

Universidad de Sonora

División de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación

Licenciatura en Ciencias de la Comunicación

**Propuesta de Comunicación Educativa para la integración de los niños
regulares con los niños con Síndrome de Down.**

TESIS

Que para obtener el grado de
Licenciada en Ciencias de la Comunicación

PRESENTA

Rocío Liliana Serda Cruz

Asesora-Directora:

Dra. Emilia Castillo Ochoa

Asesoras-Sinodales:

Dra. Mariel Michessedett Montes Castillo

M.E. Flavio Valencia Castillo

MTE. Lisset Aracely Oliveros Rodríguez

A 02 de marzo del 2016

Hermosillo, Sonora.

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Índice de contenido

Capítulo I.

Estrategias de comunicación para la integración e interacción.

	Ingles / Español	
1.1	Introducción	2
1.2	Justificación	3
1.3	Objetivos Generales y Específicos	3
1.4	Preguntas de Investigación	3
1.5	Delimitación de Investigación	4
1.6	Contexto y Sujeto	4
1.7	Estructura de la investigación	5

Capítulo II.

Modelo Teórico para la conceptualización de Propuesta de Comunicación Educativa para la integración de los niños regulares con los niños con Síndrome de Down.

2.1	Los principios de la Comunicación Educativa	8
2.2	La Educación Constructivista	10
2.3	Educación Formal y No Formal	11
2.4	Comunicación	12
2.5	Comunicación Educativa	13
	2.5.1 Prácticas docentes Integradoras	14
	2.5.2 Tipos de interacción áulica	15
2.6	Educación Especial	16
	2.6.1 Barreras para el aprendizaje (BAP)	17
2.7	Integración Educativa	18
2.8	Estrategia de Comunicación	19
2.9	Interacción Social	19

Capítulo III.

Modelo contextual sobre la intervención de políticas públicas en programas de Integración Educativa.

3.1	Perfil de egreso del comunicólogo educativo en la Universidad de Sonora	22
3.2	Saberes y haceres del comunicólogo educativo	23
3.3	Perfil del alumno y maestro en el Siglo XXI	23
3.4	Declaración de Salamanca en reunión con la UNESCO	26
	3.4.1 La integración educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias. Materiales de trabajo	26

3.4.2	Programa nacional de Educación 2001-2006. La educación Especial y la Integración Educativa en México.	27
3.5	Esquema de Contraloría Social del Programa de fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa 2013.	28
3.6	Programa integral de investigación educativa	29
3.7	Instituto YAANS	30

Capítulo IV.

Vitrina metodológica para el estudio de la integración educativa entre los niños regulares y los niños con Síndrome de Down

4.1	Tipo de investigación	33
4.2	Modelos para la investigación de la comunicación educativa	34
4.3	Método	36
4.4	Paradigma	37
4.4.1	Paradigma interpretativo simbólico.	37
4.5	Dimensión, Variable e Indicadores de estudio	38
4.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38

Capítulo V.

Resultados de la implementación sobre la integración educativa entre los niños regulares y los niños con Síndrome de Down

5.1	Procesamiento de análisis y datos.	45
5.1.1	Datos generales	45
5.1.2	Integración educativa	45
5.1.2.1	Experiencia del docente.	45
5.1.2.2	Implementación de la integración educativa	46
5.1.3	Estrategias de comunicación	48
5.1.3.1	Acomodo del aula	48
5.1.3.2	Uso de materiales didácticos	49
5.1.3.3	Formas de trabajo	50
5.1.4	Interacción social	53
5.1.4.1	Tipo de interacción del aula	53
5.1.4.2	Nivel de interacción	54
5.1.4.3	Presencia de conflicto en clase.	55
5.2	Conclusión	59

Capítulo VI.
**Diseño de propuesta sobre la integración educativa entre
los niños regulares y los niños con Síndrome de Down.**

6.1	Nombre	61
6.2	Justificación	61
6.3	Tipo de innovación	62
6.4	Problema educativo	62
6.5	Objetivo	62
6.6	Diseño de propuesta	63
	6.6.1 Conferencia “Intégrate y mejora”.	63
	6.6.2 Taller de capacitación “Creación de Integración e Interacción”	63
6.7	Evaluación	64
6.8	Medios y estrategias de difusión	64
6.9	Transferencia a otros ámbitos	65

RELACIÓN DE FIGURAS, IMÁGENES Y TABLAS

FIGURAS

- | | |
|---|---|
| 1 | Modelo Teórico para el estudio de la integración educativa. |
| 2 | Modelo Contextual para el estudio de la integración educativa |
| 3 | Modelo Metodológico para el estudio de la integración educativa |

IMAGEN

- | | |
|---|--|
| 1 | Modelo para la investigación de la comunicación educativa según APARICI (2003) |
|---|--|

TABLAS

- | | |
|----|--|
| 1 | Cuadro, Variable e Indicador |
| 2 | Organización de la entrevista semi-estructurada |
| 3 | Cuadro, Variable Indicador Pregunta |
| 4 | Datos Generales |
| 5 | Que hace desde que inicia la clase hasta que la termina |
| 6 | Como implementa la integración |
| 7 | Acomodo de mesas al momento de impartir la clase |
| 8 | Materiales utilizados en clase |
| 9 | Estrategia implementada para la integración |
| 10 | Estrategia implementada para la interacción |
| 11 | Tipo de interacción percibida entre los niños regulares con los niños con Síndrome de Down |
| 12 | Suficiente o no la interacción |
| 13 | Situación o conflicto en clase |
| 14 | Observación: Practicas docentes integradoras |
| 15 | Observación: Tipos de interacción áulica |
| 16 | Cuadro de educación formal, no formal e informal |

Resumen

Los grupos más vulnerable de la sociedad, es el que presenta algún tipo de discapacidad; dadas las dificultades que conlleva la captación de este segmento de la población, para el Censo 2010 se adoptó la metodología del Grupo de Washington, del cual México forma parte. Este censo, identificó 145 672 sonorenses con alguna dificultad física o mental para realizar las actividades diarias. De cada 100 personas con alguna discapacidad, 43 son mujeres y 57 hombres.

Es por esto, que la integración educativa ha podido ser capaz de poder hacer que todo aquel alumno con necesidades educativas especiales, puedan ser parte de las actividades que se realicen en el aula, sin ser discriminados por sus demás compañeros.

En la presente investigación se muestra el tema de “Propuesta de Comunicación Educativa para la integración de los niños regulares con los niños con Síndrome de Down” donde se identificó y describió el tipo de integración educativa e interacción social que existe entre el alumno regular y el alumno con Síndrome de Down en el Instituto YAANS en Hermosillo, Sonora. Así como también las estrategias utilizadas por el docente para hacer presente la integración e interacción.

Previos a ellos, se presenta el análisis conceptual del termino de integración educativa, estrategias de comunicación y interacción social, en donde las políticas públicas internacionales, nacionales y estatales aportan y hacen valida dicha investigación.

Por último, se presentan los resultados de los instrumentos aplicados y su análisis de resultados, así como también una propuesta de comunicación educativa de mejora.

Capítulo I.

Estrategias de comunicación para la integración e interacción.

1.1 Introducción

La presente investigación surgió al observar cómo socializaban los niños regulares con los niños con Síndrome de Down en el aula. Pudimos observar que hay muy poca integración e interacción en el aula debido a que muchas veces es por las estrategias que implementan o que no implementan los maestros a la hora de impartir una clase.

No debemos olvidar mencionar que la educación es muy importante tanto para los alumnos regulares como para cualquier niño con alguna discapacidad, en este caso los niños con Síndrome de Down. Éstos últimos deben de asistir a la escuela pública ya que es un derecho demandado por la constitución y exponente de los derechos humanos. Aunque tengan capacidades diferentes, ellos pueden llegar a desarrollar habilidades que les ayuden a implementarlas en la vida diaria. Mientras que a los niños regulares, también se les debe llevar a la escuela, es su derecho.

Pero si hablamos de la integración e interacción entre los niños regulares y los niños con Síndrome de Down podrán crear una serie de valores como el respeto (por mencionar un valor) y lo podrán implementar en la sociedad. Además de que conocerán que existen personas con discapacidades diferentes esos niños se vuelven más conscientes y crecen más íntegramente.

Al paso de esta investigación pudimos darnos cuenta que aprenden por si solos, pero los niños de la enseñanza regular aprenden con éstos.

Los protagonistas de esta investigación son los niños y niñas con necesidades educativas especiales, específicamente los niños con Síndrome de Down.

Es por ello que se presentarán a continuación la importancia de la integración e interacción dentro del aula en el Instituto YAANS.

Este es un tema que nos concierne a todos como sociedad, y además se observarán las estrategias que los docentes emplearon para que hubiera esa

interacción e integración entre ambos, para que los niños tengan un mayor aprendizaje.

1.2 Justificación

De acuerdo con el autor Carasa (2011) para que exista una integración educativa es importante que el docente implemente estrategias donde los alumnos, ya sean regulares o con distintas capacidades, puedan integrarse, trabajar en equipo y tener un ambiente dentro del aula.

La integración nos dice que las personas con discapacidad deben de tener un acceso a las mismas experiencias que cualquier persona regular.

Busca la participación en todos los ámbitos y la eliminación de la exclusión. El objetivo de la integración es hacer que la participación de las personas con alguna discapacidad de una manera dinámica y participativa aceptando sus limitaciones y valorando sus capacidades. (DGEE, 1991: 4).

Si nos preguntáramos acerca de ¿Cómo reacciona un niño regular al ver que se acerca un niño con síndrome de Down? ¿Los niños con Síndrome de Down están integrados en una escuela regular como deberían de estarlo? ¿Qué estrategias implementan los profesores para crear esa integración por parte de los dos?

Con esto podemos decir que todavía existe la preocupación con respecto a la integración entre los niños regulares con los niños con Síndrome de Down, ya que uno lleva a sus niños a la escuela creyendo que se cumple con esos factores como la integración para que vivan una vida feliz, cuando en realidad no es así.

1.2 Objetivo general

- Identificar y describir el tipo de integración entre el alumno regular y el alumno con Síndrome de Down en el Instituto YAANS en Hermosillo, Sonora.

1.3 Objetivos específicos

- Describir las condiciones y las estrategias que emplea el docente para la integración educativa e interacción social a partir de la experiencia docente en Instituto YAANS.
- Diseñar una propuesta de comunicación educativa para la integración educativa e interacción social en niños regulares sobre síndrome de Down.

1.4 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las condiciones y las estrategias para la *integración educativa* que emplea el docente a partir su experiencia en el Instituto YAANS?
- ¿Qué *estrategias de comunicación* emplea el docente para la interacción escolar?
- ¿Cómo es la *interacción* entre los niños regulares y los niños con Síndrome de Down?

1.5 Delimitación de Investigación

En esta ocasión la investigación “Propuesta de Comunicación Educativa para la integración de los niños regulares con los niños con Síndrome de Down” tiene como objeto de estudio Integrar a los niños regulares con los niños con Síndrome de Down del Instituto YAANS.

Se tomó en cuenta las siguientes variables:

- **Integración:** proceso que permite maximizar la interacción entre los menores de la misma edad, sin importar las condiciones y discapacidades de algunos de ellos.
- **Estrategias de comunicación:** todo aquel recurso que una persona implementa ya sea impreso, tecnológico, verbal, etc., para el conocimiento de algún tema en específico.
- **Interacción:** todo tipo de relaciones, ya sea social, físico, psicológico y pedagógico que se dé entre dos o más personas.

1.6 Contexto y Sujeto

La investigación se desarrolló a mediados del año 2014 en el Instituto YAANS de la ciudad de Hermosillo, Sonora, México. Se trabajó con docente y alumnos regulares en un ambiente áulico.

La recopilación de información obtenida surgió del salón de preescolar donde imparten las clases con los grados de 1ro, 2do y 3er grado. Era un grupo donde se trabajaba con niños regulares y niños con Síndrome de Down, con un total de 19 niños de los cuales 3 tenían síndrome de Down y 16 eran niños regulares.

La segunda aula donde también se recopiló información fue en un salón con los grados de 2do y 3ro de primaria. Al igual que el grupo de preescolar, también se trabajaba con niños regulares y niños con Síndrome de Down. En esta aula había un total de 10 niños de los cuales 9 eran regulares y 1 niña tenía Síndrome de Down.

1.7 Estructura de la investigación.

El trabajo de la investigación está estructurado por seis capítulos, en donde todos tienen relación entre sí. Dentro del capítulo I, lo hemos nombrado ***“Propuesta de Comunicación Educativa para la integración de los niños regulares con los niños con Síndrome de Down”***, en donde veremos los objetivos de esta investigación, así como también su justificación y en donde realizaremos la dicha investigación.

Dentro del capítulo II, llamado ***“Modelo Teórico para la conceptualización de Propuesta de Comunicación Educativa para la integración de los niños regulares con los niños con Síndrome de Down”*** que nos muestra los conceptos básicos de la comunicación con los cuales, podremos conocer el significado de nuestros conceptos así como también, todos aquellos que nos ayudaran a llevar a cabo nuestra investigación.

Nuestro capítulo III llamado ***“Modelo contextual sobre la intervención de políticas públicas en programas de Integración Educativa”*** conoceremos algunos programas Internacionales, Nacionales y Estatales que ayudaron a crear estrategias para abordar una Integración Educativa dentro de las escuelas.

El capítulo IV lo nombramos ***“Vitrina metodológica para el estudio de la integración educativa entre los niños regulares y los niños con Síndrome de Down”*** donde se describe el modelo de la investigación cualitativo, así como sus herramientas que ayudaron a capturar los resultados de nuestras entrevistas y nuestra observación dentro de nuestra institución.

Para el capítulo V titulado ***“Resultados de la implementación sobre la integración educativa entre los niños regulares y los niños con Síndrome de Down”***, es donde mostramos los resultados arrojados dentro de nuestra entrevista con un cuadro de menciones y hallazgos el cual hacemos referencia a las variables mencionadas en nuestro modelo teórico, así como el conocimiento que tiene el docente sobre las mismas.

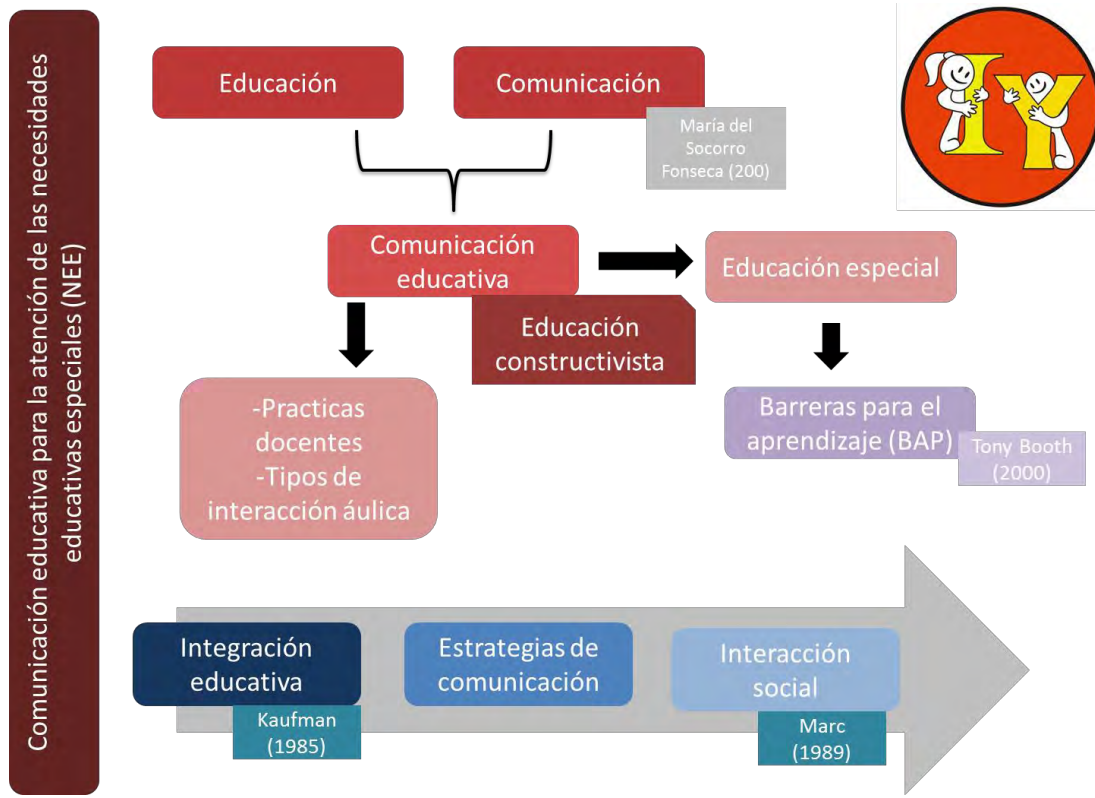
Por último, en nuestro capítulo VI ***“Diseño de propuesta sobre la integración educativa entre los niños regulares y los niños con Síndrome de Down,”*** en donde se presenta el diseño y desarrollo de propuesta que se podrá implementar con docentes especializados dentro del Instituto YAANS.

Capítulo II.

**Modelo Teórico para la
conceptualización de propuesta de
Comunicación Educativa para la
integración de los niños regulares con
los niños con Síndrome de Down.**

La finalidad de este apartado es presentar los referentes de los que se argumentaron la apropiación del objeto de estudio que se abordó.

Figura No.1 Modelo teórico para el estudio de la integración educativa



Serda, R (2015)

2.1 Principios de la comunicación educativa

Una de las tareas fundamentales para los especialistas en comunicación interesados en la educación es la de delimitar este campo de estudio. El término de comunicación educativa es muy amplio y con el paso de los años. Se le han ido incorporando más ámbitos de interés. Al respecto, se puede mencionar que existen los comunicólogos que buscan en los medios de comunicación o en las nuevas tecnologías de educación las formas de multiplicar los esfuerzos educativos de calidad, para llegar a un mayor número de educandos.

Hay quienes buscan elaborar mensajes educativos instrumentados por una o varias tecnologías de comunicación, para hacer de estos una herramienta fundamental pedagógica dentro del esquema tradicional del salón de clases y robustecer sus procesos educativos a través de la simulación y la enseñanza programada. También están aquellos quienes centran sus trabajos en torno al receptor mismo y sus trabajos van fundamentalmente en dos direcciones:

- La educación para la recepción crítica y responsable de los contenidos de los medios de comunicación comerciales
- El apoyo de la educación tradicional en el aula mediante los contenidos cotidianos de la comunicación social.

En términos generales, la comunicación educativa engloba todas aquellas actividades de:

- La educación intencionada (es decir, escolarizada y no escolarizada) que se lleva a cabo vehiculizada con el apoyo de los medios de comunicación impresos, audiovisuales, informáticos y de las telecomunicaciones.
- Asimismo, se incluyen dentro del área temática, aquellos esfuerzos de investigación sobre el impacto o efectos o educación no intencionada (informal) en los auditorios, que se dan a través de los medios de comunicación comerciales, así como de las nuevas tecnologías para el entretenimiento como son los video juegos, el Nintendo algunas fases del internet
- De la misma manera, se incorpora a esta temática de la comunicación educativa el campo de las investigaciones de las prácticas dirigidas al logro de una recepción más activa y responsables de los mensajes de los medios por parte de la sociedad receptora.

2.2 La Educación Constructivista

El término constructivismo así como construccionismo y construccionismo se emplea para caracterizar tendencias filosóficas en las que la noción de construcción juega un papel importante.

El autor De la Cueva (1984) menciona que el aprendizaje basado en problemas es una estrategia de enseñanza - aprendizaje en la que tanto la adquisición del conocimiento como el desarrollo de las habilidades y actitudes resultan importante. Para el aprendizaje constructivista, el conocimiento debe ser construido por el alumno mismo (de ahí su nombre) y no simplemente pasado de una persona a otra como lo hace la enseñanza tradicional. El alumno debe generar sus propios objetivos de aprendizaje y ser capaz de alcanzarlos mediante el autoestudio y la interacción con sus compañeros en su equipo de trabajo.

La educación pasa de ser "centrada en el profesor", en la enseñanza tradicional, a "centrada en el alumno", en el aprendizaje constructivista. Algunos estudios recientes muestran que el alumno que trabaja en esta forma logra retener el 80% de lo que estudia y este porcentaje crece si el alumno hace las veces de profesor entre los miembros de su equipo.

El papel del profesor, sigue siendo igualmente importante o más que en el caso tradicional, dado que ahora él debe trabajar en forma colaborativa y multidisciplinaria con sus colegas para generar problemas, proyectos o casos que sean retadores y motivadores para el alumno, además de que debe asegurarse que el proceso se está dando en forma adecuada y el equipo de alumno logro plantear los objetivos educativos que se esperaban con el objeto de que logre buscar y adquirir el conocimiento adecuado que cumpla con los objetivos de la materia.

El papel del profesor es el de guía buscando hacer la pregunta adecuada en el momento adecuado para hacer que la discusión diverja o converja según sea conveniente en un momento dado. El profesor debe analizar en todo momento la actitud de cada uno de los miembros del equipo en forma individual y de todos

ellos en forma grupal, y decidir si todo va bien o es necesaria su intervención. Pero siempre deberá estar consciente de que él no es el protagonista principal y que su intervención deberá ser mínima pero suficiente.

Uno de los problemas principales que se han presentado al tratar de aplicar este tipo de modelos a las escuelas con una forma tradicional de enseñanza es la falta de flexibilidad de movimiento en sus currículos, tanto en el contenido como en el orden en el que se presentan las materias, en la mayoría de los casos por cuestiones administrativas.

2.3 Educación Formal y No Formal

- Formal: Es naturalmente el sistema educativo altamente institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado que se extiende desde los primeros años de la escuela primaria hasta los últimos años de la universidad.

La educación formal incluye aquellos procesos de enseñanza-aprendizaje llevados a cabo en centros de educación o formación, con carácter estructurado (según un programa con objetivos, metodología, bibliografía, etc.) y a cuyo término se obtiene un título o una certificación. El sistema educativo de un país se incluye dentro de esta categoría.

- Informal: Educación informal tiene aquí el sentido de un proceso que dura toda la vida y en el que las personas adquieren y acumulan conocimientos, habilidades, actitudes y modos de discernimiento mediante las experiencias diarias y su relación con el medio ambiente. Educación no formal, es toda actividad organizada, sistemática, educativa realizada fuera del marco del sistema oficial, para facilitar determinadas clases de aprendizaje a subgrupos particulares de la población, tanto adultos como niños.

Para la autora Sarramona (1998) la educación no formal abarca una serie de ámbitos de actuación educativa que permiten hacer una realidad el principio de que la educación es una tarea que prosigue después de la escuela y que afecta igualmente a quienes no han podido ir a ella. Estos ámbitos son los tratados en la parte segunda de la obra, donde aparece la alfabetización, la formación para el mundo del trabajo, del ocio, de la salud, del consumo, etc., y otros campos que pudieran añadirse en el futuro.

Todo ello haciendo un especial énfasis en las personas adultas, pero sin olvidar que la educación no formal tiene hoy el necesario papel de complementar la educación formal escolar, la cual, lógicamente, no puede atender todas las dimensiones de la compleja educación actual.

2.4 Comunicación

“... La comunicación es el intercambio verbal de un pensamiento o idea, es decir, la hipótesis en esta definición es que un pensamiento o una idea han sido intercambiados con éxito...”

En términos generales, la comunicación es un medio de conexión o de unión que tenemos las personas para transmitir o intercambiar mensajes. Es decir, que cada vez que nos comunicamos con nuestros familiares, amigos, compañeros de trabajo, socios, clientes, etc., lo que hacemos es establecer una conexión con ellos con el fin de dar, recibir o intercambiar ideas, información o algún significado.

Para Fonseca (2005), comunicar es "llegar a compartir algo de nosotros mismos. Es una cualidad racional y emocional específica del hombre que surge de la necesidad de ponerse en contacto con los demás, intercambiando ideas que adquieren sentido o significación de acuerdo con experiencias previas comunes"

Comunicar es intercambiar. De hecho, en sentido estricto, comunicar es entregar a alguien algo propio, por lo general, una información. Los significados más utilizados del vocablo comunicación, en los términos del lenguaje coloquial, pueden ser los siguientes

- Proceso según el cual un emisor transmite una información a un receptor
- Relación interhumana según la cual dos o más individuos pueden entenderse

La comunicación supone entonces el dialogo, lo cual implica que cada uno de los interlocutores acepta al otro como persona diferente y autónoma.

2.5 Comunicación Educativa

La comunicación educativa, es una comunicación que se produce en un contexto especial (el ámbito educativo) y se la considera condición de posibilidad de la educación misma. Sin comunicación no existe educación posible.

