paso 4- Juego “Signo de Alarma”</p> <p>Tiempo: 15 min.</p> <p>Material: tarjetas, plumones</p> <p>Dinámica: Se otorga una tarjeta y la persona gesticula y teatraliza el signo de alarma sin hablar. Se realiza una dinámica por signo. Quien hace más puntos gana.</p>	<p>Que las parejas identifiquen los signos de alarma en el embarazo (edema, hipertensión, sangrado transvaginal, cefalea, acufenos, fosfenos). Quedan capacitadas para identificar eventualidades en el embarazo y acudir directamente al segundo nivel de atención.</p>
<p style="text-align: center;">Paso 5- Reflexión “Violencia en el Embarazo”</p> <p>Tiempo: 15 min.</p> <p>Material: Reproductor de videos, televisión o pantalla.</p> <p>Dinámica: Se proyecta un video sobre violencia en el embarazo y se reflexiona sobre ello de manera grupal.</p>	<p>Que las parejas identifiquen la importancia de la prevención de violencia en el seno familiar. Quedan capacitadas para identificar principios de violencia y acudir a solicitar ayuda en caso de presentarse.</p>
<p style="text-align: center;">Paso 6- Cierre del Taller</p> <p>Tiempo: 15 min.</p> <p>Material: Ninguno.</p> <p>Dinámica: Se despide a las parejas anotando su próximo taller (uno por trimestre), haciendo hincapié en que inviten a sus amigas embarazadas para captar nuevas usuarias al sistema. Al final se hace un convivio.</p>	<p>Que las usuarias asistan al próximo taller, cada una de ellas debe de acudir a un taller por trimestre para reforzamiento de conceptos. Y que las mujeres inviten a más gestantes, especialmente de primer trimestre. Quedan capacitadas para detectar eventualidades graves en su embarazo, solicitar asistencia médica oportuna, y a ser promotoras de la salud al invitar a más asistentes. Con ello, aumentar la demanda de atención prenatal.</p>
<p>Fuente: Construida por el autor de acuerdo a la dinámica propia del taller, el cual tiene base en la metodología habilidades para la vida diez destrezas psicosociales.</p>	

6.2 Análisis de los talleres de Habilidades para la vida

Al finalizar los talleres se realizó una evaluación a las participantes con un modelo que evalúan los resultados finales para ver si estos desarrollaron una presentación clara que cumpla con sus criterios. Para esto nos apoyamos en un modelo de evaluación llamado modelo Big 6 de Eizenberg/Berkowitz, una herramienta de valoración de Big 6 evalúa la competencia del estudiante en las diferentes etapas del proceso. No todas las áreas del proceso de solución de problemas de información tienen en todo momento la misma importancia. Hay situaciones en las que una o más áreas del proceso son muy importantes, mientras que las otras lo son menos. El uso de la herramienta facilita a los maestros, de una manera práctica, el sopesar cuáles pasos del proceso necesitan un énfasis mayor.

Figura 6. Modelo BIG 6



Este modelo fue adecuado a las variables que enfocan la atención de la mujer embarazada: control prenatal, signos de alarma, plan de seguridad en el embarazo, auto capacitación e incremento del control prenatal.