Es por ello que, la adquisición de capacidades comunicativas es uno de las competencias específicas ineludibles del docente. En el caso del docente que participa de la modalidad educativa a distancia en la función tutorial, dicha competencia resulta fundamental y está directamente ligada a su capacidad de logros educativos.

Para el autor Aparici (2003) la comunicación educativa eficiente debe ser:

- *Motivadora*: El docente debe transmitir en la comunicación educativa estímulos que permitan captar y mantener la atención del alumno, ya sea por la creación de una necesidad o por la satisfacción de ella. Debe crear en el alumno la disponibilidad para aprender.
- *Persuasiva*: Debe lograr su finalidad tanto en función a los objetivos como a las metas. Los procedimientos y actitudes deben verse modificados de acuerdo a lo previsto.
- *Estructurante*: La comunicación debe ser capaz de orientar, facilitar y promover la construcción personal del educando. Por la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel que el aprendizaje duradero es un proceso que se produce por la interacción o intrincación de los contenidos nuevos en el

esquema cognoscitivo formado por el conjunto de los conocimientos previos del alumno.

- *Adaptativa*: Esta característica de la comunicación educativa es la que tiende a facilitar la de interacción del discente con el medio en el que éste se desenvuelve, a través del mejoramiento del repertorio de conductas del sujeto. Generalizadora: La comunicación educativa debe tener capacidad para inducir a nuevas interconexiones o relaciones que permitan la aplicación del conocimiento adquirido a circunstancias análogas.
- *Facilitadora de la Inteligibilidad*: Esta meta se consigue cuando se logra "adaptar la información a las circunstancias que posibilitan su captación por el sujeto". Esto supone un cuidadoso análisis de los canales, los medios de reforzamiento de mensajes, los ritmos y la progresión, etc. Debe tenerse en cuenta el viejo adagio "se recibe en función del recipiente". El ritmo de la comunicación de contenidos debe estar adecuado al quien lo recibe tanto en volumen como en nivel y frecuencia.

2.5.1 Prácticas docentes integradoras

La práctica docente demuestra que el punto de inicio es el conocimiento que el niño tiene o conoce, respecto a lo que pretende aprender. Debido al interés en los procesos de aprendizaje relacionados con la internalización de los conceptos científicos a partir de aspectos previamente formados por el aprendiz en su entorno socio-familiar. Las estrategias entonces se encaminan a la organización del conocimiento, se reestructuran gracias a la interacción de lo previo y lo nuevo.

Muchas de las estrategias de lectura y escritura existentes plantean un abordaje específico, ya sea para la lectura o para la escritura e incluso inclinadas a un área particular, lo cual imposibilita al maestro extender su aplicación a otras áreas y otros momentos instruccionales. De esta preocupación surgen las estrategias

integradoras; las cuales vienen a responder interrogantes de los docentes y a ejecutar acciones efectivas en el campo oral y escrito del alumno, donde ambos estén conscientes del uso efectivo de su lengua materna.

El alumno está a la expectativa de novedades de lectura y de escritura en el aula; que el maestro deje de lado la recarga de asignaciones sin sentido y repetitivas o lecturas sin sentido. Que pueda llevar ofrecimientos diferentes a cada encuentro escolar, que le brinde la oportunidad de proponer e intervenir, en fin de ser escuchado. Esto es uno de los aspectos más atrayentes del estudio: presentar una herramienta significativa para abordar la lectura y la escritura dentro y fuera del aula.

Se pretende que este diseño pueda ser enriquecido con cada experiencia docente, la cual puede seguir aportando a cada estrategia un abordaje distinto; pues uno de los elementos que se manifiesta es la flexibilidad y adaptabilidad de estas herramientas.

2.5.2 Tipos de interacción áulica

El aprendizaje escolar tiene características especiales: se desarrolla en un escenario o contexto próximo, el aula, en una situación de grupo, con unas interacciones entre los alumnos entre sí, por un lado, y entre el profesor y el alumno, por otro.

El proceso de enseñanza–aprendizaje se produce en el aula y la calidad del desarrollo de ese proceso va a venir determinada en principio por las condiciones físicas de ese escenario, por la distribución de los alumnos y por el tipo de interacciones personales que en él tengan lugar. Las variables ecológicas del aula son la disposición de los asientos, diseño y organización espacial de la clase, nivel de ruido, espacios abiertos...

Weinstein (1997) dice que los alumnos situados en la zona de acción muestran una mejor actitud en el aula y una mejor interacción con el profesor por la

proximidad que tienen con el profesor, ya que se ven obligados a prestar más atención. Se recomienda al profesor que se desplace por el aula para que todos los alumnos puedan interactuar con él. Por otra parte, cabe la posibilidad de cambiar la disposición de los asientos en filas, círculos o en grupos, aunque la disposición debe ser congruente con los objetivos y con las actividades que se van a desarrollar.

2.6 Educación Especial

Para Gisbert y Mardomingo (1980) la educación especial es un proceso integral flexible y dinámico de las orientaciones, actividades, y atenciones que en su aplicación individualizada comprende los diferentes niveles y grados en sus respectivas modalidades, y que se requiere para la superación de las deficiencias e inadaptaciones y que están encaminadas a conseguir la integración social. Tiene por finalidad preparar, mediante el tratamiento educativo adecuado, a todos los deficientes e inadaptados para su incorporación, tan plena como sea posible, a la vida social y a un sistema de trabajo que les permita servirse a sí mismos y a ser útiles a la sociedad.

La educación especial se dirige a aquellos educandos que, a causa de diversas deficiencias no pueden adaptarse a la enseñanza regular, quedando fuera de ella y necesitando, por tanto, de una especial educación.

La finalidad de la educación especial es tratar de reconducir al educando, lo más pronto posible, hacia la educación normal, para evitar así su aislamiento y diferenciación del resto de sus compañeros. Se trata, en última instancia, de elevar al plano de la educación normal a las personas que hayan quedado descolgadas de ella y, por esta causa, adscritas provisionalmente a la educación especial.

2.6.1 Barreras de aprendizaje y participación (BAP)

Este concepto hace alusión a los factores y obstáculos del contexto y de la respuesta educativa que dificultan o limitan el pleno acceso a la educación y las oportunidades de aprendizaje de un gran número de alumnos y alumnas. Según Booth (2000), las barreras al aprendizaje y la participación aparecen en la interacción entre el alumno y los distintos contextos: las personas, políticas, instituciones, culturas y las circunstancias sociales y económicas que afectan sus vidas.

En este sentido, las acciones han de estar dirigidas principalmente a eliminar las barreras físicas, personales e institucionales, que limitan las oportunidades de aprendizaje y el pleno acceso y participación de todos los alumnos y alumnas en las actividades educativas.

Las barreras que pueden coexistir en tres dimensiones: En el plano o dimensión de la cultura escolar (valores, creencias y actitudes compartidas), en los procesos de planificación, coordinación y funcionamiento del centro (proyectos educativos y curriculares, comisiones y equipos, dirección y consejo escolar, horarios, agrupamientos, distribución de recursos, etc. Y en las prácticas concretas de aula; metodología de enseñanza, tipo de interdependencia entre los alumnos, prácticas evaluadoras, recursos, etc.

También es necesario recordar que las barreras que debemos analizar no son sólo aquellas que puedan limitar el aprendizaje y la participación de los alumnos, sino también, las que afectan al profesorado y al resto de las personas que conviven y participan de la vida de un centro escolar. Incluso podríamos decir que si unos y otros no son los primeros en sentirse acogidos, valorados y respetados por los demás, difícilmente podrán desarrollar su trabajo en condiciones favorables para promover el aprendizaje y la participación de sus alumnos. La ausencia de un política de acogida a los nuevos miembros de un equipo docente, la descoordinación del trabajo, las relaciones de hostilidad o aislamiento, la falta de

incentivos internos o externos son, entre otros, obstáculos o barreras que condicionan negativamente el trabajo docente.

2.7 Integración Educativa

Conociendo la definición sobre integración educativa, el autor Carasa (2011) nos dice que “La integración escolar permite a un sujeto con discapacidad participar de una experiencia de aprendizaje, junto con otros sujetos que tienen otras posibilidades, en el ámbito de una escuela común. Es abrir el aula y la escuela a lo diferente” para esto podemos deducir que para que se lleve a cabo la integración educativa es necesario que el docente implemente estrategias donde los alumnos, ya sean regulares o con distintas capacidades, puedan integrarse, trabajar en equipo y tener un ambiente dentro del aula.

Cuando nos referimos a los procesos de integración escolar, hablamos del contacto que se establece entre la educación especial y la educación común con el propósito de ofrecer transitar la escolaridad en el ámbito de la educación común a aquellos niños que tradicionalmente fueron exclusivamente sujetos de la educación especial.

Según el autor García y Escalante (2009), define la integración en el marco educativo "mainstreaming" como: " referida a la integración temporal, instructiva y social de un grupo de seleccionado de niños excepcionales, con sus compañeros normales, basada en una planificación educativa y un proceso `programador evolutivo e individualmente determinado. Esta integración requería una clasificación de responsabilidades entre el personal educativo regular y especial y el personal administrativo, instructor y auxiliar".

La integración consiste en que las personas con discapacidad tengan acceso al mismo tipo de experiencias que el resto de su comunidad. Se busca su participación en todos los ámbitos y por tanto la eliminación de la marginación y la segregación. “El objetivo de la integración es coadyuvar al proceso, de formación integral de las personas discapacitadas en forma dinámica y participativa,

aceptando sus limitaciones y valorando sus capacidades. Se brinda así a cada individuo la posibilidad de elegir su propio proyecto de vida” (DGEE, 1991: 4).

2.8 Estrategias de comunicación

El autor Berrocali (2000) hace mención a las estrategias de comunicación: “Son un conjunto de conocimientos generadores de esquemas de acción que utilizamos al enfrentar situaciones globales o específicas, ya que para seleccionar, organizar e incorporar nuevos datos o para solucionar problemas de diverso orden o cualidad...”

Éste término se utiliza en el proceso de enseñanza-aprendizaje, relacionados con la comunicación para designar “la planeación conjunta de las directrices que determinan actuaciones concretas en cada una de las fases del proceso” (Fonseca, 2005).

Las estrategias enfocadas a cualquier proceso con “planes” o programas estructurados para llevar a cabo un determinado objetivo, si tomamos como ejemplo a la comunicación, la planeación se dirige a la posible realización del propósito deseado aunque su ejecución sea tan rápida que no nos demos cuenta.

2.9 Interacción Social

La interacción es un proceso comunicativo-formativo caracterizado por la bidireccionalidad y reciprocidad de los agentes participantes en ella; además de estar estrechamente relacionada con la comunicación en entornos educativos, se vincula también a los procesos de socialización en general, así como a la manera como los actores de la comunicación construyen su diálogo y se autoerigen en miembros de una comunidad.

Algunas de las características de la interacción social que el autor menciona, son por ejemplo que alumnos dentro de sus interacciones con los compañeros, los

niños y niñas aprenden directamente actitudes y valores, así como también proporciona oportunidades para practicar la conducta pro-social y modelos de tal conducta; esto quiere decir que, el alumno mismo empieza a crear un conocimiento propio a partir de la observación de sus demás compañeros y de esta manera los alumnos aprenden a ver las situaciones y problemas desde otras perspectivas.

Para que se produzca una interacción positiva entre los compañeros es necesario crear un clima y dinámica de aula que potencie dicha interacción. Para mejorar la dinámica del aula, debemos:

- Establecer normas claras de funcionamiento elaboradas por todos y enunciadas de forma positiva.
- Crear un clima de respeto y confianza en el aula.
- Organizar actividades complementarias, fuera y dentro de la clase, que favorezca la relación entre los alumnos.
- Favorecer actividades cooperativas y evitar en todo momento las actividades competitivas.

Capítulo III.

**Modelo contextual sobre la
intervención de políticas públicas en
programas de Integración Educativa.**

3.1 Perfil de egreso del comunicólogo educativo en la Universidad de Sonora

Un comunicólogo educativo de la Universidad de Sonora es creativo, responsable, tolerante y comprometido con el desarrollo social, capaz de identificar, diagnosticar, planificar, producir, intervenir y evaluar la dimensión de los procesos sociales de comunicación así como generar conocimiento especializado.

Utilizando para ello diversas técnicas de observación, detección y medición en los ámbitos de la educación, los procesos de comunicación, así como generar conocimiento especializado acerca de estos, a través de la utilización de recursos simbólico-discursivos, con base en elementos teórico-metodológicos y técnicos.

Un comunicólogo educativo egresado, es competente para identificar y diagnosticar, planear y proponer estrategias comunicativas educativas que posibiliten la integración de recursos para el logro de los objetivos establecidos con base en el diagnóstico de problemas y necesidades comunicativas en los ámbitos de la educación.

Intervenir en los procesos comunicativos con el objetivo de modificarlos o transformarlos, mediando para ello la aplicación de métodos, técnicas y estrategias que generen cambios dirigidos al logro de objetivos previamente establecidos en los ámbitos de la educación.

Evaluar las estrategias de intervención comunicativa y sus resultados de manera sistemática y organizada, con el objetivo de determinar el impacto conseguido y orientar la toma de decisiones en los ámbitos de la educación.

Evaluar procesos comunicativos en los ámbitos de la educación con el propósito de caracterizarlos y explicarlos.

Generar conocimiento comunicativo especializado desde las diferentes perspectivas teórico-metodológicas de la disciplina en los ámbitos de la educación.

3.2 Saberes y haceres del comunicólogo educativo

El comunicólogo debe de acentuar el poder de la comunicación de la fase emisora, es decir tener la capacidad de crear mensajes para transformar conductas y orientar a la gente. Todo en un contexto áulico, significa que todo lo puede prever y controlar al emisor-educador, tanto por los estímulos adecuados como por una planificación de mensajes a ofrecer.

El comunicólogo educativo debe ser un tecnólogo. Tener en cuenta siempre el esquema básico que es emisor-mensaje-receptor que tanto éxito tuvo en instituciones educativas formales y no formales. Se trata de una propuesta que centra todo, en el emisor tiene como paradigma a los grandes medios de difusión masiva y a la publicidad y la propaganda.

La relación pedagógica es un fundamento, una relación entre seres que se comunican, que interactúan, contribuyen en la interlocución, Los que eligen la comunicación en educación, tienen como base a la comunicación.

3.3 Perfil del alumno y maestro en el Siglo XXI

Los maestros deben desarrollar procesos en el aula donde haya una naturaleza dinámica y flexible. Ser profesionales capaces de resolver problemas de su entorno para que los estudiantes alcancen aprendizajes que permitan potenciar su desarrollo y calidad de vida.

La relación entre maestro y alumno debe ser una relación liberadora y no de poder o disciplina únicamente. Dicha relación se genera cuando comparten conocimientos y herramientas útiles y trascendentales para la vida.

El papel del maestro en la educación participa dentro de una organización como lo es la escuela, que es parte de un sistema educativo vinculado en tres partes: maestros en el consejo técnico escolar, en donde se discuten contenidos curriculares. Maestro frente a grupo, lo que se traduce en prácticas didácticas en el salón de clase. Y por último, puente y colaborador entre la escuela y los padres

de familia para reforzar el estudio en casa o bien informar de alguna situación especial del estudiante.

El nuevo perfil del docente solicita un alto compromiso hacia ellos mismos para seguir preparándose y actualizando; hacia la comunidad educativa, demanda una opción de vida orientada a lo humano y a la construcción de una sociedad más justa colaboradora y equitativa, con valores dirigidos a la paz, el respeto a la vida y a la diversidad.

El papel del maestro del siglo XXI debe tener un compromiso con la superación personal, con el aprendizaje, con los alumnos, con la creación de una sociedad mejor y con la revolución educativa y social que se requiere urgentemente.

Por lo anterior, el docente debe ser:

Un Modelo de aprendiz de nuevas estrategias, técnicas, nuevos enfoques y destrezas reales en un mundo globalizado, competitivo y especializado características propias de la era del conocimiento.

Líder, que orienta, da sentido y fortalece el esfuerzo de sus alumnos, conduciéndolos a una sociedad con mayor libertad, con muchas alternativas pero también cargada de incertidumbre, que requiere flexibilidad de pensamiento. Indagador e investigador, que enseñe a pensar, descubrir, formular, a buscar.

Mientras que el estudiante debe aprender a enfrentar los cambios sociales que suceden a diario. El perfil del estudiante tiene que ajustarse cada vez más al cambio y avanzar juntos a la educación del nuevo mundo.

El estudiante debe tener estos perfiles:

Perfil Colaborativo: Realizar trabajos grupales y todo aporte con sus criterios e ideas para resolver el problema.

Perfil Constructivo: Ser un estudiante constructivo exigir que los conocimientos aprendidos vayan acompañados de juicios y criterios de valor personales en base a la investigación.

A continuación se mostrarán las políticas públicas como marco contextual el cual hace referencia y justifica la importancia de un estudio a determinar características hacia los programas implementados, en este caso con relación a nuestra investigación acerca de la importancia que tiene la integración en cual ámbito educativo con la perspectiva gubernamental.

También ayuda a justificar la importancia de un estudio específico, a determinar características específicas de un estudio.

Y por último brinda pistas para la intervención, en la investigación.

. Figura No.2 Modelo contextual para el estudio de la integración educativa.



Serda, R (2015)

3.4 Declaración de Salamanca en reunión con la UNESCO.

En Junio del 7 al 10 del año 1994 en Salamanca, España, en representación de 92 gobiernos y 25 organizaciones internacionales, estableciendo que los niños tiene derecho a la educación, incluyendo a los niños con necesidades especiales.

Se puede destacar resumidamente los siguientes puntos de este acuerdo:

- Los sistemas educativos deben tener atención individualizada para cada niño.
- Los niños con necesidades educativas especiales deben de tener acceso a la escuela ordinaria y atender sus necesidades.
- Fomentar la integración del niño con necesidades educativas especiales en la escuela ordinaria. (UNESCO, 1994).

La declaración de Salamanca es una clara demostración de que todos los niños con alguna discapacidad tienen derecho a la educación, desde fomentar la integración y tener una atención individualizada para atender sus necesidades. La generación de ambientes inclusivos, donde se respete, entienda y se proteja la diversidad. Con esto cabe resaltar que la integración es importante ya que con ella se pretende valorar a cada uno de los niños como es en el caso de los niños Down y a los niños regulares, todo esto con la intención de que el aprendizaje y la participación de todos los alumnos mejoren. Es importante ya que si existen los valores, la mejora de un aprendizaje y la participación, existirá una mejor interacción entre los niños. Si se cumple con todos estos supuestos se podrán implementar estrategias para la integración educativa en el instituto YAANS.

3.4.1 La integración educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias. Materiales de trabajo.

Este programa tiene como base las diversas experiencias y estudios realizados en nuestro país y en otros países, cuyas conclusiones indican que cuando los niños con necesidades educativas especiales se integran a las aulas de las escuelas regulares desarrollan mejor sus capacidades físicas, intelectuales y de relación con otros. Pero además, la integración educativa puede beneficiar a los demás

integrantes del grupo: su presencia en las aulas implica un llamado de atención hacia el reconocimiento de las características particulares de cada uno de los alumnos, de sus intereses y capacidades siempre diversas, y constituya una oportunidad excepcional para promover la convivencia, la comunicación y el respeto entre los diferentes. Por otra parte, la integración educativa subraya la necesidad de revisar las formas de enseñanza, las relaciones cotidianas entre los diversos actores del hecho educativo

(Particularmente la relación entre el profesor y los alumnos, y la de éstos entre sí) y, aún, más la adecuación de los contenidos educativos a las características particulares de los alumnos.

Los retos enunciados son, precisamente, los que plantea la reforma educativa impulsada con cuidado puede contribuir al mejoramiento de la práctica de los docentes de educación básica en general, lo cual beneficiará a todos los alumnos que asisten a la escuela regular. (SEC, 2000)

3.4.2 Programa Nacional de Educación 2001-2006 La Educación Especial y la Integración Educativa en México.

En el Programa Nacional de Educación 2001-2006 se reconoce la necesidad de poner en marcha acciones decididas por parte de las autoridades educativas para atender a la población con discapacidad. Asimismo se establece como uno de los objetivos estratégicos de la política educativa alcanzar la justicia y equidad educativas. Entre las líneas de acción destacan las siguientes: establecer el marco regulatorio –así como los mecanismos de seguimiento y evaluación– que habrá de normar los procesos de integración educativa en todas las escuelas de educación básica del país; garantizar la disponibilidad, para los maestros de educación básica, de los recursos de actualización y apoyos necesarios para asegurar la mejor atención de los niños y jóvenes que requieren de educación especial, y establecer lineamientos para la atención a niños y jóvenes con aptitudes sobresalientes.

Estas acciones tienen como antecedente los cambios promovidos en la orientación de los servicios de educación especial durante la década pasada, entre los cuales destaca el tránsito de la atención casi exclusivamente clínica y terapéutica, hacia una atención educativa cada vez más incluyente. En este proceso los servicios de educación especial han experimentado un proceso de transformación para conformarse, principalmente, como un servicio de apoyo a las escuelas de educación inicial y básica, en lugar de constituir un sistema paralelo.

Este proceso se impulsó de manera más precisa a partir de 1993, con la Ley General de Educación que en su artículo 41 señala que la educación especial propiciará la integración de los alumnos con discapacidad a los planteles de educación regular mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos. Además, establece que la educación especial procurará la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, a través de programas y materiales de apoyo específicos, de aquellos alumnos con discapacidad que no se integren a las escuelas de educación regular. (SEC, 2001)

3.5 “Esquema de Contraloría Social del Programa de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa” 2013.

EL objetivo de este programa es promover y dar a conocer los servicios de educación especial y el proceso de integración educativa que favorece la atención educativa de los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales, dando prioridad a los que presentan discapacidad, aptitudes sobresalientes y/o talentos específicos; mediante el desarrollo de mecanismos de participación social en la vigilancia, control y evaluación de las acciones programadas, fomentado con ello no sólo la participación informada sino el ejercicio del derecho a la rendición de cuentas y la transparencia por un lado, y por otro, el cabal cumplimiento de la actuación gubernamental.

Se contribuirá en el desarrollo de mejores oportunidades para que en los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales, se promueva el uso equitativo y transparente de los recursos con el diseño de políticas y acciones que involucren a todos los actores sociales, fortaleciendo la corresponsabilidad educativa mediante acciones específicas.

Estos tres programas nos hacen mención en que la integración puede beneficiar a los dos integrantes del grupo ya que su presencia en las aulas implica un llamado de atención hacia el reconocimiento de las características particulares de cada uno de los alumnos. También se dijo que se debe contribuir en el mejoramiento de las prácticas docentes para que al momento de trabajar con los niños regulares, los docentes puedan ayudar a crear materiales de apoyo e implementen campañas de sensibilización y así hacer válido los derechos de los niños con Síndrome de Down ya que todos merecen una educación de calidad.

Y por último todo esto tiene un objetivo que es promover la convivencia social.

El Gobierno del Estado de Sonora, en su Programa Estatal de Educación 2004-2009, ha concedido un lugar especial a la investigación educativa, al establecer el Programa Integral de Investigación Educativa siguiendo los lineamientos establecidos por la UNESCO en su declaración de Cochabamba, Bolivia, y a través de la Secretaría de Educación y Cultura y se seleccionaron trece demandas en base a las ciertas consideraciones y antecedentes.

Entre esas condiciones se habla del rezago educativo en regiones o municipios donde se detectan indicadores de baja cobertura, alta reprobación y repitencia y, consecuentemente, baja eficiencia terminal y aprovechamiento escolar; No existe precedente en la entidad de estudio que refleje si los docentes están transformando realmente su práctica docente; si conocen, han interpretado correctamente y están aplicando modelos educativos centrados en el aprendizaje o si, por el contrario, están utilizando prácticas tradicionales ya desfasadas por la pedagogía moderna.

Aquí podemos comentar acerca de la relación que existe con la educación que se le da a los niños con Síndrome de Down que en ocasiones los profesores aplican esas “herramientas” de los modelos de educación correcta ya desfasadas de la actualidad, y que por ello no puedan aprender. Por lo tanto si no aplican esas herramientas la integración que es una obligación implementar en las escuelas con los nuevos proyectos o plan de estudios, es imposible que se pueda dar.

Mucho menos que de los niños regulares nazca ese gusto por integrarse, convivir, jugar con algún niño con Síndrome de Down.

3.7 Instituto YAANS

Existen diferentes instituciones dedicadas en Integrar a los niños con discapacidades especiales pero ninguna como el Instituto YAANS quien además de trabajar con niños con autismo y síndrome de Down también se trabaja con niños regulares. Donde los docentes especialmente están preparados para impartir las actividades necesarias para cada alumno dentro del aula.

Así pues es de suma importancia para nuestra investigación, conocer el significado de la integración educativa y aprender de los programas e instituciones preocupadas por la educación e integración de los niños regulares y los niños con Síndrome de Down. Todo esto es con el objetivo de poder tener una idea de cómo se puede lograr y llevar a cabo la integración dentro de cualquier Institución y recibir los beneficios. Como ya se mencionó “...la integración puede beneficiar a los dos integrantes del grupo ya que su presencia en las aulas implica un llamado de atención hacia el reconocimiento de las características particulares de cada uno de los alumnos..

Capítulo IV.

Vitrina metodológica para el estudio de la integración educativa entre los niños regulares y los niños con Síndrome de Down.

El objetivo de este apartado es describir e identificar en las estrategias implementadas en el Instituto YAANS para saber el tipo de integración e interacción entre nuestros sujetos de estudio, presentando los referentes metodológicos en los que se debe basar la investigación para ser implementada.

Figura No.3 Modelo metodológico para el estudio de la integración educativa.



. Serda, R (2015)

4.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan cuidadosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

Según el autor Bunge (2002), menciona que existen 9 etapas donde podemos llevar un seguimiento de cómo realizar una investigación descriptiva:

1. Examinan las características del problema escogido.
2. Lo definen y formulan sus hipótesis.
3. Enuncian los supuestos en que se basan las hipótesis y los procesos adoptados.
4. Eligen los temas y las fuentes apropiados.
5. Seleccionan o elaboran técnicas para la recolección de datos.
6. Establecen, a fin de clasificar los datos, categorías precisas, que se adecuen al propósito del estudio y permitan poner de manifiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas.
7. Verifican la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos.
8. Realizan observaciones objetivas y exactas.
9. Describen, analizan e interpretan los datos obtenidos, en términos claros y precisos.

Así como lo menciona el autor, una investigación descriptiva es aquella donde solo se encarga de la observación sin hacer énfasis en la recolección de datos, sino más bien en la conceptualización de las variables principales. Para nuestra investigación es de suma importancia realizar observaciones dentro de la institución para identificar el tipo de integración e interacción que hay entre los

alumnos regulares hacia los alumnos con Síndrome de Down, con el fin de poder identificar y saber las estrategias que el docente emplea y así haya un ambiente ameno para ambos.

El tipo de investigación cualitativa según el autor Hernández (2002) “se basan más en una lógica y proceso inductivo (explora y describe, y luego genera perspectivas teóricas).

Van de lo particular a lo general. En un típico estudio cualitativo, el investigador entrevista a una persona, analiza los datos que obtuvo y saca conclusiones; posteriormente, entrevista a otra persona, analiza esta nueva información y revisa sus resultados y conclusiones; del mismo modo, efectúa y analiza más entrevistas para comprender lo que busca. Es decir, procede caso por caso, dato por dato, hasta llegar a una perspectiva más general”.

Es por eso que nuestra investigación será cualitativa ya que se trabajará con niños en un rango de edad de 4 a 10 años de edad y se realizarán entrevistas con el objetivo de describir, explorar y analizar la información que se recibirá.

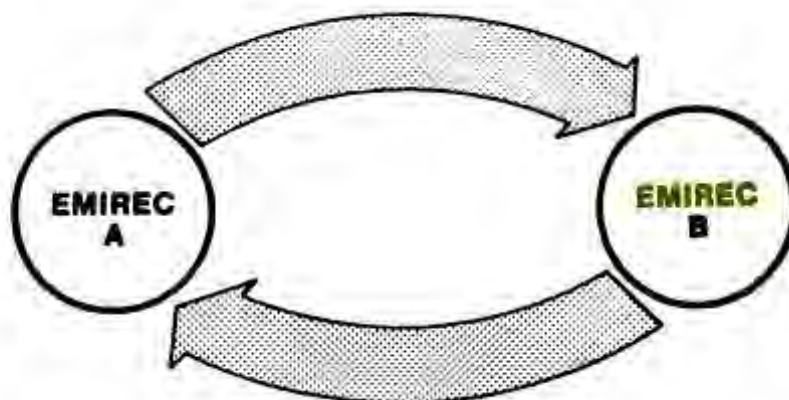
4.2 Modelos para la investigación de la comunicación educativa

En este apartado, nos basamos en el modelo del autor Aparici (2003) en donde nos dice que los modelos funcionalistas están basados en la existencia de un emisor que transmite mensajes a un receptor y donde puede existir o no feedback. Frente a estos modelos centrados en el emisor o en la transmisión de mensajes, tenemos el modelo EMIREC, donde se establece una relación de igual a igual entre todos los participantes del proceso y donde no existen papeles asignados para quienes participan de la comunicación: los emisores son receptores y los receptores son emisores.

Este modelo cobra especial interés en la práctica comunicativa con medios de comunicación donde de receptores o público o audiencia de los medios pasan a ser emisores de mensajes, productores.

El modelo de comunicación que se desprende de esta concepción podría ser elementalmente reflejado gráficamente en dos o más EMIRECS intercambiando mensajes en un ciclo bidireccional y permanente:..”

Imagen No.1 Modelo para la investigación de la comunicación educativa según Aparici (2003)



Fuente: Aparici (2003)

Parte de la importancia que tiene este modelo se basa en que los participantes asumen su rol de ser críticos y ser creativos lo cual posibilita la existencia de un mecanismo que se convierte en materia para asumir posiciones de reflexión, negociación, transformación y construcción individual y social, adicionalmente este modelo comunicativo genera un dialogo fluido y significativo entre las personas que emiten y reciben mensajes a través de las tecnologías digitales y canales de información y comunicación. Una de las funciones del modelo EMIREC es que se pueden producir, que serán la base para la construcción de un conocimiento individual al que se llegará a través de un proceso colaborativo o cooperativo usando distintas herramientas, de ahí que este modelo encuentre apoyo en el constructivismo.

En este modelo el papel del receptor cambia sustancialmente con respecto al modelo tradicional ya que, el proceso pasa a estar centrado en él y debe adoptar una posición activa en la construcción de su proceso de enseñanza-aprendizaje, lo

cual es muy positivo en la educación ya que, de esta manera se está generando autonomía, se desarrolla el pensamiento crítico, se adopta una actitud colaborativa, se aplica conocimientos a situaciones reales y se muestra capacidad de autoevaluación consiente, por ultimo este modelo comunicativo potencia la posibilidad que el estudiante emita sus propios mensajes a través de los diversos lenguajes, fortaleciendo la propuesta educativa.

Si lo enfocamos en el área de educación básica como preescolar y primaria en el Instituto YAANS donde se realizó la investigación, es un claro ejemplo ya que el conocimiento que reciben en clase puede ser por la explicación que da la profesora y después con participación de todos se construye, cada niño, su propio conocimiento además de hacerlo a través de las estrategias hechas por los mismos maestros. Además de que hay un feedback, esto quiere decir que hay una respuesta después de otra respuesta de emisor-receptor y receptor-emisor.

4.3 Método

El estudio de caso es una herramienta de investigación fundamental para poder responder el cómo y el por qué, utilizando múltiples fuentes y datos.

Según Martínez (2011), el estudio de caso es: una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría.

Podemos decir que esta herramienta es útil para ampliar el conocimiento en un entorno real, desde múltiples posibilidades, variables y fuentes, porque con este método se puede analizar un problema, determinar el método de análisis así como las diferentes alternativas o cursos de acción para el problema a resolver

En la investigación en la unidad de análisis, se tomarán los puntos de vista de las dos docentes y se observará a los niños, para poder profundizar en el objetivo de

estudio que es identificar y describir el tipo de integración entre el alumno regular y el alumno con Síndrome de Down en el Instituto YAANS en Hermosillo, Sonora.

4.4 Paradigma

4.4.1 Paradigma interpretativo simbólico.

En consecuencia, este enfoque considera las organizaciones como una creación social producto de la interacción de personas que se mueven de acuerdo a sus necesidades. Se interesa por el significado de las acciones sociales.

Su finalidad es comprender e interpretar el fenómeno educativo. Su metodología cualitativa es una estrategia de investigación fundada en una rigurosa descripción contextual de una situación. Es necesaria una recogida abundante de datos desde distintos ángulos para poder crear un conocimiento válido.

El investigador se implica a nivel relacional con el objeto de estudio, y es el filtro por el que pasa la información significativa de la investigación. La investigación permite sacar teorías sustantivas contextualizadas (Alsina, 2001)

Es por ello que en el análisis de los factores se usará el enfoque interpretativo simbólico interpretativo debido a que se centra en el significado de las acciones en este caso de los de integración entre los niños con Síndrome de Down con los niños regulares, y se tomarán en cuenta el punto de vista del investigador Después que se tengan los resultados se podrán tener teorías que sustenten el por qué sucedió ese fenómeno.

4.5 Dimensión, Variable e Indicadores de estudio

Tabla No.1 Cuadro variable indicador.

Dimensión	Variable	Indicador
Comunicación Educativa	Integración educativa	Experiencia del docente
		Implementación de la integración educativa
	Estrategias de comunicación	Formas de trabajo
		Acomodo del aula
		Uso de material didácticos
	Interacción social	Tipo de interacción del aula
		Nivel de interacción
		Presencia de conflicto en clase.

Serda, R (2015)

4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que utilizaremos dentro de nuestra investigación, será la entrevista hacia el docente y el diario de campo.

Para esto, el autor Gento (2004) nos dice que la entrevista es un procedimiento de interrogación en el que se pregunta a los que son objeto de estudio o se pide opinión o a aquellos que pueden facilitar información válida sobre lo que se trata de conocer.

La utilización de la misma tiene la ventaja de que durante utilización de ella, no solo se recoge información que facilitan aquellos a quienes se interroga, sino que

se puede observar el contexto, la riqueza de datos de durante su realización se ofrecen en relación con la dimensión personal de los que intervienen.

Por lo tanto, dentro de la entrevista realizada, se podrá conocer la experiencia y las estrategias que han utilizado en el transcurso de su estancia en el Instituto YAANS hacia los niños regulares con los niños con Síndrome de Down. Éste arrojó información relacionada con las variables de investigación. En el cuadro No. 1, se presentan las variables que fueron evaluados por las docentes entrevistadas:

Cuadro No. 1 Organización de la entrevista semi-estructurada

Tabla No.2 Organización la entrevista semi-estructurada

Variable	Número de pregunta	Total de preguntas
Integración educativa	4 y 6	2
Estrategias de comunicación	1, 2, 8 y 9	4
Interacción social	3, 5 y 7	3

Serda, R (2015)

Al total de 9 preguntas dentro de nuestra entrevista dirigida a las docentes, se suman 6 preguntas más al inicio referente a los datos generales del entrevistado.

En cambio en el diario de campo será con el fin de observar toda aquella interacción social, integración educativa y estrategias de comunicación que se haga presente entre los niños regulares con los niños con Síndrome de Down. Para esto, el autor Malinowski (1989) nos dice que el diario de campo es una historia de acontecimientos que son por entero accesibles al observador: y, escribir un diario requiere un profundo conocimiento y un perfecto entrenamiento; cambios desde el punto de vista teórico.

Es decir este instrumento nos ayudará a describir y observar detenidamente alguna situación o acontecimiento con detenimiento, para poder hacer los cambios necesarios dentro del enfoque teórico.

Siendo así, dentro del siguiente cuadro, podremos observar las preguntas divididas por su variable y por su indicador correspondiente, que se plantearon a las dos docentes encargadas.

Tabla No.3 Cuadro variable indicador pregunta.

Dimensión	Variable	Indicador	Pregunta
	Integración educativa	Experiencia del docente	-En el momento de realizar una actividad, ¿Cómo implementa la integración de los alumnos regulares hacia los alumnos con Síndrome de Down dentro del aula?
		Implementación de la integración educativa	-Describa su experiencia como docente integrador al trabajar con alumnos con Síndrome de Down (Desde que inicia la clase hasta que termina)
Comunicación educativa		Formas de trabajo	-¿De qué manera organiza las mesas de trabajo al momento de impartir la clase y por qué lo hace de esta manera? -Podría mencionar que materiales utiliza en sus clases? -Si pudiera implementar

Estrategias de comunicación	Acomodo del aula	alguna estrategia para mejorar la integración de los niños regulares con los niños con Síndrome de Down ¿Cómo sería? - Si pudiera implementar
	Uso de material didácticos	alguna estrategia para mejorar la interacción de los niños regulares con los niños con Síndrome de Down ¿Cómo sería? -¿Cuál es el tipo de interacción que usted percibe entre los alumnos regulares y los alumnos con síndrome de Down? -¿Considera usted suficiente y adecuada la interacción que tienen los alumnos regulares hacia los alumnos con síndrome de Down? ¿Por qué?
Interacción social	Tipo de interacción del aula	¿Por qué?
	Presencia de conflicto en clase	-Describa alguna situación o conflicto que haya observado entre los alumnos regulares con los alumnos con síndrome de Down en el aula.

Serda, R (2015)

Cada una de estas variables se ubica en el instrumento de recolección de información los cuales fueron aplicadas a las docentes encargadas de las aulas.

Las variables en esta investigación se rigen por tres bloques fundamentales. De cada uno de ellos se deriva un número de indicadores que nos permitieron llegar a los resultados obtenidos. (Ver tabla No.3)

Integración Educativa.

La integración es un término que se utiliza regularmente para hablar del proceso que permite maximizar la interacción entre los menores de la misma edad, sin importar las condiciones y discapacidades de algunos de ellos. Mediante las experiencias de las diferentes actividades que se llevaron a cabo por los docentes de la institución educativa.

Estrategias de comunicación.

Estrategias de comunicación es la forma de coordinar integralmente los recursos existentes para lograr una posición de ventaja sobre el contrario. “La planificación estratégica es más una combinación de fundamentos filosóficos y del comportamiento, localizados al nivel de conocimientos y de las actitudes, tanto personales como profesionales y que tiene profundas y significativas implicaciones para la cultura de las organizaciones y las posturas futuras”. (Arellano, 1998, p.5). Mediante la percepción de los docentes hacia los alumnos regulares dentro de la Institución correspondiente.

Interacción social.

La interacción es todo aquel tipo de relaciones que, con carácter dinámico, los organismos son protagonistas de un ambiente físico, social, psicológico y pedagógico, fundamentalmente profesorado y alumnado tienen entre ellos. La observación es un método en el cual el docente puede medir la convivencia entre los alumnos regulares hacia los alumnos con Síndrome de Down.

Capítulo V.
**Resultados de la implementación sobre
la integración educativa entre los niños
regulares y los niños con Síndrome de
Down.**

El presente capítulo tiene como objetivo presentar los resultados arrojados por la investigación llamada “Propuesta de Comunicación Educativa para la integración de los niños regulares con los niños con Síndrome de Down” dentro del Instituto YAANS.

Los resultados muestran datos interesantes con respecto a las variables mencionadas en la metodología, todos estos tienen una estrecha relación con el objetivo de estudio a través de una tabla de hallazgos sobresalientes lo cuales se obtuvieron gracias a los instrumentos como la entrevista y el diario de campo.

Los resultados se presentaran en cuatro bloques:

1.- *Datos generales*, en donde la información obtenida es en relación a la edad, escolaridad, estado civil, antigüedad en la institución y área donde labora cada informante.

2.- *Integración educativa*, la cual es relacionada en el tipo de integración y la satisfacción que las informantes perciben dentro del aula.

3.- *Estrategias de comunicación*, en este apartado, sabremos el tipo de estrategias de las docentes utilizan para poder crear una integración educativa dentro del aula.

4.- *Interacción social*, en el cual se muestra los tipos de interacción que los alumnos regulares tienen hacia los alumnos con Síndrome de Down, así como también, si existe algún conflicto dentro del aula.

Los datos se capturaron en tablas de hallazgos sobresalientes lo cuales se obtuvieron gracias a los instrumentos como la entrevista y el diario de campo.

5.1. Procesamiento de análisis y datos.

Informe cualitativo de entrevista semi-estructurada.

5.1.1 Datos generales.

Tabla No.4 Datos Generales

Informante	Sexo	Escolaridad	Edad	Estado civil	Antigüedad en la institución	Área
1	F	Secundaria	30	Casada	9	Preescolar
2	F	Licenciatura	26	Soltera	5	Primaria (1ro, 2do y 3ro)

5.1.2 Integración Educativa.

5.1.2.1 Experiencia del docente.

En el siguiente apartado, conoceremos como es un día de clases en las aulas de las docentes encargadas.

Tabla No. 5 Qué hace desde que inicia la clase hasta que termina

HALLAZGOS	MENCIONES
Trabajo individual	3
Trabajo en equipo	1

Tabla No. 5.1

Pregunta (Docente)	Recorte	Categoría
Describe su experiencia como docente integrador al trabajar con alumnos con síndrome de Down. (Desde que inicia la clase hasta que termina)	“...empezamos a trabajar, es la bienvenida, es el saludo, es hacer activación física, salimos allá afuera a hacer activación física todos los días es trabajar en el cuaderno o alguna	Experiencia del docente

	<p>actividad referente a los temas...” (Sujeto 1)</p> <p>“...Trato desde que empezamos, empiezo con las mismas actividades para la niña ésta con síndrome de Down y para los demás...” (Sujeto 2)</p>	
--	---	--

En el cuadro anterior, podemos observar que para las docentes, el trabajo individual es la forma de trabajar dentro del aula, asignando actividades especializadas para cada alumno.

Según el autor Fuentes (1997) se hace participar al alumno en los objetivos educativos que se le proponen, porque se ve obligado a tener una visión global no sólo de los contenidos a trabajar, sino también de su propio proceso de aprendizaje. Con esto podemos decir que el trabajo individual es parte del proceso en el que el maestro pueda dejar al alumno en un mismo desenvolvimiento para que este pueda generar un conocimiento propio.

5.1.2.2 Implementación de la integración educativa.

A continuación se muestra la forma en la que las docentes implementan la integración educativa dentro del aula.

Tabla No. 6 Cómo implementa la integración.

HALLAZGOS	MENCIONES
Niños regulares intermediarios	2
Acomodo de mesas	1

Tabla No. 6.1.

Pregunta (Docente)	Recorte	Categoría
En el momento de realizar una actividad ¿Cómo implementa la integración de los alumnos regulares hacia los alumnos con síndrome de Down dentro del aula?	“...Pues los pongo en las mesas igual, son como te digo el nivel de cada niño y ya están regular y educación especial y se les trata como si fueran o sea normal...” (Sujeto 1) “... Procuro poner a la niña que en este caso nada más es una con síndrome de Down ponerla con los niños más serios...” (Sujeto 2)	Implementación de la integración educativa

La estrategia de implementación que las docentes utilizan para mejorar la integración, es por medio de niños regulares intermediarios teniendo dos menciones en la entrevista realizada. Para el autor Birch (1974) la integración educativa se define como un proceso que pretende unificar las educaciones ordinaria y especial con el objetivo de ofrecer un conjunto de servicios a todos los niños, en base a sus necesidades de aprendizaje. Por lo tanto, los niños regulares intermediarios, son la base para formar una integración dentro del aula hacia los alumnos con Síndrome de Down.

5.1.3 Estrategias de comunicación.

5.1.3.1 Acomodo del aula

En este apartado, conoceremos la distribución áulica que las docentes aplican en el aula.

Tabla No. 7 Acomodo de mesas al momento de impartir la clase.

HALLAZGOS	MENCIONES
Trabajo individual	2
Distribución áulica	2
Nivel Académico	1

Tabla No. 7.1

Pregunta (Docente)	Recorte	Categoría
¿De qué manera organiza las mesas de trabajo al momento de impartir la clase y por qué lo hace de esa manera?	“...Por grupos, los niños por nivel académico en una mesa y están los niños que más o menos saben con los niños Down...” (Sujeto 1) “...Están organizados de manera individual cada banco, están alineados por, son 5 filas de 4 niños cada uno....” (Sujeto 2)	-Formas de trabajo -Acomodo del aula

En el cuadro anterior, podemos observar que dentro del aula, las docentes mencionaron que el acomodo de las mesas de trabajo es de forma individual. Para tener más claro el concepto de trabajo individual, el autor Bosch (1996) lo menciona como "la capacidad potencial de actuar en una situación de aprendizaje, aplicando conscientemente estrategias, poniendo en juego la voluntad de asumir la responsabilidad de su propio aprendizaje, sin la presencia física del profesor". Así como menciono el informante 1: "En la mesa de

los niños que requieren más apoyo, yo estoy con ellos apoyándolos, mientras los demás continúan con su trabajo”. Esto quiere decir que algunos alumnos continúan su trabajo de forma individual con apoyo de sus demás compañeros o de algún asesor asignado.

5.1.3.2 Uso de materiales didácticos

Como lo menciona el indicador, aquí podremos conocer el tipo de materiales didácticos que docentes utilizan dentro del aula.

Tabla No. 8 Materiales que usa en clase.

HALLAZGOS	MENCIONES
Material interactivo	2
Material impreso	2
Libros de texto	2
TIC's	1

Tabla No. 8.1.

Pregunta (Docente)	Recorte	Categoría
¿Podría mencionar que materiales utiliza en su clase?	<p>“...Pues materiales didácticos, este, juegos, laminas, cuadernos, libros a los niños que tienen libros de trabajo...” (Sujeto 1)</p> <p>“...Pues son cartulinas, dibujos, muy rara vez son proyecciones o televisión Utilizamos mucho lo que son bloques de madera para lo que es el conteo de números, los libros de texto, cuentos eso es a diario...” (Sujeto 2)</p>	Uso de material didácticos

En la tabla anterior, podemos observar, que el material que las docentes usan al momento de impartir la clase, son diversos, como lo son libros de texto, material interactivo y material impreso adecuados a cada alumno dentro del aula. Para esto, el autor Morales (2012) menciona que el material didáctico es aquel que se refiere a aquellos medios y recursos que facilitan la enseñanza y el aprendizaje, dentro de un contexto educativo, estimulando la función de los sentidos para acceder de manera fácil a la adquisición de conceptos habilidades, actitudes o destrezas.

Aparte del material didáctico, las docentes también utilizan material impreso que para esto, el autor Flanagan (1991) menciona que los materiales impresos se diferencian de los demás tipos de medios, por el hecho de estar compuestos de hojas o pliegos sobre los que la información se presenta en hileras de caracteres o símbolos donde a veces se intercala también material visual, entre las líneas.

Tomando en cuenta las respuestas de las docentes, podemos decir que para el Instituto YAANS, los materiales didácticos son de gran importancia para poder impartir una clase, ya que es el medio por el cual el alumno se siente más atraído y con el que se puede sentir más preparado al momento de participar.

5.1.3.3 Formas de trabajo

En la siguiente tabla, se dará mención a los tipos de estrategias para la integración educativa e interacción social, que docentes pudieran implementar dentro del aula.

Tabla No. 9 Estrategia implementada para la integración

HALLAZGOS	MENCIONES
Material interactivo	2
Trabajo en equipo	1

Tabla No. 9.1

Pregunta (Docente)	Recorte	Indicador
Si pudiera implementar alguna estrategia para mejorar la integración de los niños regulares con los niños con Síndrome de Down ¿Cómo sería?	“...Pues yo digo que cualquier actividad por medio del juego, una actividad a través del juego los niños se integran jugando siempre...” (Sujeto 1) “...pues sería trabajar más en equipo yo digo, ósea haciendo trabajos en equipo donde estén estos niños con síndrome de Down...”	Estrategia para integración

Dentro del aula, las estrategias que se utiliza para mejorar la integración son de material interactivo, donde ejemplifican con diferentes juegos. Para esto, el autor Alejandro G. (1997) nos dice que el material interactivo es la capacidad del receptor para controlar un mensaje no-lineal hasta el grado establecido por el emisor, dentro de los límites del medio de comunicación asincrónico.

Para nuestras informantes, el material interactivo es parte fundamental dentro de la clase, ya que mencionan que con este dicho material los alumnos aprenden de una forma favorable y donde también, los mismo alumnos pueden interactuar.

Tabla No. 10 Estrategia implementada para la interacción

HALLAZGOS	MENCIONES
Valores	3
Distinción de formación	1
Trabajo en equipo	1

Tabla No. 10.1.

Pregunta (Docente)	Recorte	Categoría
Si pudiera implementar alguna estrategia para mejorar la interacción social de los niños regulares con los niños con Síndrome de Down ¿Cómo sería?	<p>“...Igual, en las actividades que participen siempre, unos con otros que siempre estén, o sea no separarlos educación especial y educación regular no, siempre hay que mezclarlos unos con otros...” (Sujeto 1)</p> <p>“...Podría ser trabajar más con valores, ósea dar no sé, clasecitas así de muy dinámicas sobre valores y que indirectamente que sea el punto de atención que sean estos niños con síndrome de Down...” (Sujeto 2)</p>	Estrategia para la interacción

En la entrevista realizada, las docentes mencionaron que una estrategia que implementan para mejorar la interacción es por medio de valores, ya sea por juegos o material que sea referente a los mismos. Según el autor Hernán (2008) el valor es una cualidad especial que hace que las cosas sean estimadas en sentido positivo o negativo. Si nos referimos al valor de un producto o un bien material, el valor es según como lo aprecie cada quien, pero si nos referimos a un

acto de bien o norma social, este valor será estimado para algunos positivos y para otros negativos.