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuadro 3. Indicadores de análisis de los talleres de Habilidades para la vida	
Indicador	Definición
<p>Definición de la Tarea</p> <p>Habilidades Cognitivas: Solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación</p>	<p>Es la importancia que le da al control prenatal cada participante.</p>
<p>Estrategias para Buscar información</p> <p>Habilidades Cognitivas: <i>ibídem.</i></p>	<p>Comprensión de información que se brindó a las participantes en signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio.</p>
<p>Localización y Acceso</p> <p>Habilidades Cognitivas: <i>ibídem.</i> Habilidades Sociales: comunicación, Habilidades para negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía Habilidades de Control Interno: los sentimientos, el control y el monitoreo Personal</p>	<p>En esta variable se usó el plan de seguridad como herramienta en la que las mujeres embarazadas y sus familias deben considerar para estar preparadas para saber qué hacer ante una complicación de alguna mujer durante el embarazo, el parto y puerperio con el objetivo de evitar complicaciones logrando una atención oportuna en un servicio de salud. (Anexo 2)</p>
<p>Uso de la Información</p> <p>Habilidades Sociales: comunicación, habilidades para negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía.</p>	<p>Son los conocimientos adquiridos en el taller de autocuidado y participación comunitaria, el objetivo es que las participantes se conviertan en promotoras de salud para proporcionar información a otras mujeres en orientación del embarazo saludable, reconocimiento oportuno de signos de alarma y convencimiento cuando estas no están seguras de cuándo acudir al servicio médico.</p>
<p>Evaluación</p> <p>Habilidades Cognitivas: <i>ibídem.</i> Habilidades Sociales: <i>ibídem.</i> Habilidades de Control Interno: <i>ibídem.</i></p>	<p>Es el resultado final donde se pondera la totalidad de las habilidades anteriores donde se califica a la participante en base a los objetivos del estudio incremento su control prenatal y las habilidades adquiridas en el taller sobre el embarazo. Su máxima ponderación es formar promotoras de la salud.</p>

Los indicadores de resultados seleccionados para este estudio dependen del objetivo general aumentar la demanda del control prenatal por medio de los talleres de habilidades para la vida y analizan cambios en los niveles de habilidades, actitudes y creencias, y en los resultados conductuales.

Se define la calificación que se le dio en la herramienta a cada uno de los indicadores al ser evaluados.

Cuadro 4. Calificación de las participantes

Estado	Definición	Ponderación
Aplicación	Participante que conoce el tema, lo entiende, lo demuestra y aplica sus conocimientos con sus compañeras en la comunidad(empoderamiento)	4
Demostración	Participante que conoce el tema y es capaz de dar una demostración en grupo	3
Entendimiento	Participante que conoce el tema y lo entiende	2
Percepción	Participante que muestra interés en el tema	1
No aplica	Participante indiferente	0

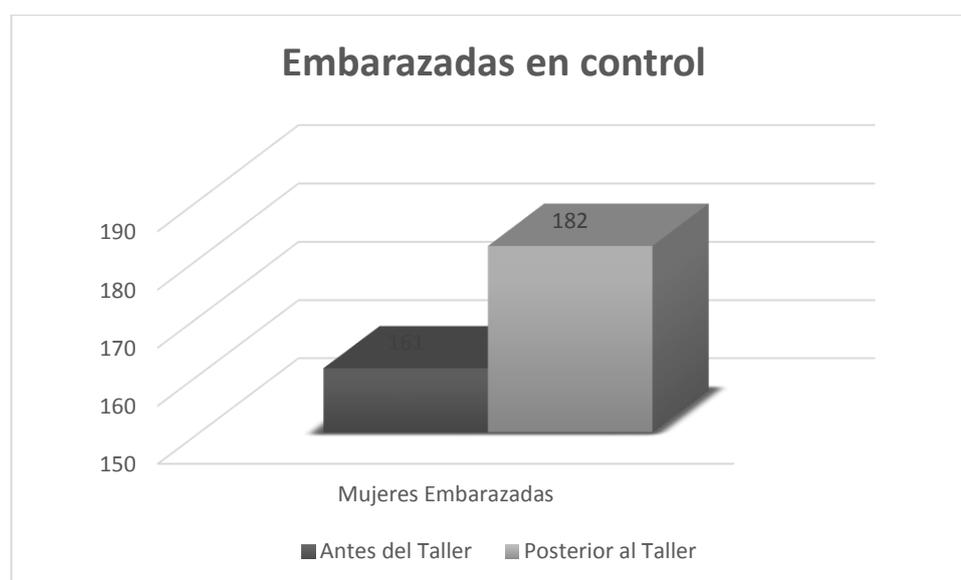
En el Anexo 1 se observa la herramienta que se usó para realizar el análisis de cada uno de los indicadores al finalizar cada uno de los talleres.

7. RESULTADOS

Se incluyó la información de los talleres realizados con un total de 161 participantes que acudieron completamente a las sesiones.

Acerca del número de embarazadas obtuvo lo siguiente.