Considerando la respuesta de las docentes dentro de la entrevista realizada, podemos concluir que las estrategias que propusieron las mismas, sería una manera acertada de poder hacer presenta la interacción social de los alumnos regulares hacia los alumnos con Síndrome de Down dentro del aula.

5.1.4 Interacción social.

5.1.4.1 Tipo de interacción del aula.

En seguida sabremos el tipo de interacción que las docentes perciben dentro del aula.

Tabla No. 11 Tipo de interacción percibida entre los niños regulares con los niños con Síndrome de Down.

HALLAZGOS	MENCIONES
Interacción social	3
Interacción educativa	2
Inserción delos niños Down	1
Interacción fundamental	1

Tabla No. 11.1.

Pregunta (Docente)	Recorte	Indicador
¿Cuál es el tipo de interacción que usted percibe entre los alumnos regulares y los alumnos con síndrome de Down?	<p>“...Hay quienes si como que tratan de no integrarse con ellos o buscar a niños que sean más o menos igual que ellos...” (Sujeto 1)</p> <p>“...Yo digo que, como te</p>	

	<p>diré, los niños que he tenido con síndrome de Down en el salón, han sido totalmente aceptados por los otros niños, la niña que tengo con síndrome de Down, es una niña muy aceptada por todos, de echo todo mundo la busca para jugar ...”</p> <p>(Sujeto 2)</p>	Tipo de interacción
--	---	---------------------

El tipo de interacción que las docentes perciben dentro del aula, es la interacción social teniendo 3 menciones y con 2 menciones se presenta la interacción educativa. Para esto, el autor T. Parsons (1937) relacionó a la interacción social como un sistema social que consiste en una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación que tiene, al menos, un aspecto físico o de medio ambiente, actores motivados y cuyas relaciones con sus situaciones están mediadas y compartidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos. Tomando en cuenta las respuestas de las docentes, no existe una claridad en la conceptualización sobre la interacción social.

5.1.4.2. Nivel de interacción.

Como podemos ver, en la siguiente tabla se muestra el nivel de interacción dentro del aula considerada por las docentes.

Tabla No. 12 Suficiente o no, la interacción

HALLAZGOS	MENCIONES
Suficiente	2
No suficiente	1

Tabla No. 12.1.

Pregunta (Docente)	Recorte	Indicador
¿Considera usted suficiente y adecuada la interacción que tienen los alumnos regulares hacia los alumnos con Síndrome de Down?	“...No, no es suficiente, falta más, pero si siento que los niños que interactúan con ellos me ayudan mucho...” (Sujeto 1) “... Si es suficiente y adecuada” (Sujeto 2)	Nivel de interacción

Dentro de la entrevista, las docentes mencionaron que es suficiente la interacción que se tiene dentro del aula. Para el autor Marc (1989) la comunicación puede ser definida como un sistema abierto de interacciones; esto significa que aquello que sucede entre los interactuantes no se desenvuelve nunca en un encuentro a solas cerrado, en un “vacío social”, si no que se inscribe siempre en un contexto donde se ha indicado cuáles pueden ser los niveles significativos. Para esto, dentro de nuestra investigación, consideramos que para tener una interacción social estable dentro del aula, debemos considerar la relación que se tiene entre los alumnos regulares y los alumnos con síndrome de Down para así, poder llevar a cabo una estrategia para su mejora.

5.1.4.3. Presencia de conflicto en clase.

Observando la tabla No. 13.1, menciona si se ha presentado algún tipo de conflicto en clase entre los alumnos regulares con los alumnos con Síndrome de Down.

Tabla No. 13 Situación o conflicto en clase

HALLAZGOS	MENCIONES
Agresión física	1
Agresión verbal	1
Ningún conflicto	1

Tabla No. 13.1.

Pregunta (Docente)	Recorte	Categoría
<p>Describe alguna situación o conflicto que haya observado entre los alumnos regulares con los alumnos con Síndrome de Down.</p>	<p>“Los niños con síndrome de Down por ejemplo que empiezan a hacer ruidos o algo así y los niños “hay maestra que se calle, cállate” o “tonto...En una ocasión que el niño golpeó a una niña porque estaba haciendo ruidos”. (Sujeto 1)</p> <p>“La niña que tengo con síndrome de Down, es una niña muy aceptada por todos, de echo todo mundo la busca para jugar, nunca ha habido problemas de que se burlen de ella por algo” (Sujeto 2)</p>	<p>Presencia de conflicto en clase</p>

Como podemos observar, dentro del aula, se ha presentado agresión física y agresión verbal, teniendo una mención en la entrevista realizada.

Para la autora Fernández (2002) un conflicto puede originarse simplemente en la percepción de divergencia de necesidades o intereses, que no se satisfacen simultáneamente o en forma conjunta, o en la definición de la situación, también por competencia o por escasez de recursos, lo que significa que uno de ellos mantiene un objetivo que el otro, probablemente, está dispuesto a obstaculizar o a no facilitar. Esto quiere que, un conflicto se pueda hacer presente en cualquier área en donde exista una convivencia fuera o dentro del aula, en donde se

produzca una diferencia de pensamiento o gustos. Para esto, nuestro sujeto 1 contestó que dentro del aula se ha presentado un conflicto entre alumnos regulares y alumnos con Síndrome de Down.

Informe cualitativo de diario de campo.

A través del instrumento de diario de campo, se hizo una observación a los alumnos regulares en el área de preescolar y alumnos del 1ro, 2do, 3er grado de primaria, con el fin de poder observar los tipos interacciones sociales que los alumnos tienen dentro del aula, así como también las estrategias que utilizan las docentes para hacer presente la integración educativa e interacción social.

Tabla 14. Observación: Prácticas docentes integradoras

HALLAZGOS	MENCIONES
Asesoría individual	19
Trabajo en grupo	10
Ninguna estrategia	5
Actividades sociales	2

Teniendo como primer hallazgo la asesoría individual con 19 menciones, podemos concluir que para las docentes, esta es la estrategia más utilizada para poder crear la integración, o bien, para poder hacer que el alumno con necesidades educativas especiales este al mismo nivel que el alumno regular.

Para esto el autor Villareal (2010) menciona que a la asesoría individual se le conoce como aquella se brinda a un estudiante en una interacción cara a cara. Es expedita, y una oportunidad para establecer relaciones de confianza entre el estudiante y el asesor, pero no solo en el contexto académico, se refuerza su autoestima y seguridad personal. Se incentiva al estudiante su capacidad de pensar por mismo y encontrar soluciones a los problemas o dificultades encontradas.

Por otra parte, teniendo como segundo hallazgo el trabajo en grupo con 10 menciones, podemos entender que este, está formado por un conjunto de

personas que desempeñan roles específicos, con el que actúan de acuerdo a normas, valores y fines que fueron acordados previamente por su asesor para así mantener la continuidad y estabilidad del mismo.

Tabla 15. Observación: Tipos de interacción áulica

HALLAZGOS	MENCIONES
Interacción social	26
Interacción educativa	9
Interacción entre niños con NEE	9

En la tabla anterior, podemos ver que el hallazgo con más repeticiones es la interacción social teniendo 26 menciones, esto quiere decir que la manera en que los alumnos regulares y los alumnos con Síndrome de Down conviven día a día dentro del aula.

Por lo tanto, la autora García (2007) dice que la interacción social es la capacidad de relacionarse con los demás, de incorporar las reglas del entorno, negociarlas y ajustarlas a sus necesidades. En términos comunicativos, la interacción social supone que el sujeto cuenta con los mecanismos necesarios para enviar y recibir información, para interpretarla y significarla. Todo ello, porque el ser humano no se realiza en solitario sino en medio de otros individuos con quienes interactúa.

Esto quiere decir que la interacción social es la manera en que los alumnos regulares y los alumnos con Síndrome de Down coexisten en ambiente educativo.

5.2. Conclusión.

Dentro de la investigación, los instrumentos utilizados nos permitieron llegar a la conclusión de los objetivos específicos que se plantearon al inicio de la investigación con el propósito de conocer que los tipos de integración educativa e interacción social, así como las estrategias de comunicación implementadas dentro del aula.

Por medio de la *integración educativa* pudimos ver que para que se haga presente dentro del aula, es un trabajo a implementar del docente, ya que este es el encargado de realizar un plan estratégico tanto para los alumnos regulares como para los alumnos con necesidades educativas especiales.

Por otra parte, dentro de la variable *interacción social*, pudimos observar por medio del diario de campo, que los alumnos regulares si llevan una convivencia amena con los alumnos con Síndrome de Down.

Por último, dentro de los resultados de la técnica de entrevista semi-estructurada aplicada a las docentes del Instituto YAANS, pudimos concluir que estos no logran diferenciar entre los dos conceptos ya mencionados, sin embargo, se creó una propuesta de comunicación educativa para la mejora de estas situaciones indicadas la cual se presenta en el capítulo VI por la que se encuentra conformado en dos programas:

- Conferencia “Intégrate y mejora”: Esta propuesta se creó con el fin de poder dar pláticas informativas sobre la diferenciación entre integración e interacción dirigido a docentes del Instituto YAANS.
- Taller de capacitación “Creación de Integración e Interacción”: En donde se impartirá actividades y ejercicios con el fin de que el docente pueda crear estrategias de comunicación educativa para poder implementar la integración educativa así como también la interacción social.

Capítulo VI.

Diseño de propuesta sobre la
integración educativa entre los niños
regulares y los niños con Síndrome de
Down.

6.1. Propuesta desde la comunicación educativa para fortalecer el conocimiento de docentes sobre la integración educativa e interacción social dentro del Instituto YAANS.

El presente capítulo presenta el diseño de la propuesta para el reforzamiento de docentes sobre la integración educativa e interacción social. Se elaboró a partir de la percepción de docentes encargadas del aula nivel preescolar y primario en Instituto YANNS. El diseño de esta propuesta, parte del diagnóstico que se presenta con anterioridad, el cual fue elaborado a partir de los siguientes instrumentos metodológicos:

- Entrevista semi-estructurada con su técnica de guía de tópicos.
- Observación con su técnica de diario de campo.

6.2. Justificación:

El Instituto YAANS es una escuela particular donde se reciben a alumnos con necesidades educativas especiales, así como, a alumnos regulares, tratando de hacer presente una integración e interacción amena dentro del aula.

A partir del diagnóstico denominado estrategias de comunicación para la integración educativa e interacción social cuyo objetivo es identificar y describir el tipo de integración entre el alumno regular y el alumno con Síndrome de Down, el cual parte de los conceptos claves de integración educativa, interacción social y estrategias de comunicación, con la metodología de investigación descriptiva con un enfoque cualitativo, cuyas técnicas utilizadas fueron la entrevista semi-estructurada y observación con sus respectivos instrumentos de guía de tópicos que, fue dirigida a dos docentes encargadas de las aulas y un diario de campo que se dividió en dos secciones en donde una se describió la observación del tipo de interacción que tienen los alumnos, mientras que en el otro apartado, se observó las estrategias implementadas por docentes;

Mediante esta información se encontró que la planta docente no diferencia la conceptualización de los dos primeros conceptos ya mencionados.

6.3 Tipo de innovación:

La propuesta de innovación se plantea como oferta de solución y/o mejora de situaciones problemáticas, lo cual requiere un planteamiento de objetivos y estrategias que atenderán necesidades que demanda de cambio (De la torre, 1994).

Rodríguez (2009) menciona que las innovaciones son propuestas que intentan sugerir algo nuevo o una manera distinta de hacerlo, incluyendo recomendaciones significativas para lograrlo y derivado de la aplicación de conocimiento que renovaran las formas tradicionales de hacer las cosas.

Para esto, el tipo de innovación aplicado seria de práctica, ya que estará dirigida a docentes encargadas de las aulas donde se encuentran los alumnos regulares juntos con los alumnos de Síndrome de Down.

6.4. Problema educativo:

Integración educativa: El docente no cuenta con la información suficiente acerca de este concepto.

Estrategia de comunicación: Dentro del Instituto YAANS, existe una estrategia de comunicación donde implementan la integración e interacción dentro del aula, sin embargo, no cuenta con las características necesarias.

Interacción social: El docente no cuenta con la información suficiente acerca de este concepto.

6.5. Objetivos:

-Fortalecer el conocimiento de docentes sobre la integración educativa dentro del Instituto YAANS, para que estos puedan diferenciar del concepto de interacción social y poder llevarlo a cabo dentro del aula.

-Capacitar al docente sobre la implantación de estrategias de comunicación educativa para concientizarlos sobre la diferencia de dichos conceptos.

6.6. Diseño de propuesta:

6.6.1. Conferencia “Intégrate y mejora”.

Duración: 24 horas (Lunes a jueves de 9:00am a 3:00pm).

Dirigido: Docentes del Instituto YAANS.

Objetivo: A partir de los resultados obtenidos, pudimos percibir que el docente no cuenta con la información suficiente acerca del concepto de “Integración educativa” e “Interacción social”, por lo tanto se propone una conferencia con un especialista en donde se dé información general acerca de la significación de cada uno.

Acciones:

- Diseñar y planear la conferencia “Intégrate y mejora” con un especialista respecto al tema.
- La dirección del instituto YAANS programará una junta informativa invitando a al personal académico a la conferencia.
- Implementar la conferencia sobre la importancia y diferencia de Integración educativa e interacción social en los horarios establecidos en la junta informativa

6.6.2. Taller de capacitación “Creación de Integración e Interacción”.

Duración: 16 horas (Miércoles a Viernes de 9:00pm a 1:00pm)

Dirigido: Docentes del Instituto YAANS.

Objetivos:

Basándonos en el segundo objetivo, se propone un taller dirigido a los docentes donde se les impartirá diferentes actividades y ejercicios para la creación de estrategias de comunicación educativas para la mejora de la implementación de integración educativa e interacción social para llevarlo a cabo dentro del aula.

Acciones:

-Crear una invitación especializada para las docentes por medio de correo electrónico con información al respecto del taller de capacitación, así como el lugar y hora establecida.

-Diseño de actividades y ejercicios que se implementaran dentro del taller mencionado.

-Al finalizar el taller se brindará un espacio para retroalimentación acerca de la información obtenida.

6.7. Evaluación:

Para poder evaluar la propuesta, se implementará la técnica de observación con el instrumento de diario de campo con el fin de poder percibir las estrategias de comunicación que docentes aplican dentro del aula, así como también los cambios generados entre los mismos alumnos.

6.8. Medios y estrategias de difusión:

Se considera viable la aplicación de la presente propuesta, en las diversas escuelas de educación especial donde se practica la integración e interacción dentro del aula; además en todas aquellas instituciones educativas que buscan un mayor impacto y efectividad de las mismas.

Cronograma: El diseño de un cartel en donde se presente información general de dicha conferencia y taller así como también el lugar, horario y temas a abordar. Se localizará en los periódicos murales de las diferentes escuelas de educación especial, donde hagan presente la integración educativa e interacción social.

Otro medio por el cual se puede difundir dicha propuesta, es por las nuevas tecnologías de la información (TIC's) utilizando las redes sociales las que tienen más tendencia a utilizarse en el público.

6.9. Transferencia a otros ámbitos:

Se buscará la difusión de dicha propuesta mediante una presentación de directivos del mismo instituto donde se buscará mostrar la efectividad de la propuesta para que este sea implementado en el resto de programas de la misma institución.

Así como también se buscará su difusión en los diferentes ámbitos educativos con los tipos de educación formal, no formal e informal. (Tabla No. 16).

Tabla No.16 Cuadro de educación formal, no formal e informal.

Educación	Concepto	Ámbito
Formal	Es la escuela unitaria, la cual debe concebirse y organizarse como una etapa decisiva en la que se crean los valores fundamentales del humanismo, la autodisciplina intelectual y la autonomía moral que son necesarias para la especialización.	Se puede llevar a cabo dentro del Instituto Ángel de la Guarda dirigido a los docentes encargados en el área.
No formal	Este tipo de educación como toda actividad organizada, sistemática y educativa que se realiza fuera del marco del sistema oficial, para	Se puede implementar en INEA (Instituto Nacional Para la Educación de los

	<p>facilitar diferentes clases de aprendizaje a subgrupos particulares de población, sean niños, jóvenes o adultos.</p>	<p>Adultos) a través de su portal educativo CONEVYT en donde se presenta el curso en línea llamado “No a la discriminación, respetemos las diferencias”.</p>
<p>Informal</p>	<p>Es un proceso que dura toda la vida y en el que las personas adquieren y acumulan conocimientos, habilidades, actitudes y modos de discernimiento mediante las experiencias diarias y su relación con el medio ambiente.</p>	<p>Esta propuesta se podrá difundir a los padres de familia que cuenten con un familiar con necesidades educativas especiales.</p>

Conclusión

Desde el campo de la comunicación educativa, se presentan las siguientes conclusiones en base a nuestras variables ya mencionadas.

Empezando con integración educativa, que observando los datos arrojados en la entrevista hacia las docentes, es muy poco conocida para ellas, ya que confunden el término de integración educativa con interacción social, provocando esto que los mismos alumnos regulares dicha confusión.

Siguiendo con estrategias de comunicación, se pudo observar que dichas docentes si cuentan con material didáctico para poder llevar a cabo dicha integración educativa e interacción social. Proponiendo actividades diferentes en el aula en donde los alumnos regulares puedan involucrarse de manera interactiva con sus compañeros con síndrome de Down. Sin embargo, basándonos en los resultados de nuestro instrumento de diario de campo, se menciona que algunos alumnos con Síndrome de Down son distanciados de sus demás compañeros, haciendo que estos mismos los ignoren o simplemente no exista una convivencia entre ellos.

Al hablar de interacción social, se observó que los alumnos regulares podían interactuar sin ningún problema con sus compañeros con Síndrome de Down, haciendo esto una convivencia amena en el aula, sin problemas de discriminación o problemas con el docente encargado.

Bibliografía.

- Alejandro G. (1997) *¿Qué es interactividad?*. Estado de México. Revista Electrónica.
- Alsina R. (2001) *Teorías de la comunicación. Ámbitos, Métodos y Perspectivas*. M.C. Escher's "Other World". España.
- Aparici R. (2003)., *Comunicación educativa en la sociedad de la información.*, UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia.,
- Berrocali, A. (2000). *Estrategia de comunicación en el proceso de reorientación de la cultura organizacional caso Gigante S.A. de C.V.* en Rebeil, Antonieta y RuizSandoval, Celia (comps). El poder de la comunicación en las organizaciones. México: Plaza y Valdés.
- Booth T (2000) *ÍNDICE DE INCLUSIÓN Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Edición y producción para CSIE: Mark Vaughan.
- Bunge, M. (2002). *La Ciencia, su método y su filosofía. Décima novena reimpresión*. México. Nueva Imagen.
- Carasa N (2011) *¿EDUCACIÓN DE INTEGRACIÓN O DE SEGREGACIÓN?* Madrid. Paiderep.
- De la cueva V. (1984) *EL MODELO EDUCATIVO CONSTRUCTIVISTA ABC2: APRENDIZAJE BASADO EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO*. ITEMS Campus Central Veracruz, México.
- Declaración de Salamanca y Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales*. Salamanca, España., Junio, (1994).
- Fernández I. (2002). *Conflicto en el centro escolar*. Madrid. Los libros de la catarata.
- Fonseca. S.,(2005)., *Comunicación Oral. Fundamentos y práctica estratégica.*(Segunda ed.), México., PEARSON Prentice Hall.

Fuentes, A. (1997). *Didáctica de la Educación Superior*. Material en soporte digital. Santiago de Cuba: Universidad de Santiago.

-FLANAGAN, (1991) C.C.: "Materiales impresos en el aula". En HUSEN y POSTLETHWAITE. Sitio Web:
http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_42/nr_477/a_6367/6367.html

-García I., Escalante I., Escandón Ma.C., Fernández L.C., Mustri A., Puga I., (2009)., *La integración educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias*. Secretaría de Educación Pública, 2000., México, D.F., (Tercera Edición).

-García R. (2007) *Interacción y comunicación en entornos educativos: Reflexiones teóricas, conceptuales y metodológicas*. México. E-COMPOOS.

-Gento. S. (2004) *GUÍA PRÁCTICA PARA LA INVESTIGACIÓN DE EDUCACIÓN*., Editorial SANZ Y TORRESK S. L., Madrid.

-Gisbert. Mardomingo. Cabada. Sanchez M. Rodriguez R. Solis M. Valverde. (1980): *Educación especial*. Cincel. Madrid.

-Hernández R., Bunge, Eco. (2002) *Metodología de la Investigación científica*. Altillo.com..

-Macía B. (2002) *Discusión conceptual sobre el término: Integración Escolar*. Durango.

-Malinowski B. (1989) *Diario de campo en melanesia*. EDICIONES JÚCAR. Madrid.

-Martínez C. (2011) *El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica*". Universidad del Norte. .

-Morales M (2012) *Elaboración de material didáctico*. Estado de México. Red tercer milenio S.C.

-Sarramona J., Vasquez G., Colom A. (1998) *Educación No Formal*. Talleres LIBERDÚPLEX, S. L. Constitución. Barcelona.

-Toro I., (2006)., *MÉTODO Y CONOCIMIENTO. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.*, FONDO EDITORIAL UNIVERSIDAD EAFIT., Colombia, Sur América., (Primera Edición).

-Weisten, V. (1997). *La psicología del aula*. México, D.F., Trillas.

-Villareal, P. (2010). *La asesoría académica en la Universidad Nacional Abierta*. Revista Electrónica Facultad de Ingeniería UVM, 4, 247.

-T. Parsons. (1937) *La estructura de la Acción Social*. Nueva York. Editorial Free Press

-Morales, P. (2012). *Elaboración de material didáctico*. Octubre del 2015, de Red Tercer Milenio Sitio web: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/derecho_y_ciencias_sociales/Elaboracion_material_didactico.pdf

-Universidad de Sonora., *Lic. en Ciencias de la Comunicación.*, Recuperado el 16 de mayo de 2015 de: http://www.uson.mx/oferta_educativa2/pe/liccscomunicacion.htm

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



“El saber de mis hijos
hará mi grandeza”



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general lograr que las gestantes que acudan de manera mensual al grupo de embarazadas así como a las citas de control pre y postnatal en el Centro de Salud Floresta, tengan un embarazo sin complicaciones así como puerperio fisiológico a través de la educación para la salud, así como también lograr la participación del acompañante durante el embarazo y puerperio.

La investigación se llevó a cabo con las gestantes que asistieron regularmente a las sesiones del grupo denominado “Acompañando una nueva vida”. El procedimiento para la recolección de información fue a través de lista de asistencia en cada sesión, la creación de base de datos (que contiene datos de identificación y demográficos de las gestantes que asistieron), la realización de preguntas directas a las gestantes y los acompañantes, posteriores a las sesiones educativas con el grupo. Los principales resultados obtenidos fue la asistencia de 63 gestantes sin acompañantes, y 83 gestantes fueron acompañadas por amigas, hermanas y en raras ocasiones por su pareja. Tocante al estado civil, 77 gestantes que acudieron al grupo vivían en unión libre y 33 solteras; el grupo de edad que más asistió fue el correspondiente al rubro de 19 a 23 años de edad, la gestante con menor edad fue de 14 años y la mayor de 48 años; ambas con un embarazo de alto riesgo por el grupo de edad. También, se observó que la mayoría de las gestantes iniciaron control prenatal durante el segundo trimestre de gestación, lo que implica un riesgo para la salud el no llevar una atención de manera temprana y durante todo el embarazo.

AGRADECIMIENTOS

El presente proyecto fue realizado bajo la dirección de la c. Dra. Rosa Elena Salazar Ruibal, a quien expreso el mayor agradecimiento por su apoyo, dedicación, el tiempo brindado para asesorarme tanto en el proyecto, como sus consejos para realizarme como profesionista. Por ser una maravillosa persona, y un ejemplo a seguir por su dedicación y amor a la enfermería.

Gracias a la Universidad de Sonora, por abrir sus puertas para emprender este viaje, por ayudarme a llegar a la meta de obtener un título profesional. Por los recuerdos dentro de sus aulas y el orgullo de ser egresada de la máxima casa de estudios en Sonora.

Y sobre todas las cosas, gracias a Dios, por darme nuevas fuerzas en los momentos de dificultad y el ánimo para seguir adelante. Por su amor incondicional, y por sus bendiciones en cada etapa de mi vida.