Gráfica 4. Número total de embarazadas antes y después del taller*



Antes de la intervención (grupo control) se ingresaron 161 gestantes, número muy similar a los obtenidos en años anteriores. Durante el tiempo que duró la intervención (grupo ET) se ingresaron a 182 embarazadas.

Las cifras del grupo control (ST), o sin el taller, se obtuvieron del Sistema de Información en Salud (SIS) y representan 12 meses de control prenatal.

Las cifras del grupo de mujeres expuestas al taller (grupo ET), se obtuvieron durante toda la intervención, que también duró 12 meses.

Se trata de grupos de mujeres equivalentes pero no están relacionadas las participantes para fines estadísticos.

La intervención de la metodología habilidades para la vida, diez destrezas psicosociales, supuso un aumento de 113% en el número total de embarazadas. Las pruebas estadísticas para verificar la significancia de los resultados se comentaron en el capítulo de metodología.

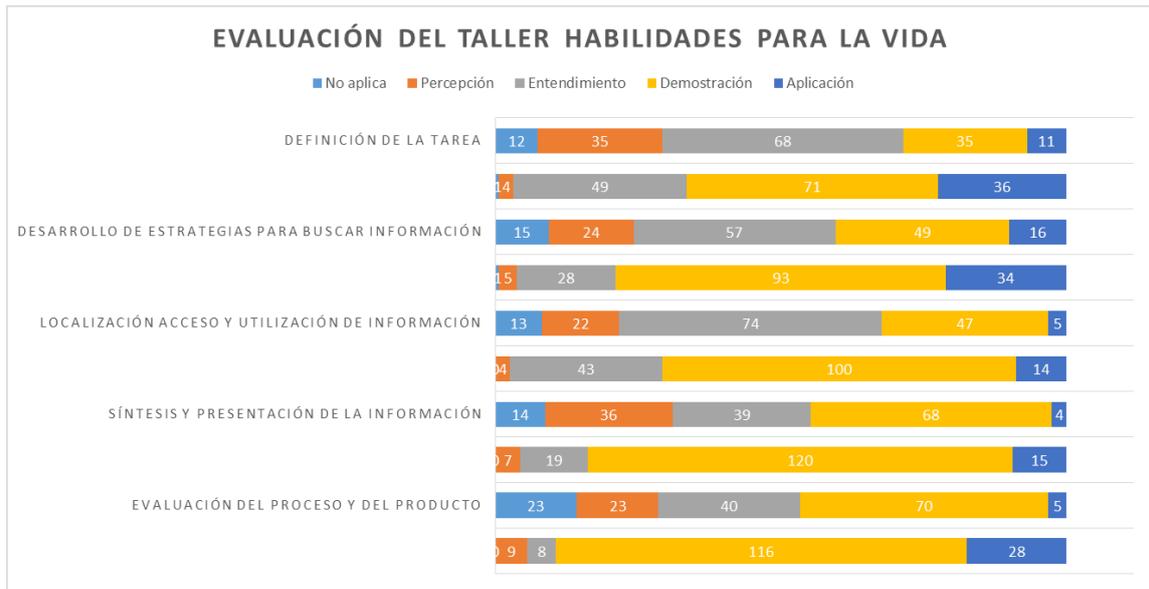
La evaluación del taller de habilidades se realizó con la herramienta del modelo Big 6 de Eizenberg/Berkowitz, en dos etapas una anterior y posterior a la intervención y posterior, del modelo (Anexo 1) se dio una ponderación de 4 a una respuesta donde se observara que la usuaria se enfrentaba al problema con una intervención, 3 a la ponderación cuando se observaba una que demostraba conocimiento del tema, una ponderación de 2 cuando entendían la problemática 1 cuando sol estaban perceptivas y no mostraban respuesta alguna y 0 a la indiferencia; se promedió el total de las respuestas ante la escala a medir como resultado nos arrojó un grupo que el promedio de su ponderación ante cada situación estaba en un la actitud de un grupo el cual estaba en etapa de entendimiento sobre su embarazo, del total de 161 participantes que acudieron y tomaron las sesiones, posteriormente se observó que el grupo de al final de los talleres en la evaluación del proceso y producto a un grupo de en nivel demostrativo en el cual se incrementó su control prenatal y su asistencia a las consultas son de manera constante en su unidad de salud, el resto de las variables también mostraron un incremento en su promedio de habilidades cognitivas en su toma de decisiones como lo muestra la siguiente la tabla.

Tabla 11. Promedio por indicador de los talleres

Promedio	PRE	POS	DIF
Definición de la tarea	2.34	2.85	0.51
Desarrollo de estrategias para buscar información	2.01	2.96	0.95
Localización acceso y utilización de información	1.92	2.77	0.85
Síntesis y presentación de la información	1.82	2.89	1.07
Evaluación del proceso y del producto2	2.34	3.01	0.67

Las variables analizadas mostraron una tendencia de incremento posterior a la intervención (Grafico N°5) de un ámbito de demostración y participación, se observa en la definición de la tarea (107), Desarrollo de estrategias para la búsqueda de la información (127), localización y utilización de la información (114), síntesis y presentación de la información (135) y evaluación del proceso y el producto (144), logrando la máxima calificación 28 participantes que se lograron incrementar en número su consulta de control prenatal y son aptas para ser promotoras comunitarias.

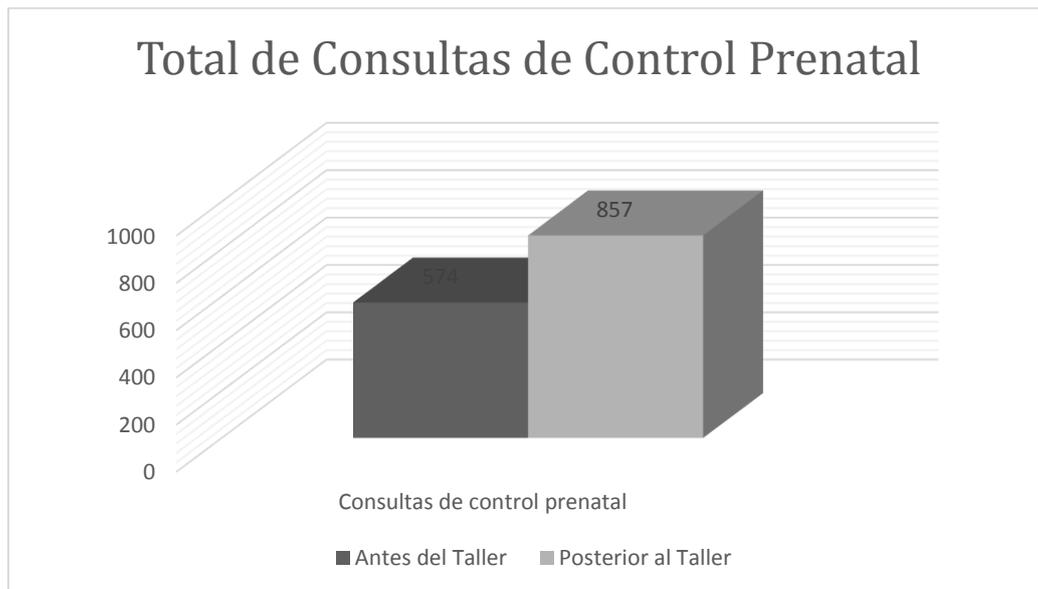
Grafico 5. Evaluación Pre y Pos de los talleres



Acerca del número total de consultas.

Simultáneamente a la evaluación de los talleres, se realizó la evaluación de su impacto sobre la asistencia de las participantes al control prenatal, esta se midió con el reporte de las hojas diarias del centro de Salud de Calixtlahuaca, las variables que se midieron son el número de consultas de control prenatal y el promedio de asistencia por cada mujer embarazada antes y después de la intervención, como se muestra a continuación.

Gráfica 6. Número total de consultas antes y después del taller.