Gracias a todos los maestros, amigos, compañeros, que de alguna forma contribuyeron para que este proyecto pudiera realizarse. ¡Muchas gracias!

DEDICATORIA

A mis padres y hermanas, por ayudarme a crecer como persona, hija, hermana y estudiante, porque me han enseñado a tener metas en la vida. Porque siempre han estado en cada paso y decisión tomada. Gracias por ser el soporte de mi vida, sin su ayuda y su confianza no hubiera llegado hasta aquí. Por ellos soy el resultado del hoy.

ÍNDICE

	Hoja
CAPITULO 1	
• Introducción.	6
• Contexto Nacional y Estatal.	7
• Objetivos.	9
• Justificación.	10
• Planteamiento del problema.	11
• Metas.	12
CAPITULO 2	
• Marco referencial.	13
• Embarazo.	13
• Embarazo saludable.	14
• Embarazo en la adolescencia.	15
• Signos y síntomas de alarma.	19
• Complicaciones del embarazo.	20
• Medidas preventivas.	21
• Ejercicios de relajación en el embarazo.	22
• Importancia del acompañante.	28
• Intervenciones de enfermería:.	29
• Capacitación de la madre en la atención del recién nacido.	30
• Cuidados del recién nacido.	34
• Estimulación temprana.	36
CAPITULO 3	
• Metodología.	38
• Tipo de estudio.	38
• Procedimiento para recolección de datos.	38
• Recursos.	39
• Tratamiento estadístico.	40

• Consideraciones éticas.	40
CAPITULO 4	
• Resultados.	41
• Discusión.	67
CAPITULO 5	
• Impacto social.	69
• Limitaciones.	71
• Reflexiones.	72
• Recomendaciones.	74
CAPITULO 6	
• Conclusiones.	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	76
ANEXOS.	80
ANEXO 1.	81
ANEXO 2.	84
ANEXO 3.	89

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN:

Cuidar representa un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para reproducirse y perpetuar la vida del grupo. En el caso de la profesión de Enfermería en su experiencia y labor principal como cuidadores de la salud tiene la tarea de ayudar al mantenimiento y el desarrollo máximo de la salud de las personas, incluida la mujer en la etapa de gestación y al emprender el nuevo rol de madre. (Alcolea, S. 2008).

La educación en el área materna perinatal es una clave importante para mantener el bienestar físico y mental de la madre. La enfermera debe de identificar las necesidades de educación a través de la valoración de la gestante y utilizar un lenguaje adecuado para aclarar dudas y proporcionarle las herramientas y conocimiento sobre los cuidados que debe de tener para su salud, durante y después del nacimiento de su bebé y los cuidados que debe brindar a éste.

A través de talleres con reuniones semanales utilizando metodologías variadas como juegos, películas, charlas, demostraciones, entre otras actividades se proporciona información a las madres, haciendo más activo el proceso de aprendizaje a través de la participación activa de las madres y su acompañante quien constituye un apoyo invaluable durante la etapa de gestación, parto y puerperio, así como para el cuidado del recién nacido.

Lo anteriormente señalado, contribuirá a aumentar la confianza en las mujeres en su capacidad de lograr un parto fisiológico, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal, así como preparar tanto a la gestante como a su acompañante para la tarea de cuidar a los recién nacidos.

CONTEXTO NACIONAL

El Instituto Nacional de Estadística Geografía (INEGI, 2010), reporta los datos siguientes:

- En 2010, del total de mujeres de 15 años y más, 71.6% han tenido al menos un hijo nacido vivo.
- Cada año en México, cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, lo que equivale al 27.6 % del total.
- La pre-eclampsia moderada o severa es la complicación más frecuente de los trastornos hipertensivos; las mujeres de 20 a 24 años son las más afectadas (186.34 por cada 100 mil mujeres de este grupo de edad).
- De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2009), la tasa global de fecundidad indica que las mujeres tienen en promedio 2.3 hijos durante su periodo fértil.
- Durante 2009, 38 de cada 100 partos fueron cesáreas.

En este mismo sentido, en el ámbito *estatal*, según reportes del Instituto Nacional de Estadística Geografía (INEGI, 2012), la población femenina en Sonora, reporta los datos siguientes:

- En el año 2010, la estructura por edad y sexo de la población sonorenses presenta una estructura piramidal con una base que se ensancha en el centro y se reduce en la base: la proporción de niños y niñas ha disminuido pero la de adultos se incrementa.
- La reducción de la fecundidad ha contrarrestado el impacto en el crecimiento de la población, originado por la presencia de generaciones numerosas de mujeres que actualmente están en edad fértil, pues mientras en 1990 había en Sonora 472 992 mujeres de 15 a 49 años, para el año 2010 se incorporan 229 091 más.
- En el estudio de la fecundidad se considera a las mujeres de 12 y más años y en particular al grupo de aquellas en edad fértil (de 15 a 49 años), pues además de que son ellas las que presentan principalmente la posibilidad de

concebir y tener hijos, facilitan la captación y análisis del fenómeno. Durante las últimas décadas, la fecundidad ha sido uno de los factores determinantes del ritmo de crecimiento demográfico.

- La información contenida en los censos de población del país ofrece la posibilidad de estimar los niveles de fecundidad, a partir de la pregunta sobre el número de hijos que ha tenido cada mujer de 12 años o más a lo largo de su vida. Factores como la edad, el lugar de residencia, la educación, la ocupación y el grupo generacional de las mujeres, entre otros, influyen en los patrones reproductivos. También intervienen, los niveles de autonomía y libertad de las mujeres para ejercer su sexualidad y definir su vida reproductiva. El promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres en Sonora disminuyó durante los últimos veinte años al pasar de 2.7 a 2.3 hijos por mujer.

Por lo antes señalado, resulta especialmente importante la participación del licenciado en enfermería para promover prácticas de salud en mujeres gestantes y/o en etapa reproductiva dado el incremento en este grupo poblacional en el estado de Sonora.

OBJETIVOS:

General:

- Lograr que las gestantes que acudan de manera mensual al grupo de embarazadas así como a las citas de control pre y postnatal en el Centro de Salud Floresta, tengan un embarazo sin complicaciones así como puerperio fisiológico a través de la educación para la salud. Así como conseguir la participación del acompañante durante el embarazo y puerperio.

Específicos:

- Enseñar a las gestantes sobre los cuidados a su salud, para lograr un embarazo y parto fisiológico.
- Dar a conocer signos de alarma durante el embarazo para prevenir factores de riesgo.
- Preparar a las mujeres gestantes y acompañante para el parto.
- Preparar a las mujeres y acompañante para el cuidado del recién nacido.
- Preparar a las mujeres y acompañante para el periodo de puerperio.

JUSTIFICACIÓN:

Actualmente en Sonora existe la presencia de generaciones numerosas de mujeres que actualmente están en edad fértil. (INEGI, 2012). Este hecho implica que haya mayor demanda de los servicios de salud desde el primer nivel de atención para el grupo materno infantil donde se hace indispensable implementar programas de educación para la salud tendientes a incrementar el conocimiento y participación de la gestante y su acompañante para lograr un embarazo sin complicaciones, así como el parto y puerperio fisiológicos y tener un recién nacido normal.

Además, la experiencia en la vida temprana, incluso en el periodo dentro del útero, afecta el desarrollo del cerebro que establece las vías biológicas que no solo influyen en la salud a lo largo del ciclo de la vida, sino también en el aprendizaje y el comportamiento, en ambos de igual importancia. El ambiente intrauterino puede influenciar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, entre otras patologías.

Por ello, el cuidado de la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio es fundamental para un óptimo desarrollo de la madre y el recién nacido. En este sentido, el papel de la Licenciada en Enfermería es primordial al brindar el cuidado profesional fundamentado en el conocimiento de la disciplina de Enfermería como de otras áreas afines, con el propósito de lograr la participación activa e informada tanto de la gestante durante el periodo perinatal, como de su acompañante y contribuir con ello en la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal.

En apoyo a lo anterior, y de acuerdo a lo señalado por Perea, R. (2009), la educación para la salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana centrándose no sólo en conductas aisladas ya que éstas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación, sino en el desarrollo de actitudes y comportamientos positivos que configuran los estilos de vida saludable, por otra parte, el hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado aunque sí condicionado por una serie de

factores ambientales y también por sus propios hábitos de conducta, por lo que la acción educativa debe orientarse no sólo hacia el cambio de aquellos factores nocivos del contexto sino también a los propios hábitos y tendencias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el impacto en la salud de la gestante, que asiste mensualmente al grupo “Acompañando a una nueva vida” en compañía de su pareja, familiar o amigo al Centro de Salud Floresta de Hermosillo, Sonora?

VARIABLES:

Independiente:

- Impacto en la salud de la gestante: Es la ausencia de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, parto, puerperio; que permita a la mujer tener un recién nacido saludable.

Dependiente:

- Asistencia de la pareja, familiar y/o amigo mensualmente al grupo “Acompañando una nueva vida”: Es la presencia de la pareja, familiar y/o amigo mensualmente al grupo en el Centro de Salud Floresta de Hermosillo, Sonora.

METAS

- Implementar un curso taller para el 100% de las mujeres gestantes, puérperas y recién nacidos que asistan mensualmente al grupo “Acompañando a una nueva vida” del Centro de Salud Floresta durante el periodo de agosto 2013 a junio 2014.
- Lograr el 50% de asistencia de las mujeres y un acompañante a las sesiones impartidas por las prestadoras de servicio social.
- Brindar Educación para la Salud al 100% de las mujeres gestantes y acompañantes que asisten mensualmente al grupo “Acompañando a una nueva vida” sobre cuidados que deben tener durante el embarazo así como signos de alarma durante el mismo.
- Enseñar al 100% de las mujeres gestantes y acompañantes sobre ejercicios físicos, de respiración y relajación que pueden efectuar durante el embarazo y/o trabajo de parto.
- Capacitar al 100% de las mujeres gestantes y acompañantes que acudan al grupo “Acompañando a una nueva vida” del Centro de Salud Floresta, sobre cuidados del recién nacido (lactancia materna, ejercicios de estimulación temprana e inmunizaciones).
- Instruir al 100% de las mujeres gestantes y acompañantes sobre signos de alarma durante el puerperio.

CAPITULO 2

MARCO REFERENCIAL

EMBARAZO

En su mayoría, los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la mujer y del recién nacido pueden ser prevenibles, ser detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio, así como para el recién nacido, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que se llevan a cabo en forma rutinaria. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional, a prevenir las complicaciones y a mejorar la sobrevivencia de la madre y del recién nacido. (Sánchez A. 2005).

En este mismo sentido, la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993); establece los criterios para la atención y vigilancia de la salud en la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, y la correspondiente al recién nacido.

La atención prenatal, es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido.

El control prenatal se dirigirá a la promoción de comportamientos saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal, así como al control y tratamiento de enfermedades preexistentes y otras patologías intercurrentes durante el embarazo y el periodo neonatal.

El personal de salud promoverá que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo seis consultas prenatales. La primera, preferentemente antes de las 12 semanas de gestación, dos en el segundo trimestre y una cada mes durante el tercer trimestre.

EMBARAZO SALUDABLE

La Secretaria de Salud (2011) define “La vigilancia del embarazo saludable como el seguimiento periódico de la gestante, dirigido a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal, así como al manejo de enfermedades preexistentes y otras patologías que se presentan en el embarazo y durante el periodo neonatal. Es una acción fundamental que también está dirigida a la promoción de comportamientos saludables”.

El diagnóstico de embarazo marca el inicio de la atención prenatal; por ello, es importante establecerlo a edades tempranas de la gestación (preferentemente antes de la semana 12), para que el equipo de salud inicie las acciones de orientación, educación de la Salud, empleando para ello todos los espacios, oportunidades y recursos posibles.

La primera consulta prenatal es la más importante; a partir del primer contacto con la gestante, aplica el criterio de riesgo obstétrico para clasificar el embarazo, en bajo o alto riesgo.

El carnet perinatal debe incluir datos generales, antecedentes patológicos familiares y personales de importancia clínica y antecedentes gineco-obstétricos.

Información precisa sobre la evolución del embarazo: semanas de gestación, peso en kilogramos, tensión arterial, frecuencias cardíaca y respiratoria materna, altura de fondo uterino, presentación del producto, frecuencia cardíaca fetal, presencia de movimientos fetales, existencia de signos de alarma, valoración de riesgo obstétrico y prescripción de hierro y ácido fólico.

El Carnet Perinatal es el documento que la mujer embarazada lleva consigo a cada uno de sus controles prenatales y en el momento de la atención obstétrica. Incluye datos generales de la gestante, resumen del control prenatal, escala de altura uterina de acuerdo con las semanas de gestación y mensajes cortos de promoción de la salud materna.

Los principales criterios para una adecuada vigilancia del embarazo saludable son valoración y control de peso corporal, estatura y tensión arterial.

Informar a la gestante las ventajas y bondades de aplicar toxoide tetánico diftérico; puede aplicarse en cualquier edad gestacional, de preferencia en el

primer contacto con los servicios de salud; aplicar al menos 2 dosis, con intervalo de 4 a 8 semanas entre cada una, y posteriormente 1 dosis de refuerzo con cada embarazo, hasta completar 5 dosis y revacunación cada 5 a 10 años.

El desarrollo del embarazo es sumamente sensible a la nutrición materna. Por su trascendencia y frecuencia, son importantes la desnutrición y las deficiencias de hierro, yodo, fosfatos y calcio. En la consulta prenatal de primera vez, administra los complementos nutricionales necesarios e indica la dieta adecuada.

La atención integrada de la embarazada incluye un proceso de comunicación interpersonal y el análisis entre los prestadores de servicios, la mujer gestante y su pareja; mediante este proceso se brindan elementos para la toma de decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de la atención prenatal.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), considera el embarazo de las adolescentes como de alto riesgo debido a las repercusiones sobre la salud de la madre y del producto, además de las consecuencias psicológicas y sociales en su proyecto de vida. Asimismo, por las complicaciones que pueden presentarse, como anemia, eclampsia y partos prematuros, entre otras, con mayor frecuencia si es menor de 15 años.

La palabra adolescente según la *Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)* es “el periodo comprendido entre los 10 y 19 años durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”.

Se considera la adolescencia como la etapa donde se presentan los mayores cambios físicos y psicológicos del individuo, donde se completan los rasgos propios de identidad, base para el logro de la personalidad; por esta razón se divide en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada. La adolescencia temprana se considera entre los 10 y 14 años; ésta se caracteriza por grandes cambios a nivel físico y coincide con la pubertad. La adolescencia intermedia va entre los 15 a 17 años, y corresponde a un periodo caracterizado

por una independencia creciente de los padres y de la familia, la deserción escolar y el embarazo temprano. La adolescencia avanzada se considera entre los 17 y 19 años de vida; esta etapa se caracteriza porque el adolescente busca reafirmar su relación de pareja y piensa en aspectos como el económico.

El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud y específicamente por los profesionales de enfermería, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas.

Desde el rol del profesional de enfermería es necesario educar y brindar apoyo a las adolescentes sobre las implicaciones que tiene un embarazo a temprana edad, incluso desde los niveles de intervención de la enfermera que plantea OMS, 2012 (citado en Henderson, V. 1960: 15), se puede contribuir de manera apropiada para disminuir las complicaciones tanto de la adolescente como del hijo por nacer y posteriormente del niño.

Las mujeres adolescentes embarazadas están más predispuestas a complicaciones, como la hipertensión inducida por el embarazo, pre-eclampsia, eclampsia, poca ganancia de peso, anemia, el parto pre-término, hemorragias, trabajo de parto prolongado, lesiones durante el parto y la desproporción céfalo pélvica; así mismo, la gestante adolescente tiene mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual, recurrir a métodos peligrosos para abortar, retraso en la atención de complicaciones derivadas del aborto por miedo a la censura aumentando el riesgo de enfermedad y muerte, y mayor número de hijos al final de su vida reproductiva; así mismo, dichos riesgos en el embarazo aumentan cuando se asocia a menor nivel socioeconómico, deserción escolar, baja autoestima y a una pareja ausente o inestable.

El embarazo en adolescentes no solamente representa riesgos para la salud de la madre, sino también para la salud de sus hijos, el embarazo del que provienen supone un aumento de la morbilidad y mortalidad relacionado con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal, negligencia en los cuidados de salud en los primeros años de vida, menor duración de la

lactancia materna, incumplimiento del calendario de vacunas, desnutrición, mayor cantidad de abuso físico y accidentes traumáticos, síndrome de muerte súbita, infecciones agudas y posibilidad de envenenamiento e intoxicación.

Al respecto *Noguera, N. (2012)*, destaca que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos éste afecta negativamente la salud de la madre, del hijo por nacer, y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad.

Alcolea, S (2008); refiere en su artículo que al principio del embarazo es normal experimentar cambios frecuentes en el estado de ánimo, es una reacción frecuente debida a las transformaciones que van a producirse en su vida con el nacimiento de su nuevo hijo/a. Se producen sentimientos de ambivalencia, alegría, tristeza, ilusión, rechazo, inquietud, preocupación, etc. Puede que se sienta más necesitada de compañía y muestras de cariño de su pareja, familia y amistades.

En el segundo trimestre es normal que se sienta más tranquila. La experiencia de sentir a su hijo/a le ayudará a olvidar sus temores.

En el tercer trimestre al acercarse el momento del parto pueden aparecer las inquietudes, estará impaciente y a la vez preocupada por cómo será el parto, si su hijo/a nacerá sano y si será capaz de cuidarlo adecuadamente y sobre todo deseando conocer y tocar a su bebé.

El embarazo también va a provocar cambios en su entorno familiar y social. La relación con su pareja puede verse alterada ya que también puede experimentar sentimientos contradictorios con respecto al embarazo y al futuro hijo/a, desde temores y preocupaciones hasta alegrías, satisfacción y orgullo. Es posible que en algunos momentos se sienta en un segundo plano, incluso puede tener sentimientos de celos al pensar que no le presta la misma atención. Por todo esto es fundamental que mantengan una buena comunicación, que preparen juntos la llegada de su hijo; compartir las emociones y decisiones será beneficioso ya que ser padres es cosa de dos.

A lo largo del embarazo, el peso de la gestante debe aumentar de 9-13 kilos. Debe incrementar el consumo de alimentos siguientes:

- Los alimentos ricos en hierro (hígado, carnes rojas, frutos secos, huevos, lentejas, espinacas, soja).
- Los alimentos ricos en ácido fólico (espárragos, espinacas, aguacates, tomates, fresas, plátanos), ricos en yodo (sobre todo pescados) y ricos en calcio (lácteos), todos necesarios para el buen desarrollo de su hijo/a.
- Los alimentos proteínicos como carne y pescado. Tómelos a la plancha, al horno, hervidos o al vapor, sobre todo en caso de sobrepeso.
- El consumo de frutas, verduras, pan integral, arroz, pastas y legumbres.

El deseo sexual puede cambiar durante el embarazo dependiendo de la etapa y el trimestre de gestación, no obstante no existe una regla fija ya que en algunas mujeres aumenta y en otras disminuye.

Primer trimestre: durante este período puede influir en el deseo sexual el miedo al aborto tanto en Ud. como en su pareja. La excesiva sensibilidad de las mamas (ya que pueden resultar molestas ciertas caricias), el cansancio, el sueño y la labilidad emocional, pueden hacer disminuir su deseo sexual.

Segundo trimestre: ya se siente más tranquila, su embarazo evoluciona favorablemente y esto hace que sea la etapa de mayor deseo sexual.

Tercer trimestre: el aumento del tamaño del útero puede hacer más dificultosas las relaciones que junto con el miedo a lastimar al bebé suelen disminuir el deseo sexual.

La leche materna es la mejor alimentación por sus múltiples beneficios tanto para el bebé como para la madre. Entre las principales ventajas se encuentran:

- Protege de infecciones.
- Evita la aparición de alergias.
- Se digiere fácilmente.
- No necesita preparación previa.
- Se conserva a temperatura adecuada.
- Siempre disponible.
- Favorece la (involución uterina) recuperación del útero.
- Facilita el vínculo afectivo madre-hijo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA:

La Secretaria de Salud (2011), en la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993); señala una serie de signos y síntomas de alarma que se presentan en embarazos de alto riesgo, entre los que destacan:

- Cefalea, acúfenos y fosfenos.
- Edema de cara, manos y pies.
- Sangrado transvaginal.
- Salida de líquido transvaginal fétido y prurito.
- Orina oscura o arenosa, dolor o ardor al orinar.
- Fiebre.
- Ruptura de membranas.
- Contracciones uterinas antes de tiempo.
- Señales de comienzo de parto.
- Convulsiones.
- Dolor abdominal
- Vómitos persistentes
- Escalofríos
- Cambios importantes en la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales.

El aumento brusco de peso corporal puede ser signo de enfermedad hipertensiva del embarazo (pre eclampsia/eclampsia), por lo que es de vital importancia relacionar la ganancia de peso y los valores de la tensión arterial.

Las embarazadas tienen alto riesgo de complicaciones por influenza estacional; por tanto, debe aplicarse la vacuna en cualquier trimestre para proteger tanto a ella como a su hijo.

Toda mujer con embarazo mayor de 40 semanas de gestación debe referirse a la unidad de segundo nivel para su seguimiento y resolución obstétrica.

Cualquier complicación del embarazo, o del principio del trabajo de parto, amerita referencia al segundo nivel de atención. La segunda consulta es entre 22-24 semanas, las tercera entre 27-29 semanas la cuarta y quinta visita es entre 33-40 semanas.

El puerperio es la etapa que se inicia al terminar el tercer periodo del parto y concluye con la involución de los órganos genitales maternos. Su duración es de 6 semanas. Proporcionar cuando menos 3 consultas: a los 7, a los 28 y a los 42 días posteriores a la resolución obstétrica.

Interrogar a la mujer sobre presencia y características de loquios (fetidez y coloración), fiebre, sangrado, problemas al orinar o defecar, alteraciones en mamas, cefalea, visión borrosa, zumbido de oídos, inflamación de várices, fatiga fácil con medianos o pequeños esfuerzos y palidez de tegumentos.

Comprobar que la mujer no presente signos y síntomas de anemia, como fatiga fácil con medianos o pequeños esfuerzos, palidez de tegumentos, somnolencia.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

De acuerdo a Agency for Healthcare Research and Quality (2010), en la diabetes gestacional, el cuerpo tiene un problema con la insulina durante el embarazo. Cuando una mujer está embarazada, su cuerpo necesita más insulina para mantener el azúcar de la sangre en el nivel correcto. El cuerpo de la mujer produce más insulina durante el embarazo. Cuando esa insulina adicional no es suficiente para mantener el azúcar de la sangre en un nivel normal, el azúcar en la sangre se eleva. Eso es lo que llamamos diabetes gestacional. Por lo general, el azúcar en la sangre vuelve a su nivel normal después del parto.

Cerca de 7 de cada 100 mujeres embarazadas padecen diabetes gestacional. La diabetes gestacional es más frecuente en: Mujeres con sobrepeso. mujeres con familiares que han tenido diabetes gestacional. mujeres con familiares que tienen diabetes tipo 2. Mujeres estadounidenses de ascendencia africana, indígena e hispana/latina.

Una dieta sana y mantenerse activa son dos de las medidas más importantes para controlar el azúcar en la sangre y tratar la diabetes gestacional. Actividades como caminar y nadar son muy útiles. La actividad no tiene que ser difícil. La idea es levantarse y ponerse en movimiento. Hable con su médico o partera para preparar un plan de ejercicio que a usted le funcione. Todas las

mujeres con diabetes gestacional necesitan seguir un plan de alimentación especial para diabetes. Su médico o partera pueden pedirle que visite a un dietista o educador en diabetes.

La diabetes gestacional suele desaparecer después del nacimiento del niño. El azúcar en la sangre vuelve a la normalidad después del parto. Tal vez pueda dejar de medirse en casa el azúcar por medio del pinchazo. Sin embargo, debe tener presentes algunos aspectos importantes. Las mujeres que han tenido diabetes gestacional están propensas a tener diabetes tipo 2 más adelante. Tienen más probabilidad que las mujeres que no han tenido diabetes gestacional. La probabilidad de tener diabetes tipo 2 más adelante es mayor también en las mujeres que suben de peso más de lo normal durante el embarazo. Hay medidas que ayudan a reducir el riesgo de desarrollar diabetes más adelante. Es útil mantener el peso saludable, llevar una dieta sana y mantenerse activa.