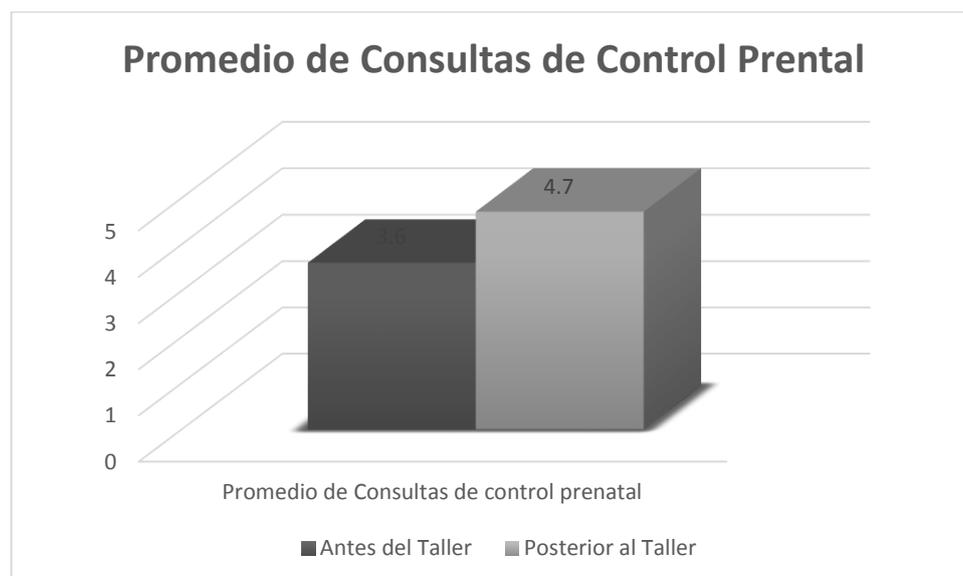
El grupo control, o el grupo de mujeres sin la intervención (grupo ST) registro un número total de consultas de 574, distribuidas en primer, segundo y tercer trimestre; cifras que nuevamente son muy similares a las registradas en años previos.

El grupo de mujeres expuesto a la intervención, (grupo ET), registró un total de 857 consultas, distribuidas también en primer, segundo y tercer trimestre. El aumento en el número de consultas representa un 149% respecto al año anterior (2011).

Es importante el aumento en el número de consultas de control prenatal que se obtuvo con la metodología recomendada por la OPS, aplicada en la comunidad de Calixtlahuaca, Estado de México, especialmente porque, durante los seis años previos (2006-2001), se habían obtenido cifras muy similares (con oscilaciones de 468 a 611), sin embargo, en tales años, nunca se había acercado al número obtenido con el taller (de 857), cifra que, comparada con los años mencionados contrasta aún más, los resultados. (ver tabla 8, pág 11).

Acerca del promedio de consultas:

Gráfica 7. Promedio de consultas por embarazada, antes y después del taller.*



El grupo de mujeres sin la intervención (grupo ST) registraba un promedio de 3.6 consultas por embarazada durante el 2011. Durante la intervención, el promedio aumentó a 4.7 consultas por embarazada, cifra que representa una consulta más por mujer, que para fines estadísticos y de control prenatal es significativa.

Tabla 12. Comparativa de resultados*

Grupo	Media muestral	Desviación estándar	Tamaño de la muestra
ST	3.6	0.5	161
ET	4.7	0.6	182

Fuente: Construida por el autor con datos del SIS 2011, y las cifras obtenidas durante el periodo que duró el taller.

Resumen de resultados, de acuerdo a la metodología empleada y prueba estadística:

Aunque las desviaciones estándar son conocidas, se decidió ocupar la prueba “t” para grupos, por considerarse más adecuada al estudio, (con desviaciones estándar desconocidas)

Hipótesis nula $H_0: \mu_s < \mu_u$: no hay diferencia significativa entre los promedios de consultas

Hipótesis alternativa $H_1: \mu_s > \mu_u$: la diferencia entre los promedios se debe al taller

Nivel de significancia: 0.01

Valor crítico: 2.33

Prueba de una cola a la derecha.

Valor calculado de 3.13

La diferencia de 1.7 consultas en promedio es demasiado grande para deberse a la casualidad

Valor “P”: < 0.0010 (el mayor disponible) (existen muy pocas probabilidades que la hipótesis rechazada sea verdadera, o dicho de otra manera, que la aceptada sea falsa. Por lo tanto la probabilidad de haber cometido un error tipo I alfa, o tipo II beta es bastante baja.

La hipótesis del presente estudio queda aceptada de acuerdo a la prueba estadística empleada.

8. CONCLUSIONES

Los talleres de habilidades para la vida implementados en el control prenatal de las mujeres embarazadas, permitieron observar cambios significativos en los hábitos de la conducta de las mujeres sobre la importancia del control oportuno de su embarazo y en su asistencia continua para su vigilancia. En el enfoque de la promoción de la salud mediante el autocuidado, generando estilos de vida saludables para la madre y su producto, mediante el autocuidado y la integración social de la comunidad, al invitar a los familiares y amigos a ser parte activa y responsable del proceso de gestación.

El enfoque de habilidades para la vida puede cambiar la forma en que se maneja actualmente la promoción de la salud del control prenatal, haciéndolo más atractivo para la población, con talleres participativos, creativos e innovadores, que aplicados en este enfoque psico-social se logre impulsar a que la mujer embarazada y su entorno comunitario, sean más participativos en la vigilancia de la gestación a modo que trasciendan en acciones de autocuidado precoz y oportuno.

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud; favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Convendría entonces explorar la posibilidad que en el taller en un futuro pueda ser implementado a nivel municipal o jurisdiccional por los tomadores de decisiones de ser convenirlo, con la finalidad de complementar el análisis del presente estudio para fortalecer la vigilancia del control prenatal a nivel individual y comunitario, en materia de coadyuvar en las políticas públicas dirigidas establecidas para disminuir la mortalidad materna como una intervención temprana y oportuna de bajo costo.

9. RECOMENDACIONES

Este tipo de intervenciones deberían ampliarse y con ello hacer promoción de la salud específica en el control prenatal del primer nivel de atención para mejorar los indicadores expuestos; y a su vez pueda este tipo de acciones innovadoras pueden ser ejemplo en otras localidades, apoyando a la mejora de los resultados en los talleres se pueden asociar al incremento del control prenatal como contribuyente para la disminución de la mortalidad materna.

10. BIBLIOGRAFIA

- 1- Organización Mundial de la Salud (OMS):
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> (17 Enero 2012 18:00 hrs.) REVISADA, NO MOVER
- 2- Ibidem. (17 Ene 2012 18:05 hrs.) REVISADA, NO MOVER
- 3- Ibidem. (17 Ene 2012 18:08 hrs.) REVISADA, NO MOVER
- 4- Ibidem (17 Ene 2012 19:15 hrs.) REVISADA, NO MOVER
- 5- Ibidem (17 Ene 2012 19 23 hrs.) REVISADA, NO MOVER
- 6- Ibidem (17 Ene 2012 19:31 hrs.) REVISADA, NO MOVER
- 7- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos:
http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/41668/P41668.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_ind.xslt Pág 5 (12 Febrero 2013 17:32 hrs.) REVISADA, NO MOVER
- 8- Organización Panamericana de la Salud, Op. Cit. Pág 7. REVISADA, NO MOVER
- 9- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI):
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817> (17 Enero 2012 18:30 hrs.) REVISADA, NO MOVER
- 10- Ibídem. REVISADA, NO MOVER
- 11-Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS):
<http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html> (18 Enero 2012 17:20 hrs.) REVISADA, NO MOVER
- 12- Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993), Secretaría de Salud, México: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html> (18 Enero 2012 17:35 hrs.) REVISADA, NO MOVER
- 13- SINAIS, Op. Cit. REVISADA, NO MOVER
- 14- OMS, Op. Cit. REVISADA, NO MOVER