MEDIDAS PREVENTIVAS:

La Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993); establece las siguientes medidas preventivas:

- Información, educación y comunicación, dirigidas a la pareja para lograr comportamientos saludables respecto del embarazo, el parto y el puerperio.
- Aplicación de dos dosis de toxoide tetánico diftérico (Td), con un intervalo de 4 a 6 semanas y dosis de refuerzo en futuros embarazos hasta completar 5 dosis.
- Orientación-consejería en planificación familiar.
- Entrega, en su caso, y registro de datos en la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer; carnet perinatal.
- Instrumento que permita calificar el riesgo obstétrico y perinatal, el cual servirá para el manejo adecuado de cada caso.

EJERCICIOS DE RELAJACION EN EL EMBARAZO

La relajación es un arma eficaz para lograr el equilibrio mental y el autodomínio de la mujer ante una situación estresante como es el parto.

El conocimiento y dominio de alguna técnica de relajación permite reducir molestias, nerviosismo, tensión, cansancio y angustia durante el parto, pudiendo controlar de manera más adecuada el dolor.

Las técnicas de relajación tienen como objetivo oponerse a los mecanismos de estrés, ayudando al organismo a conseguir un estado más equilibrado.

SEGO (2007), señala que la Psico-profilaxis obstétrica o educación materna, es el conjunto de actividades para brindar preparación integral prenatal (teórica, física y psicológica) a la gestante, para un embarazo, parto y posparto en las mejores condiciones, sin temor, disminuyendo las complicaciones y con la posibilidad de una rápida recuperación, además de contribuir a la disminución de la mortalidad materna perinatal.

Los ejercicios respiratorios reportan numeroso beneficios para la mujer durante el proceso del parto: Entre los que destacan:

- Ayudan a aumentar su umbral del dolor.
- Mejoran la capacidad para afrontar las contracciones uterinas.
- Permiten que el útero funcione de manera más eficiente.
- Proporcionan una adecuada oxigenación tanto materna como fetal.
- Permiten el aprovechamiento al máximo de la energía.
- Proporcionan relajación.

Existen tres tipos de respiraciones básicas:

- a) Respiración superficial o torácica: se puede utilizar en la fase de dilatación y consiste en tomar y expulsar poca cantidad de aire cada vez. Aunque el aporte de oxígeno puede ser adecuado, existe el riesgo de hiperventilar si el ritmo de inspiración espiración se demasiado rápido.
- b) Respiración lenta y profunda: también se utiliza durante el periodo de dilatación, generalmente en las primeras fases. Permite un buen aporte de oxígeno a la madre y al feto durante la contracción y evita la hiperventilación. La mujer inspira lentamente a través de la nariz, llevando el abdomen hacia afuera y espira a través de los labios fruncidos,

dirigiendo el abdomen hacia abajo. La frecuencia respiratoria es lenta, de 6-9 respiraciones por minuto.

- c) Respiración soplante rápida o de soplido- jadeo: suele utilizarse en la fase activa del parto cuando empiezan a sentirse las primeras contracciones y no existen condiciones adecuadas para realizarlos. Cuando sobreviene la contracción la mujer puede tener la necesidad de respirar más rápidamente; para evitar la hiperventilación, puede utilizar el patrón respiratorio de jadeo-jadeo-soplido.

Dentro de las distintas técnicas respiratorias que se utilizan durante el parto, es útil mencionar la práctica respiratoria propia del yoga, el pranayama.

En el pranayama se da más énfasis a la espiración utilizando el abdomen; al expulsar primero el aire del abdomen y después desde el pecho, la espiración tiene un efecto calmante, relajador. Hacer consciente este proceso supone activar el uso voluntario de los músculos abdominales y de los músculos auxiliares de la respiración del tronco. La inspiración y la espiración se realizarán a través de las fosas nasales.

Concientizarse del propio ritmo respiratorio puede ayudar a vincular pensamientos y emociones con sensaciones físicas. Por ello puede utilizarse como una forma de relajación.

Técnica de tensión-relajación.

SEGO (2007), señala que para esta técnica la mujer debe adoptar una postura cómoda (preferiblemente acostada sobre el lado izquierdo). Consiste en ir contrayendo distintos grupos musculares dejando el resto del cuerpo relajado, para a continuación ir relajándolos tomando conciencia de las sensaciones que se van produciendo.

La contracción muscular debe durar unos 5-7 segundos y la relajación consecutiva unos 20-30 segundos. Se debe comenzar por los grupos musculares de pies y piernas, luego los brazos, a continuación el vientre y la vagina, el pecho, los hombros, la espalda, y por último los músculos faciales.

Estos ejercicios deben repetirse una o dos veces hasta que se consiga realizarlos, y son más eficaces si la mujer los practica con regularidad, sola o con una persona de apoyo.

Relajación por el tacto.

SEGO (2007), menciona que esta técnica requiere la presencia de un ayudante que vaya colocando sus manos sobre los distintos grupos musculares del cuerpo de la mujer para que ésta vaya relajándolos con el contacto. A veces conviene que el tacto se convierta en un suave masaje sobre la parte del cuerpo que está tensa; este masaje debe ser muy lento. Es importante que la mujer comunique si la sensación es agradable, si prefiere más o menos presión o un cambio del lugar del contacto. Esta técnica ayuda además a la mujer a reaccionar mejor ante las manipulaciones por parte del médico o de la matrona.

La relajación por el tacto también incluye el rozamiento abdominal, que consiste en dar un golpeteo ligero sobre el abdomen con la yema de los dedos, comenzando desde la sínfisis del pubis y desplazando los dedos hacia arriba con un movimiento circular, o bien haciendo la figura de un 8 sobre el abdomen.

Yoga.

Cautela, J (2000) menciona lo siguiente, la combinación de las distintas prácticas que componen el yoga, es decir las asanas (posturas) y el pranayama (respiración) junto con la meditación suponen un buen método de relajación.

Las asanas y la respiración proporcionan energías renovadas de las cuales se puede adquirir conciencia, manteniendo una actitud de escucha y atención. Aprendiendo a estar presentes, sin tensiones, receptivos y despiertos, sin reacción ante los estímulos externos, se obtiene relajación.

Cerrar los ojos, sentir la respiración. En la relajación yóguica no se respira voluntariamente, sino que es la respiración la que conduce al abandono. Los sentidos corporales se aislarán del entorno, la actividad mental se reducirá al mínimo, liberando en cada respiración tensión y rigidez.

Visualización (imaginación)- Concentración.

El hecho de visualizar imágenes mentalmente durante el parto puede ayudar a la mujer a sentir alivio del dolor. Concentrándose en imágenes que le resulten

relajantes (las olas rompiendo en una playa desierta, un campo verde y florido, un cielo estrellado....) puede llegar a evadirse y sentir que las sensaciones dolorosas disminuyen.

Resulta interesante centrarse en imágenes creativas y revivirlas (ejemplo: imaginarse practicando deporte, escalando una montaña, pintando un cuadro...); esta medida permite recibir la contracción con una imagen mental vívida en armonía con el parto y no en lucha con el propio cuerpo.

Dirigir el pensamiento a una sola cosa u objeto (una idea, un recuerdo, una imagen, un sonido o una parte de nuestro cuerpo) ayudará a la concentración durante las contracciones. Para ello, hay que mirar o visualizar el elemento elegido durante un minuto. Después, lentamente, darse el tiempo necesario para sentir la energía y el flujo del nacimiento.

Musicoterapia.

Cautela, J (2000) menciona los efectos beneficiosos de la música, a nivel mental y emocional son de sobra conocidos. Como método de evasión-distracción o como inductora de determinados estados anímicos (euforia, serenidad, goce...), la música puede ayudar a la mujer embarazada a conseguir relajación y una actitud mental positiva. Actualmente hay en marcha numerosos estudios que pretenden probar los beneficios que experimentan las parturientas cuando dilatan escuchando música.

Aromaterapia.

Consiste en respirar olores agradables que ayuden a la mujer a sentirse bien. Estos olores originan la liberación de neurotransmisores y endorfinas, y estimulan determinadas zonas cerebrales produciendo sensaciones placenteras y bienestar. Algunas esencias tienen una gran fuerza vitalizante (naranja, romero, sándalo, neroli....) o bien relajante (lavanda, rosa, jazmín, melisa, geranio...). Estos aceites se aplican colocando unas gotitas en la almohada o en un pañuelo, también mediante un suave masaje sobre la piel. La esencia de salvia, poleo, hinojo, albahaca no debe ser utilizada durante el embarazo ya que puede estimular las contracciones uterinas.

Hospiten (2014), señala una serie de ejercicios que pueden realizarse durante el embarazo:

Ejercicios Circulatorios:

Partiendo de la posición decúbito dorsal - piernas extendidas y los pies apoyados y elevados unos 30 centímetros:

- Realizar amplios giros de tobillo a ambos lados, alternando series que empezarán siendo de seis rotaciones.
- Elevar la pierna con la rodilla flexionada formando un ángulo de 90°, realizar movimientos de flexión y extensión del pie mientras se retiene el aire y descender la pierna exhalando.
- Repetir 10 veces alternando una y otra pierna. El mismo ejercicio con rotaciones del pie.
- Elevar una pierna inhalando, dibujar círculos con el pie y descender la pierna exhalando.
- Repetir 10 veces alternando ambas piernas.

Ejercicios Respiratorios

Se pueden realizar en posición sentada, decúbito dorsal y decúbito lateral. Las respiraciones que se utilizan durante las contracciones del parto se basan en soltar el aire (exhalación) de forma prolongada y lenta. Pueden ser de dos tipos, abdominales o torácicas.

Respiración Abdominal:

- Inhalar elevando el abdomen y exhalar descendiéndolo lentamente.
- Repetir 15 veces.

Respiración Torácica:

- Inhalar inflando sólo el tórax y exhalar lentamente procurando no movilizar el abdomen.
- Repetir 15 veces.

Ejercicios Perineales

Hospiten (2014), señala en los ejercicios perineales se debe utilizar la posición decúbito dorsal, flexionar la pierna derecha aproximando la rodilla hacia

el vientre, y extensión de la rodilla; la pierna permanecerá en esta posición unos segundos para volver después a la posición inicial.

- Estando en decúbito dorsal, elevar la pierna derecha extendida hasta lograr el ángulo recto con respecto al tronco. Una vez elevada, realizar un amplio semicírculo antes de volver lentamente a la posición inicial
- Partiendo desde la postura de LOTO o HINDU:
- Apoyando ambas manos en ambas rodillas, forzaremos la aproximación de las mismas hacia el suelo; empezaremos con series de 25.
- También con nuestras manos forzaremos la aproximación de los pies hacia nuestro periné.

Ejercicios Dorsales

Para los ejercicios dorsales *Hospiten (2014)*, señala que, todo el ejercicio será realizado siempre sobre una colchoneta o alfombra. Continuar en posición de loto.

- Extensión de ambos brazos a la altura de los hombros, realizaremos rotaciones hacia delante y hacia atrás alternando series de 8.
- Elevación de ambos brazos por encima de la cabeza, uniendo las manos para forzar la extensión suave pero firme de toda la espalda.
- Volver a la posición boca arriba; flexionamos las piernas para apoyar los talones muy próximos a los glúteos; elevación de cadera hasta quedar apoyadas solamente en talones y hombros, contaremos 5 segundos para descender la espalda. Empezaremos con series de 4 elevaciones.
- Para realizar el siguiente ejercicio adoptar una nueva postura: la postura del gato, es decir decúbito ventral y apoyándose en las rodillas y manos, vamos a ejercitar toda la columna vertebral.
- Elevar la cabeza, inspiramos, arqueamos la espalda hacia el suelo extendiendo la pelvis hacia atrás.
- Flexionar la cabeza hacia el tronco, espiramos y elevamos la espalda hacia el techo, girando la pelvis hacia el vientre.
- Finalizadas las series a realizar, aproximar los glúteos a nuestros pies para quedar “sentadas en los talones”, con el vientre entre nuestros muslos, la

cabeza apoyada en la colchoneta y los brazos estirados forzando la extensión de la espalda mientras nos relajamos unos segundos.

- Contaremos hasta 10 lentamente para incorporarnos con suavidad.

Relajación

Al terminar los ejercicios, realizar 15 minutos de relajación, adoptando la posición más cómoda (preferiblemente recostado decúbito dorsal o decúbito lateral).

IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑANTE

Rocha, F. (2006), menciona que la educación materna consiste en una serie de actividades dirigidas a los futuros progenitores que permite confiar en la capacidad para controlar y favorecer el nacimiento del bebé que esperan. De alguna manera, los hace más responsables y partícipes de los acontecimientos.

Pretende, fundamentalmente, fomentar hábitos y comportamientos que hagan que el embarazo, parto y puerperio sean una experiencia natural y compartida con su pareja.

En la primera visita de seguimiento del embarazo, se debe pedir información sobre los cursos de Educación materna que se realizan en el Centro de Salud.

Durante el embarazo, conviene ir pensando en el tipo de lactancia que darás al bebé.

Decidir entre pecho o biberón es algo que debe hacer después de informarse de las ventajas e inconvenientes de cada tipo de lactancia, pero recordar que sea cual sea la elección, lo más importante para el bebé es que junto a la leche, reciba además todo el cariño y ternura.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los seis meses de edad y la continuación de la lactancia, con introducción gradual de los alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida y más, si fuera posible.

La mayoría de las mujeres quieren que sea su pareja quien la acompañe en tan importantes momentos, pero alguna prefiere que sea otra persona quien lo haga.

La pareja, y en su caso la persona que la embarazada elija, tiene un importante papel durante todo el proceso del parto que consiste fundamentalmente en apoyarla creando un clima de tranquilidad, dándole confianza en su capacidad para controlar esta situación, animándola y compartiendo con ella los momentos más difíciles.

En los primeros días “después del parto”, debe concertar la visita puerperal. En esta visita se realizará una valoración del estado general y del bebé. Puedes consultarle todas aquellas dudas sobre los cuidados, del bebé, lactancia materna, cordón umbilical, anticonceptivos, etc.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Pérez, M. (1996), refiere en su artículo que el fin de la asistencia de Enfermería en Maternidad es ayudar a cada mujer a pasar por el embarazo y el parto con molestias mínimas y salud y bienestar óptimos, así como mantener a su hijo antes y después de nacer en el mejor estado de salud posible.

En el sentido más amplio, la asistencia de la maternidad empieza con la salud y la educación de los futuros padres.

No sólo se debe interesar por su salud física y bienestar, sino que debe fomentar el desarrollo de actitudes saludables hacia las relaciones familiares.

También se ocupará de la preparación para las responsabilidades que impone la paternidad, y el desarrollo de juicio y capacidades que permitan a los padres afrontar estas responsabilidades de una manera segura y satisfactoria.

El embarazo tiene grandes repercusiones en la familia, sea ésta numerosa o pequeña, rica o pobre, cada miembro de ella es afectado de alguna manera.

Toda la vida de la mujer es modificada por el embarazo: dieta, vestido, aspecto y sentimientos, respuestas y deseos sexuales, trabajo, actividades sociales y recreativas, descanso y sueño, relaciones con su familia y sus amistades, vida diaria y planes a largo plazo.

El hombre, en su papel de jefe de familia, como compañero conyugal y como padre del ser recientemente concebido, debe participar activamente del embarazo, preocuparse no sólo de la seguridad económica, sino de fomentar el bienestar

físico, social y emocional de su mujer durante esta época y de mantener un feliz ambiente familiar.

Desde el principio del embarazo, hasta que su mujer es capaz de reiniciar sus actividades después del nacimiento de su hijo, desempeña una función de protección y apoyo muy importante.

El cuidado de la salud que recibe la gestante durante el embarazo comienza con la asistencia prenatal.

Los propósitos de esta asistencia son:

- Proteger y fomentar la salud y bienestar de la embarazada.
- Salvaguardar la salud y bienestar del hijo por nacer.

La asistencia incluye: Valoración del estado de salud de la embarazada durante la gestación. Atención de cualquier problema de salud existente. Prevención de otros problemas de salud. Promoción de la salud.

Para cumplir con los objetivos de la asistencia prenatal propuesta, el personal de Enfermería debe basar sus acciones sobre un proceso continuo de situaciones de aprendizaje, cuyo fin será reafirmar o lograr cambios de actitud o de conducta de la gestante y del núcleo familiar.

Las acciones educativas que Enfermería desempeña dentro de las áreas de consultorios externos, salas de hospitalización (salas de Pre-parto y Partos, de embarazo y de puerperio), la podríamos dividir de manera operativa en educación incidental y educación sistemática.

La educación incidental, es aquella que se realiza durante el desarrollo del trabajo diario, donde se aprovechan las situaciones adecuadas que se presentan para realizar enseñanza mediante charlas casuales. En cambio, la educación sistemática es la que se lleva a cabo de manera formal, con una metodología de trabajo y tiempo previsto, con objetivos y fines explícitos.

CAPACITACIÓN DE LA MADRE EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO:

- Informar a la madre que la alimentación de su hija/o durante esta etapa debe consistir únicamente en leche materna y que, además, debe ser a libre demanda del bebé.

- Recomendar a la madre que no humedezca el cordón umbilical ni aplique sustancia u objeto alguno sobre él. Orientarla, además, que éste se caerá solo a los 7 días y que una vez que se desprenda, habrá de lavar con agua y jabón la zona.
- Informar sobre las vacunas que deben aplicarle al bebé y acerca de la toma del Tamiz Neonatal entre el segundo y quinto día de vida.
- Indicarle que el baño del recién nacido debe ser diario, con agua y jabón.
- Aconsejar a la madre que realice ejercicios de estimulación temprana desde el alojamiento conjunto
- Brindar orientación a la madre para la identificación de signos de alarma en recién nacidos, de acuerdo con su edad.
- Proporcionar información al padre sobre los cuidados del recién nacido para inducirlo a ser corresponsable en esta tarea.
- Instruir al padre sobre estimulación temprana para que realice conjuntamente con su pareja todos los ejercicios, explicándole que esto le permitirá generar un vínculo amoroso con su hija/o.

La identificación de signos y síntomas de riesgo posnatal permite realizar en forma temprana actividades de apoyo a fin de asegurar las mejores condiciones en el inicio de la vida.

Toda/o recién nacida/o sana/o con peso de 2 kg o más, en el momento del nacimiento, debe recibir una dosis de vacuna BCG por vía intradérmica en la región deltoidea del brazo derecho. Si no la recibió, aplicársela.

Después de aplicar la vacuna BCG, informar a la o el responsable de la o el recién nacido que en la mayoría de los casos se produce una ulceración en el sitio de la vacuna, en cuyo caso no deberá aplicar medicamento o sustancia alguna y que, 3 semanas después, deberá llevarlo a consulta para valorar la evolución de la cicatriz vacunal.

La vacuna de Hepatitis B previene la infección por el virus de la Hepatitis B, que puede ser transmitida por vía perinatal, transfusiones con sangre no segura, inyecciones o contacto con material contaminado. Aplicar una dosis en el periodo

neonatal. En quienes no se aplicó la primera dosis al nacer, realizarla a los 2, 4 y 6 meses de edad.

Invitar a la o el responsable de la o el recién nacida/o a asistir a las sesiones educativas de nutrición, estimulación temprana y demás temas relacionados, sobre todo con la identificación de signos de alarma.

Orientar a la madre acerca de la importancia de la higiene de las mamas para evitar infecciones y lesiones; indicándole lavarlas sólo con agua y lubricarlas con la misma leche. Informándole que la mejor estimulación temprana es la lactancia materna, ya que favorece el vínculo afectivo con la madre.

Recomendar a la madre que, para favorecer la producción de leche, tome líquidos en abundancia, efectúe la lactancia a libre demanda y alterne los senos (10 minutos cada uno)

Para la práctica de la estimulación temprana, utilizar sonaja de mango delgado, una campana pequeña y una pelota. El seguimiento del desarrollo debe realizarse mediante la atención integrada que se proporciona a la o al menor de 2 años en las unidades de salud.

Tezoquipa, I. (2002), menciona en su artículo intitulado “Información científica para el cuidado en Enfermería, Cuidados prenatales”, que casi 50% de las muertes maternas podrían ser prevenidas, asumiendo que las gestantes hubiesen tenido acceso y recibido una atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio por personal calificado. Desafortunadamente en países en vías de desarrollo el cuidado prenatal se hace en forma tardía y sin la regularidad necesaria, la mujer comúnmente acude a la primera consulta en el segundo trimestre o inmediatamente antes del parto.

En México, al igual que en los países de América Latina, la mortalidad materna representa un problema de salud pública.

El objetivo de la salud perinatal es la salud de la madre y el hijo, poniendo énfasis en fomentar una maternidad sin riesgos. De esta manera, se incluyen el control y la vigilancia del embarazo, a fin de identificar oportunamente los riesgos

que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, así como el de referir los casos de embarazos de alto riesgo a una atención médica específica y eficaz.

El control prenatal consiste en un conjunto de actividades dirigidas a la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ella y de su hijo, y prevenir el riesgo de muerte o de alguna complicación del embarazo.

La educación para la salud de la mujer embarazada, es de crucial importancia en la prevención y/o control de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; para la cual se sugiere la utilización de técnicas didácticas accesibles para el grupo de mujeres embarazadas a las que se dirija.

La salud de la mujer embarazada incluye también aspectos psicológicos y sociales. En cuanto al aspecto psicológico, algunos expertos consideran que el embarazo es una crisis de maduración, se pueden presentar reacciones de ansiedad y sobre todo de labilidad emocional. La pareja puede vivir con temor y ambivalencia los cambios físicos y emocionales de la mujer. En estos aspectos la recomendación es hablar con la mujer sobre este tipo de procesos y promover una comunicación con su pareja para expresar dudas y temores.

Desde el enfoque social, la situación socioeconómica y cultural de la embarazada determina las condiciones en que evoluciona tanto el embarazo como la atención del mismo. Se recomienda a la enfermera tener en cuenta cada situación de la mujer embarazada para realizar una intervención específica de los cuidados de enfermería.

Se dará importancia al fomento del vínculo madre-hijo, independientemente de las motivaciones para embarazarse, ya que el hecho de que la mujer se vincule adecuadamente desde que empieza a sentir los movimientos fetales dará las bases para que el niño cuente con un mejor cuidado al nacer.

La mujer embarazada debe consumir alimentos ricos en energía y proteínas, así como aquellos que contienen vitaminas y minerales, principalmente calcio, hierro, ácido fólico y yodo. Fuentes de calcio. Leche y derivados, como queso y crema, además de pescado, leguminosas y verduras de hoja verde. Fuentes de hierro y ácido fólico. Alimentos de origen animal, como hígado y huevo; frijoles, lentejas y verduras de hoja verde. Para mejorar la absorción de estos alimentos,

combinar con alimentos ricos en vitamina C como guayaba, mandarina, naranja .Fuentes de yodo. Pescados y mariscos, además de la sal yodada.

Se sugiere disminuir la frecuencia de la actividad sexual durante el primer y último trimestre. Debe evitarse en los casos en que existe amenaza de aborto o parto prematuro.

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

González, L. (2000), menciona que el proceso de apego comienza en la madre durante el embarazo, progresa y se transforma durante el parto y los días siguientes. A lo largo de las actividades cotidianas (alimentación, baño, cambio de pañales...) madre-hijo van formando una relación en la cual el bebé es un sujeto activo que promueve en la madre (o en la figura de apego), la proximidad y el contacto. En esta dinámica de las interacciones se organiza la conducta de apego del niño/adulto. *“La conducta de apego, es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo, claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo”*.

En el desarrollo del niño se implican y condicionan mutuamente tanto factores internos de tipo biológico, madurativos, funcionales y psicológicos, como factores externos de índole relacional, social, cultural, económicos, geográficos, etc.

Correa, A. (1997), menciona en su publicación que el recién nacido nace con algunas funciones desarrolladas como la micción y la defecación, al igual que la succión y los demás reflejos. En este período tolera mal el calor y el frío excesivos. Existen algunas funciones, como el gusto y el olfato, que se encuentran bien desarrolladas al nacimiento; igualmente la audición, pues el niño es capaz de percibir la voz de sus padres. En cuanto a la visión, puede seguir y fijar la mirada, en especial el rostro de su madre, el cual se convierte en la primera relación interhumana. También es muy sensible a los estímulos táctiles. Para desarrollar

más sus funciones y actividades tiene que esperar que el sistema nervioso madure a su propio ritmo.

El vínculo que establece el recién nacido con sus padres se inicia desde que el niño es deseado o no por la pareja. La madre y el niño tienen una vida en común durante los nueve meses de la gestación, o sea que cuando nace el niño afronta su primera separación, que es la del cuerpo, pero continúa unido por las vivencias afectivas que ha tenido. El padre se debe vincular en todas las actividades del cuidado del niño para continuar desarrollando lo ya ganado desde la gestación.

El niño en esta edad se encuentra en el período de adquisición de la confianza básica, por lo cual sus necesidades tales como proximidad física, alimentación, vestido, calor y arrullo, entre otras, deben ser satisfechas en el momento que lo desee, para que pueda confiar en los demás cuando sea mayor. Además de esto, es preciso darle algo más, como son las manifestaciones amorosas táctiles, visuales y auditivas.