- 15- Ibídem. REVISADA, NO MOVER
- 16- Instituto de Salud del Estado de México (ISEM):
http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/estadisticas/defmat/MORTA_MAT_MPIO_2002_2009.pdf REVISADA, NO MOVER
- 17- Instituto de Salud del Estado de México (ISEM):
http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/estadisticas/defmat/MORTA_MAT_MPIO_CAUSA_2002_2009.pdf REVISADA, NO MOVER
- 18- INEGI: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>
REVISADA, NO MOVER
- 19- Gobierno Municipal de Toluca, Zona Arqueológica de Calixtlahuaca:
<http://www.toluca.gob.mx/zonas-arqueologicas>
- 20- OMS, Protocolos de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia, Pág. 10:
http://www.paho.org/ven/images/stories/ven/protocolos/obstetrico/protocolo_obstetrico.pdf?ua=1
- 21- World Health Organization, Health Workforce:
http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/en/
- 22- OMS, Actuemos ya por las mujeres y los niños:
http://www.who.int/pmnch/activities/actuemosya_com_prensa/es/
- 23- OMS, Protocolos de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia, Op. Cit. Pág 5
- 24- OMS, Protocolos de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica Op. Cit. Pág 9-11
- 25- Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS) 2005; número 43(5). Pág 377-380
- 26- OMS, Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS, Prólogo:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf?ua=1
- 27- OMS, Nuevo Modelo de Control Prenatal, Op. Cit. Pág. 4-5.
- 28- OMS, Nuevo Modelo de Control Prenatal, Op. Cit. Pag. 8, 14.
- 29- Organización Panamericana de la Salud, (OPS) Enfoque de Habilidades para la Vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. 2001 Washington, DC. Pág.....

- 30- Ippolito-Shepherd, Josefa (2003). Fortalecimiento de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud: Estrategias y líneas de Acción 2003-2012. OMS/OPS, Washington, D.C. Pág.....
- 31- Arévalo Guzmán Mercedes Tomás Rojas Ambrosio, Mendoza Vil Lelis. ABILIDADES PARA LA VIDA Y SU IMPORTANCIA EN LA SALUD. http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/articulo_habilidades_para_la_vida.pdf
- 32- Leena Mangrulkar, Cheryl Vince Whitman Marc Posner. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. 2001. file:///C:/Users/Congreso/Downloads/2001 EnfoqueHabilidadesVida%20(1).pdf
- 33-Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- 34-Karchmer K Samuel, Fernández del Castillo C. Temas Selectos. Obstetricia y Medicina Perinatal. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Tomo I, México 2006;pp:3-16
- 35-Control prenatal con enfoque de riesgo. GUIA DE PRACTICA CLINICA. SSA. 2009
- 36-Álvarez Alva, Rafael. Salud pública y medicina preventiva / Public health and preventive medicine. México, D.F; Manual Moderno; 30 abr. 1994. 391 p. ilustr.
- 37-Juan Carlos Melero, Habilidades para la vida: un modelo para educar con sentido. II Seminario de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud Zaragoza, 23 de Septiembre de 2010

Instituto Nacional de Salud Pública

ANEXO 1						
HERRAMIENTA EVALUACION MODELO BIG 6						
	Aplicación 4	Demostración 3	Entendimiento 2	Percepción 1	No aplica	Nº
Definición de la tarea (Habilidades Cognitivas)	Entiende claro y completo la importancia de su acudir al control prenatal	Demuestra comprensión del problema de no acudir al control prenatal	Muestra un entendimiento vago y desenfocado del control prenatal	Es consciente porque acudir al control prenatal		
Desarrollo de estrategias para buscar información (Habilidades Cognitivas)	Reconoce los signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio	Demuestra comprensión de los signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio	Muestra un entendimiento vago y desenfocado del control prenatal	Es consiente que existen signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio pero le cuesta trabajo definirlos		
Localización acceso y utilización de información (Habilidades Cognitivas y Sociales)	Reconoce su plan de seguridad al termino del embarazo	Formula su plan de seguridad con pocos componentes faltantes	Formula su plan de seguridad con muchos componentes faltantes	Es consciente del plan pero le cuesta trabajo formularlo		
Síntesis y presentación de la información (Habilidades Sociales)	Es capaz de dar información clara a otras mujeres embarazadas	Se entiende la información que puede transmitir a otras mujeres embarazadas	La información puede transmitirse de manera incompleta a otras mujeres embarazadas	Es consciente de la información pero n o puede difundirla a mujeres embarazadas		
Evaluación del proceso y del producto (Habilidades, Cognitivas Sociales y de control interno)	Incrementa su control prenatal y se convierte en promotor de la salud	Incrementa su control prenatal y es constante	Acude a su control prenatal de manera irregular	No hay cambios		
	20	15	10	5		