El alimento ideal que debe recibir el recién nacido es la leche materna, la cual contiene todos los requerimientos nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo; además lo protege contra las enfermedades más comunes de esta edad, está libre de contaminación y, lo más importante, favorece y estimula el vínculo afectivo con su madre. La leche materna debe ser suministrada desde el mismo momento del nacimiento, por libre demanda, y de acuerdo con las necesidades de cada niño.

El baño garantiza una higiene adecuada, estimular su desarrollo psicomotor, brindar experiencias sensitivas. Además, sirve para estimular la circulación y los sentidos, brindar relajación y producir sueño. El aseo del muñón umbilical se debe hacer con algodón y alcohol varias veces al día con el fin de evitar la humedad que favorece la infección.

Es el método de ayudar al niño a desarrollar al máximo sus capacidades motrices y sensitivas. Las personas más indicadas para ayudarlo son sus padres, sus hermanos y su familia en general. La mejor forma es mediante manifestaciones amorosas; se puede lograr por medio del tacto, la música, los

colores, los olores, los sabores, el arrullo, las caricias, el agua, el sol, el movimiento y el juego, pero evitando el exceso de estímulos. El momento más oportuno para hacer la estimulación es cuando se encuentre completamente despierto.

ESTIMULACION TEMPRANA

Según el programa de Unicef (2002,) el objetivo de la estimulación temprana es identificar tempranamente factores de riesgo y alteraciones en el desarrollo.

La idea de que el niño es receptivo a influencias externas es central en el desarrollo; sin embargo la noción del impacto de tales influencias depende de las características del estímulo y del procesamiento de la experiencia.

La Estimulación Temprana es un conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño sano las experiencias que éste necesita para desarrollar al máximo sus potencialidades de desarrollo. Estas acciones van a permitir el desarrollo de la coordinación motora, empezando por el fortalecimiento de los miembros del cuerpo y continuando con la madurez del tono muscular, favoreciendo con esto la movilidad y flexibilidad de los músculos, al mismo tiempo ayudará a desarrollar una mejor capacidad respiratoria, digestiva y circulatoria del cuerpo. Otro de los beneficios que se obtienen a través de la estimulación temprana, es el desarrollo y la fortaleza de los cinco sentidos y la percepción. Favorece además el desarrollo de las funciones mentales superiores como son la memoria, la imaginación, la atención así como también el desarrollo del lenguaje. A nivel adaptativo, desarrolla en el niño confianza, seguridad y autonomía.

Emocionalmente, la estimulación temprana permite incrementar la relación afectiva y positiva entre los padres y el niño(a). Por esta razón, es importante que el personal de salud establezca una relación cálida con los padres y el niño (a) para así transmitirles que éste no aprenderá sólo con los ejercicios sino con el contacto físico y la relación afectiva que establezcan con él; asimismo, deberá recordarles que aprovechen los momentos de la alimentación, el baño y el momento del cambio de pañal y ropa para estimular al bebé.

La estimulación temprana se puede llevar a cabo en el consultorio con un solo niño (cara a cara), indicándole a los padres las actividades a realizar y los cuidados del niño (a). Dependiendo de las necesidades del servicio, también es posible organizar grupos con niños de la misma edad.

Para que la estimulación temprana resulte favorable, es necesario que el personal de salud (médico, enfermera, promotor) comprenda la importancia y los beneficios que tiene, para que a su vez pueda sensibilizar y orientar adecuadamente a los padres o responsables del cuidado de los niños y al personal comunitario.

De igual forma, el personal de salud deberá estar capacitado para evaluar el desarrollo normal del niño de 0 a 2 años, y detectar oportunamente alteraciones o retrasos para referirlo a una consulta especializada si fuese necesario.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo descriptivo, transversal y exploratoria. La población de estudio son todas las gestantes y acompañantes que acudieron al Centro de Salud Floresta.

La muestra del estudio fue por conveniencia en virtud de que estuvo conformada por las gestantes y acompañantes que asistieron mensualmente al grupo “Acompañando una nueva vida”, durante el periodo Agosto 2013 a Julio 2014. El procedimiento para la recolección de datos en las gestantes y acompañantes se dividió en tres grupos.

Los criterios establecidos fueron gestantes y acompañantes que asistieron a las sesiones del grupo “Acompañando una nueva vida”, en el aula de la Unidad de Especialidades Médicas (UNEME) ubicado a un costado del Centro de Salud Floresta en Hermosillo, Sonora y que hayan asistido por primera vez a control prenatal en el Centro de Salud Floresta. Los Criterios de *no inclusión* fueron las gestantes que el día de la recolección de datos no asistieron a las sesiones. Los Criterios de *exclusión* fueron las gestantes que nunca asistieron a control prenatal y mujeres que no estuvieron embarazadas.

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los grupos estuvieron divididos en tres ciclos que comprendieron los siguientes meses: 7 Agosto-13 Noviembre, 20 Noviembre 2013- 27 Marzo y 03 Abril- 26 Junio 2014. Cada ciclo fue de 15 sesiones, donde se impartieron las mismas charlas. En el grupo inicial, se inició con la creación de una base de datos que incluyó: nombre de la gestante, edad, registro de signos vitales en cada sesión. En las primeras reuniones, previo a la impartición del tema, se aplicaron cuestionarios para evaluar el conocimiento de la gestante sobre la temática a desarrollar, pero se presentaron varios inconvenientes con esta dinámica como:

nerviosismo en las gestantes, falta de tiempo para contestar los cuestionarios, entre otros motivos. Por lo anterior, se tomó la decisión de cambiar la dinámica realizando preguntas directas una vez concluida cada sesión grupal.

El instrumento de recolección de datos incluyo la información siguiente: datos de identificación de la gestante; nombre, edad, dirección, estado civil. Además, se registró cifras de glicemia capilar, semanas de gestación como cifras de signos vitales. Finalmente se especificó si la gestante tuvo acompañante en cada sesión.

RECURSOS

- *Humanos:* Personal de enfermería del Centro de Salud Urbano Floresta (CSUF). Prestadoras de Servicio social: Bany Amarillas Cruz y Perla Azucena Sandoval Gutiérrez. Acompañantes de las mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de seis meses.
- *Materiales:* Hoja de asistencia, charlas de educación para la salud, equipo de signos vitales, estuche de diagnóstico, báscula, glucómetro, tiras reactivas para realizar glucemia capilar, torundas alcoholadas, recipiente para residuos, cinta métrica. Sillas, equipo de cómputo, cañón, colchonetas para los ejercicios de relajación, sonajas, balones para estimulación temprana, refrigerios para las gestantes (agua, pan integral, yogurt, fruta fresca), aula destinada en el Centro de salud Floresta para realizar las reuniones grupales o en UNEME.
- *Financieros:* Los gastos generados en la realización del proyecto fueron financiados por las prestadoras del servicio social Bany Amarillas Cruz y Perla Azucena Sandoval Gutiérrez, se contó con el apoyo del personal del Centro de Salud Urbano Floresta y el Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Para la captura de los datos se utilizó el programa Excel. Se realizaron gráficas en base a las variables (edad, estado civil, trimestre de embarazo, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura corporal y tensión arterial); frecuencia y porcentaje de cada uno de los datos obtenidos la muestra del primer periodo fue 42, del segundo periodo 55 y del tercer periodo fue de 49 gestantes. Por lo que la sección de resultados se divide en tres periodos con sus respectivas frecuencias y porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (1987), los artículos que se aplicaron en la presente investigación son los siguientes:

- ARTICULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.
- ARTICULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.
- ARTICULO 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Este estudio se clasifica en investigación con Riesgo mínimo en virtud de que se empleó el registro a través de procedimientos como registro de signos vitales y determinación de glucemia capilar.

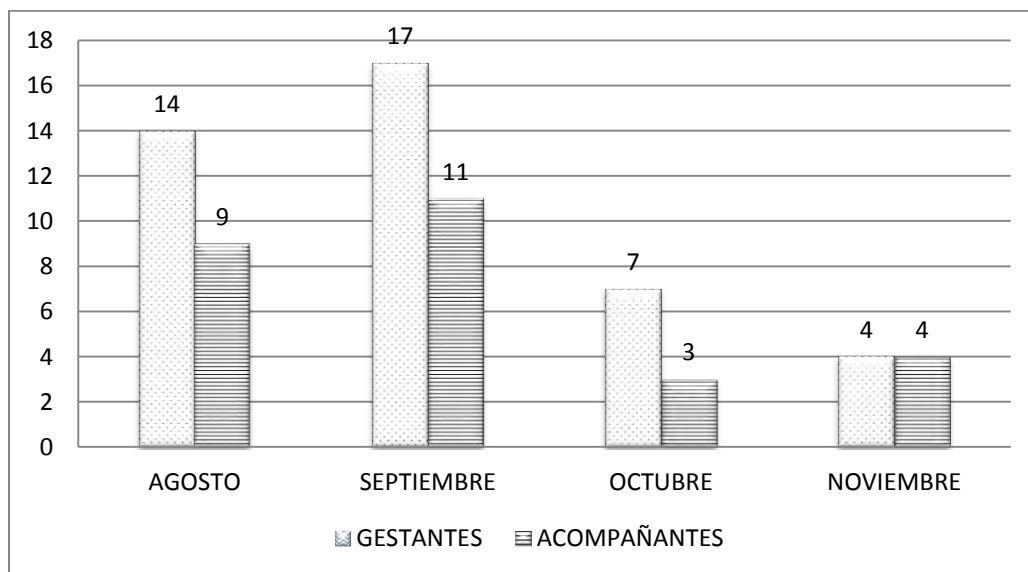
CAPITULO 4

RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a las gestantes así como a los acompañantes que asistieron al Centro de Salud Floresta, durante tres períodos de tiempo. Los resultados siguientes pertenecen al primer periodo comprendido del 7 de Agosto al 13 de Noviembre del 2013:

La gráfica 1, proporciona el número de gestantes y acompañantes que asistieron durante el primer periodo del curso. Como se puede observar el mes de Septiembre obtuvo el mayor número de asistentes con el 61% y 39% (17 gestantes y 11 acompañantes), seguido del mes de Agosto con el 61% y 39% (14 gestantes y 9 acompañantes) y como tercer lugar el mes de Octubre con el 70% y 30% (7 gestantes y 3 acompañantes). Se puede destacar que en su mayoría las mujeres que asistían eran acompañadas por una amiga o madre y en raras ocasiones por su pareja; también menos del 50% llevaron un acompañante en cada sesión de este periodo.

ASISTENCIA DE GESTANTES Y ACOMPAÑANTES

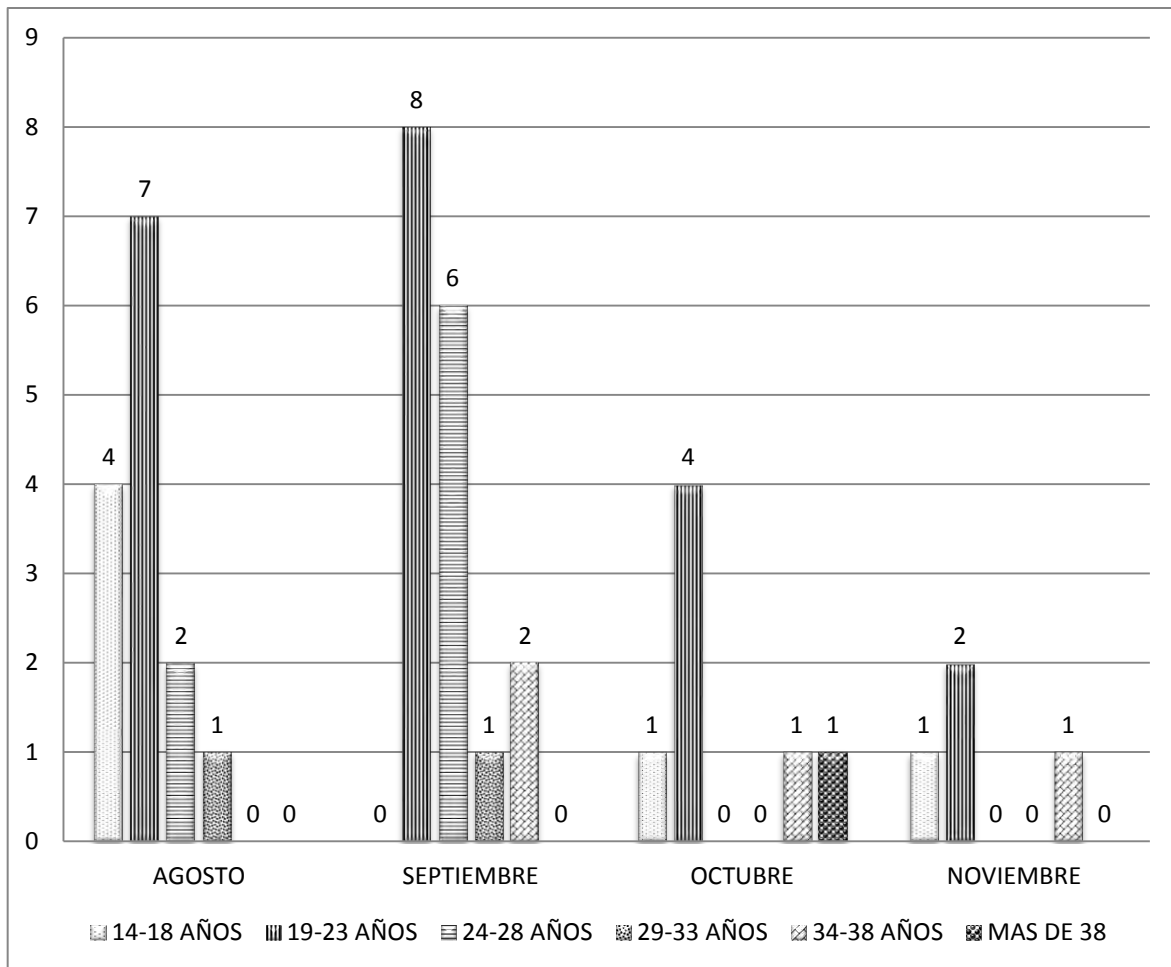


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=69

La gráfica 2, muestra las edades de las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas; el grupo de edad que más asistió durante este periodo correspondió al rango de 19-23 años con un 19% (8 personas), seguido de 24-28 años con 14.2% (6 personas) destacando en Septiembre y de 14-18 años con 9.5% (4 personas) siendo en su mayoría al inicio del grupo durante el mes de Agosto.

DISTRIBUCIÓN DE EDAD EN LAS GESTANTES

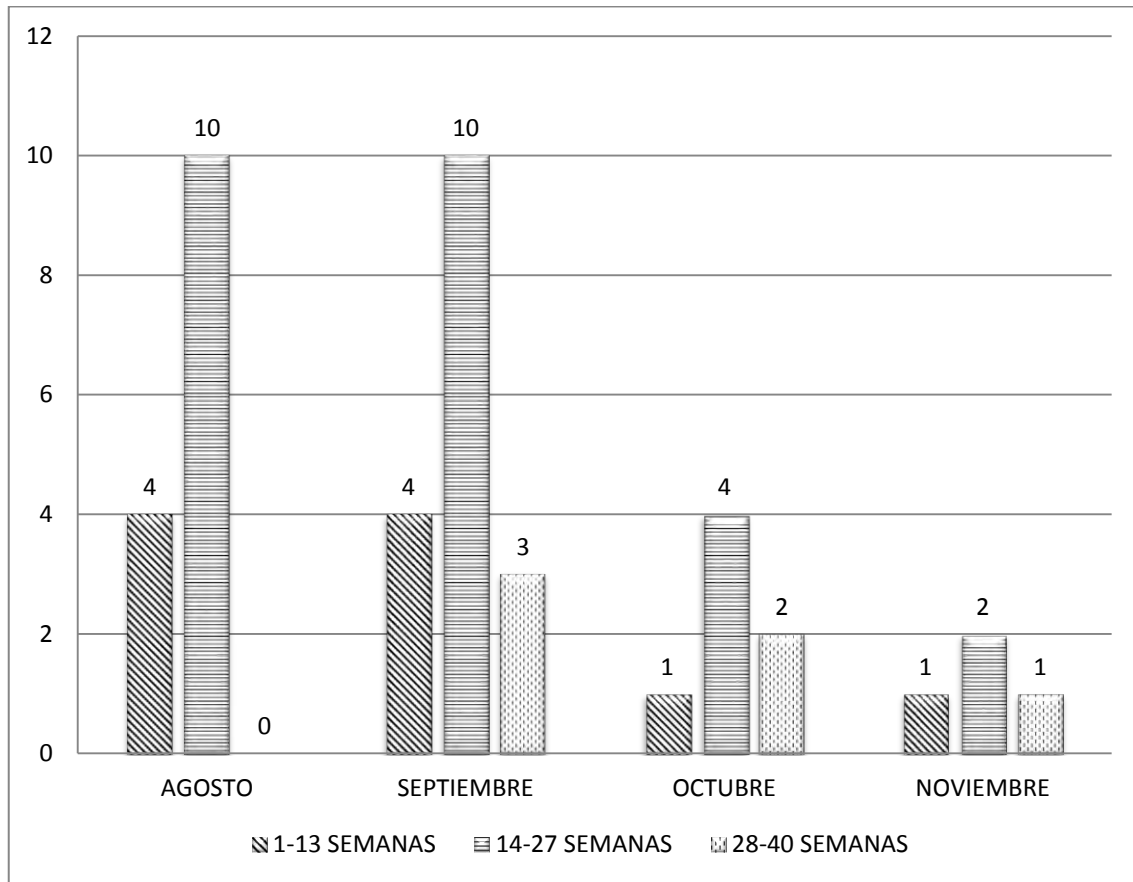


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=42

La gráfica 3, muestra el número de gestantes de acuerdo a las semanas de gestación (SDG), el primer lugar fue 14-27 con un 47.6% (20 mujeres) en Agosto y Septiembre, el segundo lugar, correspondió a 1-13 SDG con 19.0% (8 mujeres) en los dos primeros meses y el tercer lugar se ubicó 28-40 SDG con 7.1% (3 mujeres).

DISTRIBUCIÓN DE SEMANAS DE GESTACIÓN (SDG)

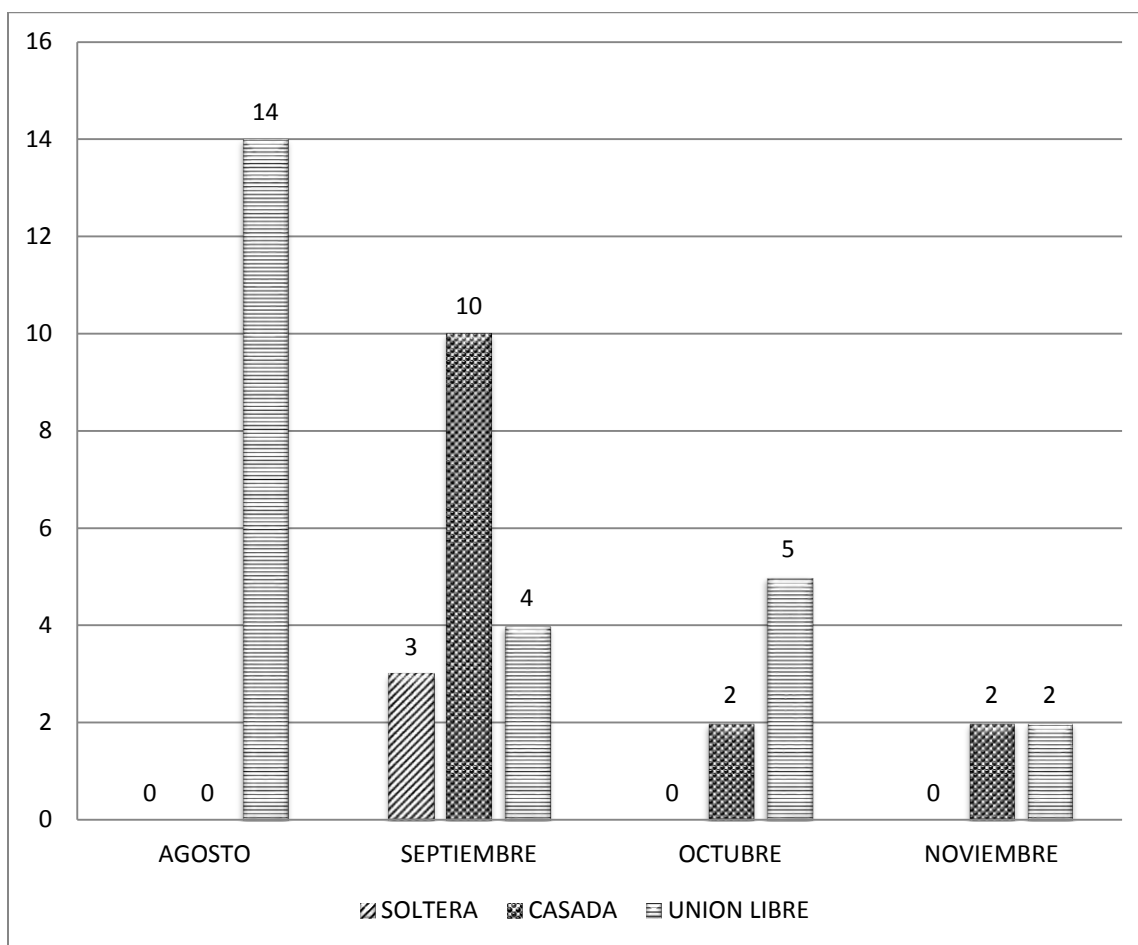


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=42

La siguiente gráfica (4), muestra el estado civil que presentaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, como primer lugar lo obtuvo unión libre con 59.5% (25 mujeres), el segundo lugar fueron mujeres casadas con el 33.3% (14 mujeres) y el tercer lugar, solteras con un 7.2% (3 mujeres).

ESTADO CIVIL DEL GRUPO DE GESTANTES



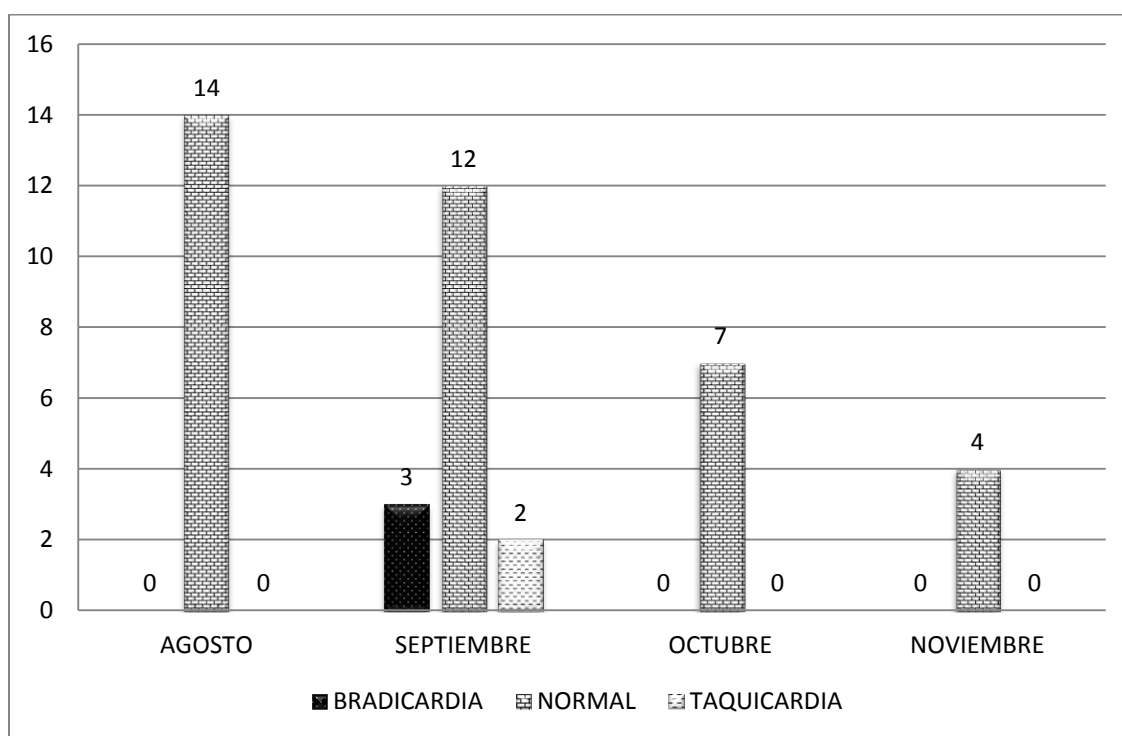
Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=42

A continuación se observan una serie de gráficas que valoraron los signos vitales durante cada sesión del grupo acompañando una nueva vida en el primer periodo.

La gráfica 5 indica la frecuencia cardiaca que reportaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas. El 88% (37 mujeres) obtuvieron frecuencia cardiaca normal, seguido del 7% (3 mujeres) con bradicardia y 5% (2 mujeres) con taquicardia.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA

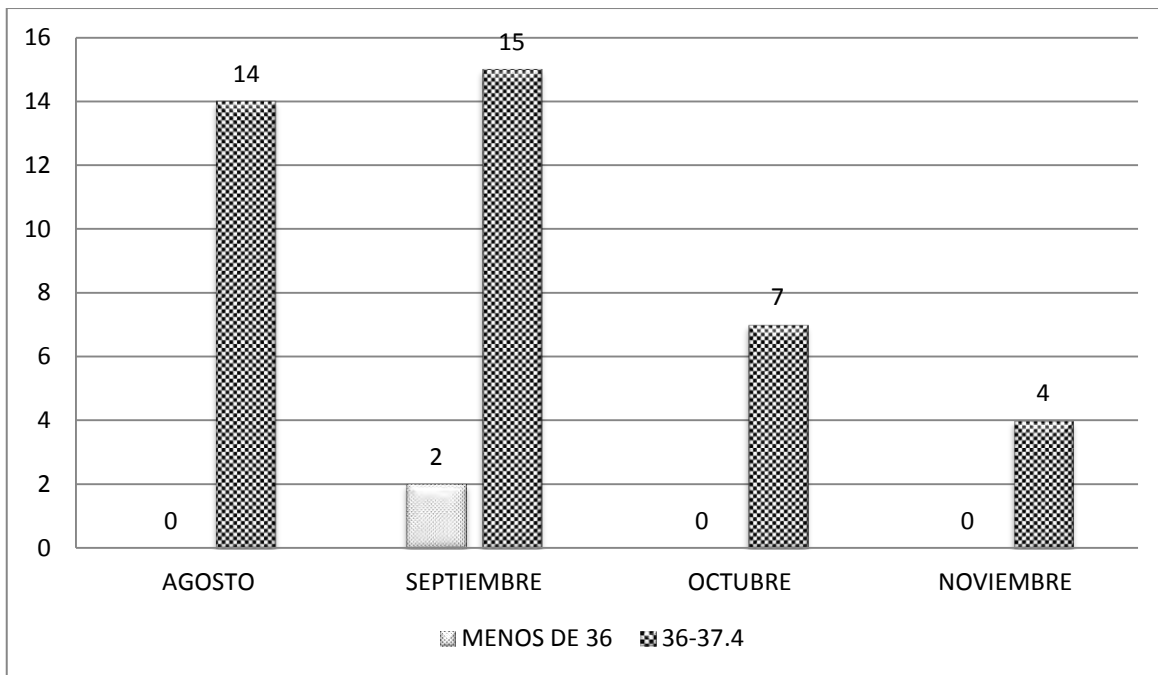


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=42

La gráfica 6, corresponde la temperatura corporal que obtuvieron las mujeres asistentes al grupo de embarazadas, el 95% (40 mujeres) lograron una temperatura entre 36-37.4°C y 5% (2 mujeres) tuvieron menos de 36 °C.

DISTRIBUCIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL

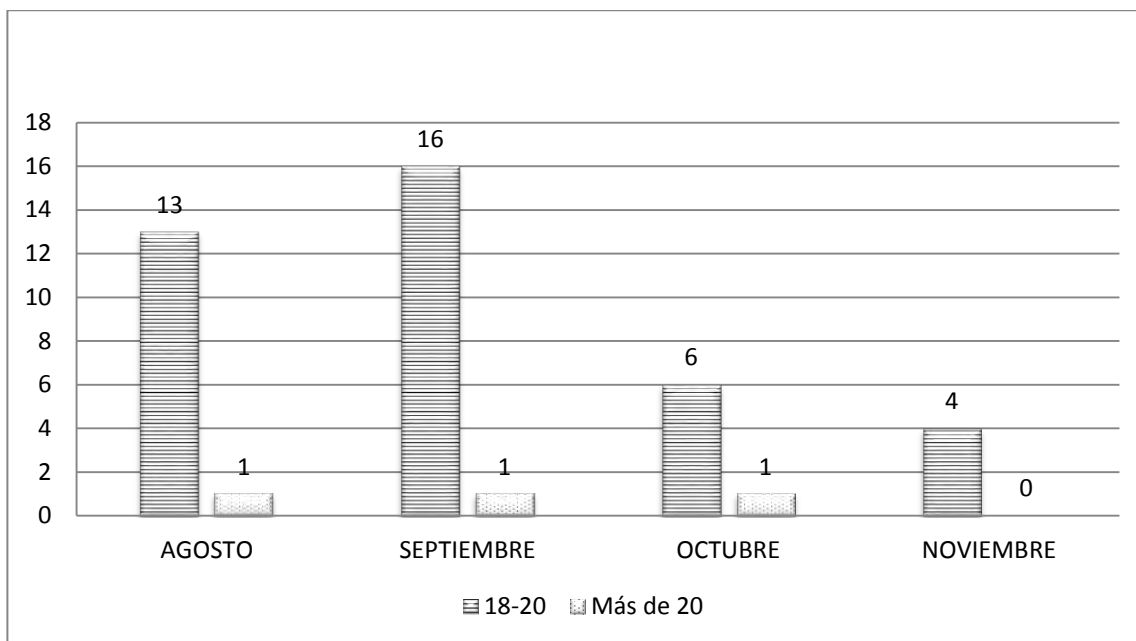


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=42

Referente a la frecuencia respiratoria que tuvieron las mujeres asistentes al grupo de embarazadas, el 92.8% (39 mujeres), reportaron entre 18-20 respiraciones por minuto y 7.2% (3 mujeres) obtuvieron más de 20 respiraciones por minuto, como se observa en la gráfica número 7.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

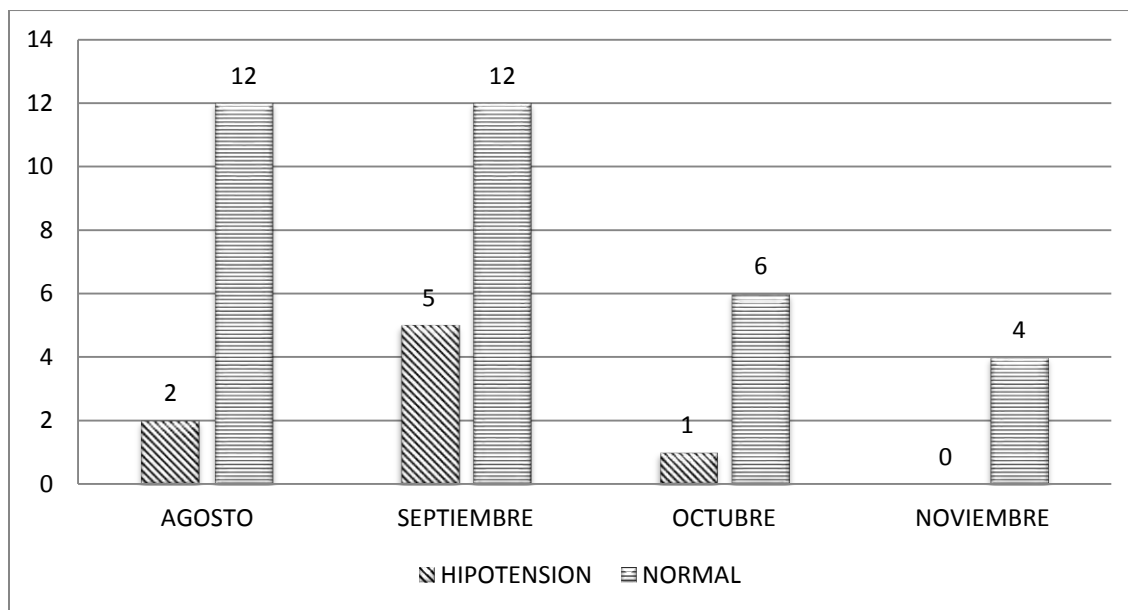


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=42

La gráfica 8, muestra la tensión arterial que reportaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, el 80.9% (34 mujeres) obtuvieron un presión normal y solo el 19.1% (8 mujeres) presentaron hipotensión.

DISTRIBUCIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL



Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

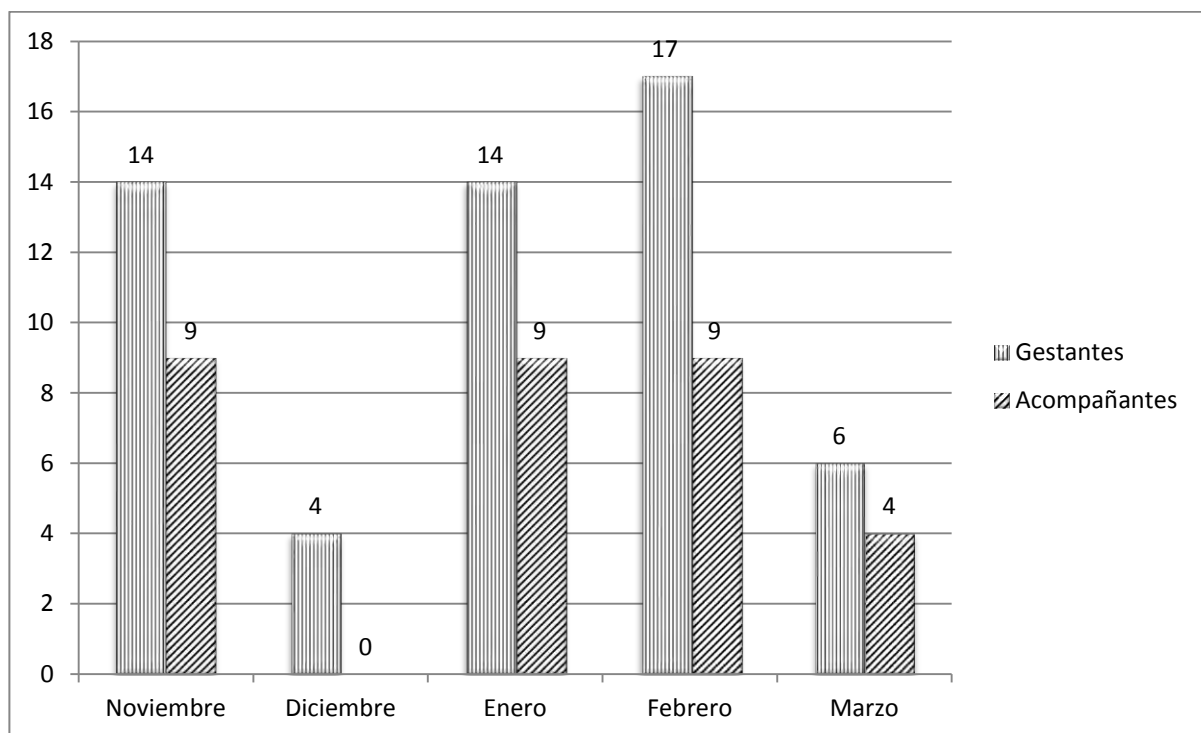
n=42

SEGUNDO PERIODO DE ACOMPAÑANDO UNA NUEVA VIDA

El segundo periodo inicia a partir del 20 de Noviembre de 2013 al 27 de Marzo del 2014; donde se tuvo una buena asistencia con un grupo mayor de 10 mujeres embarazadas en cada sesión. En el mes de Noviembre y Diciembre la asistencia fue menor debido a los periodos vacacionales y los días festivos. En el mes de Febrero el grupo creció en número de asistentes.

Durante el segundo periodo del curso “Acompañando una nueva vida”; en el mes Febrero obtuvo el mayor número de asistentes con el 65% y 35% (17 embarazadas y 9 acompañantes); en cambio el mes de Diciembre registró el menor número con 4 embarazadas sin acompañantes, (gráfica 9).

NÚMERO DE GESTANTES Y ACOMPAÑANTES

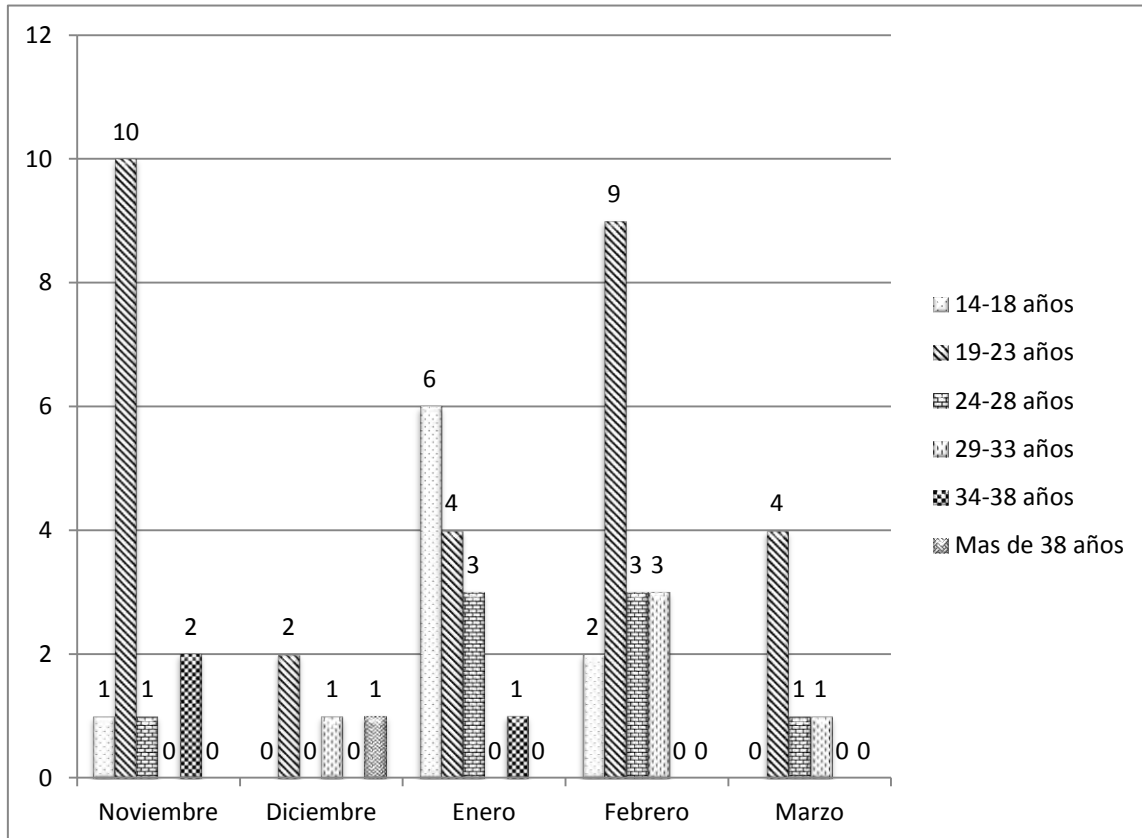


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n = 86

La gráfica 10, muestra las edades de las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas; el grupo de edad que más asistió fue de 19-23 años con un 52.7% (29 personas) con mayor asistencia en Noviembre, seguido de 14-18 años con 16.3% (9 personas) con un número significativo en Febrero y de 24-28 años con 14.5% (8 personas).

DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE LAS GESTANTES

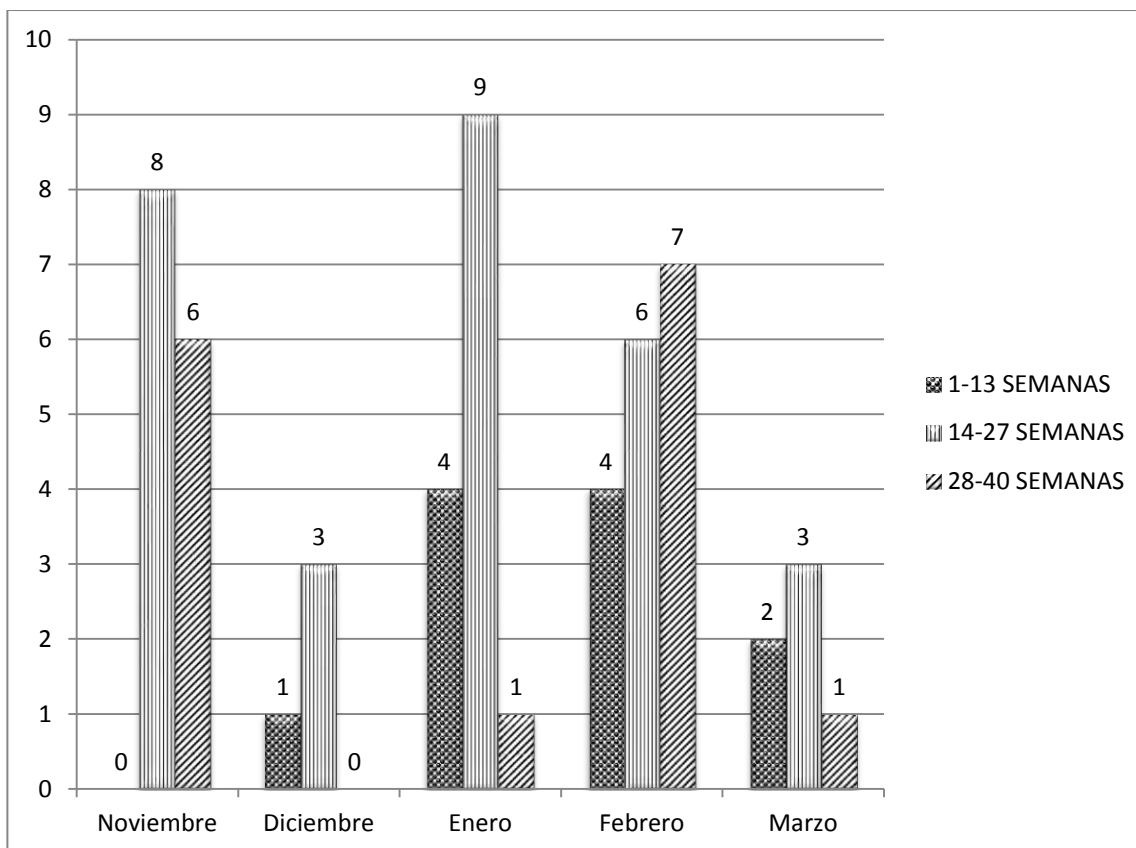


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=55

La gráfica 11, señala las SDG de las mujeres que asistían al curso, como primer lugar lo obtuvo de 14-27 semanas con un 52.7% (29 mujeres), destacando el mes de Enero.

DISTRIBUCIÓN DE SEMANAS DE GESTACIÓN (SDG)

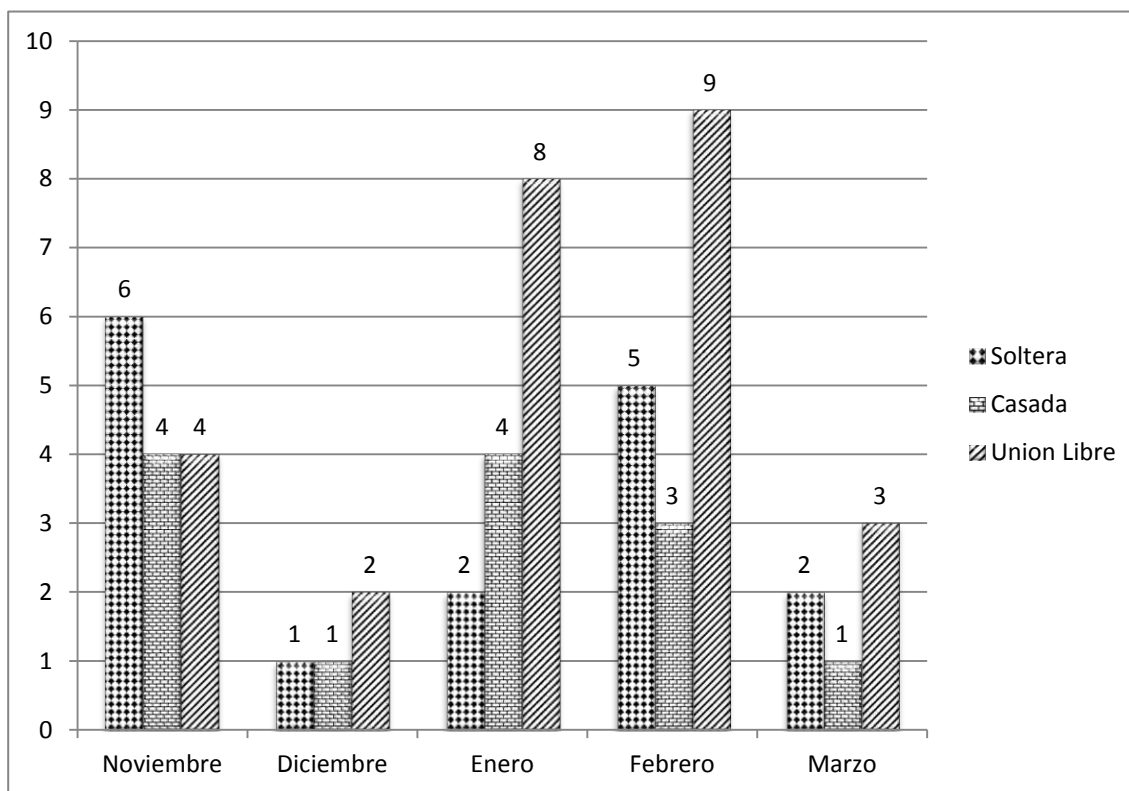


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=55

La gráfica 12, muestra el estado civil que presentaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas en el segundo periodo, como primer lugar lo obtuvo unión libre con 47.2% (26 mujeres).

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES



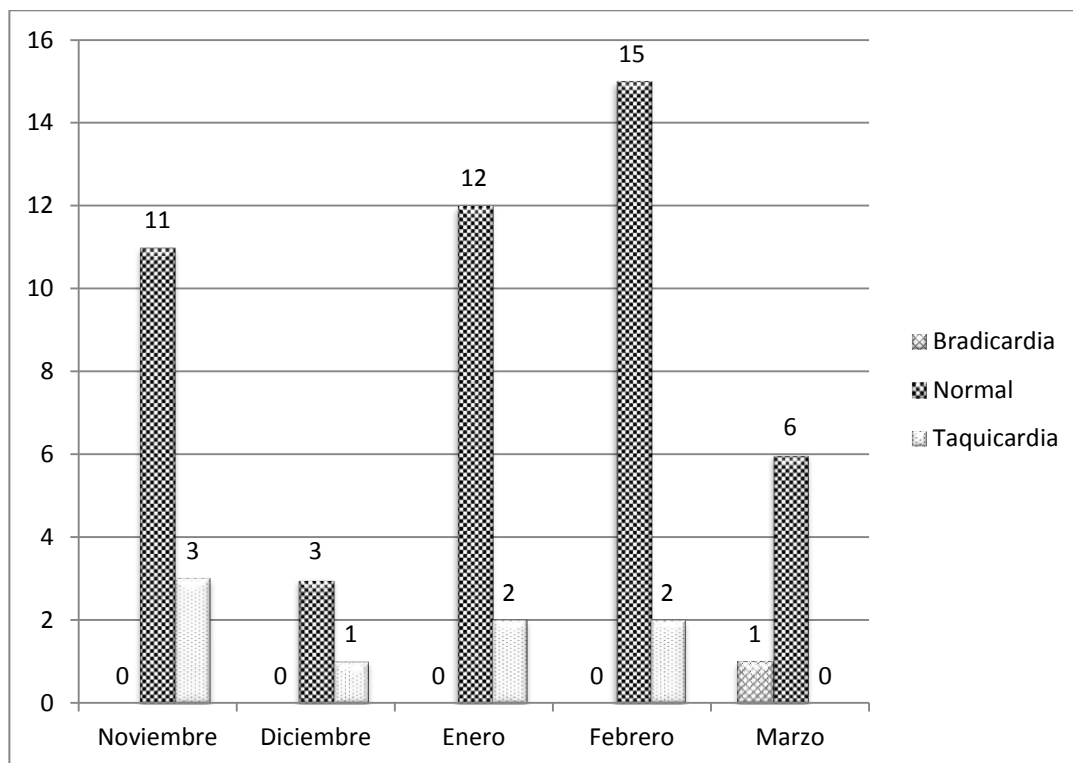
Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=55

A continuación se observan una serie de gráficas que valoraron los signos vitales durante cada sesión del grupo acompañando una nueva vida en el segundo periodo.

La gráfica 13, proporciona la frecuencia cardiaca que reportaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, se obtuvo que el 85.5% (47 mujeres) presentaron frecuencia cardiaca normal, y 14.5 (8 mujeres) taquicardia.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA

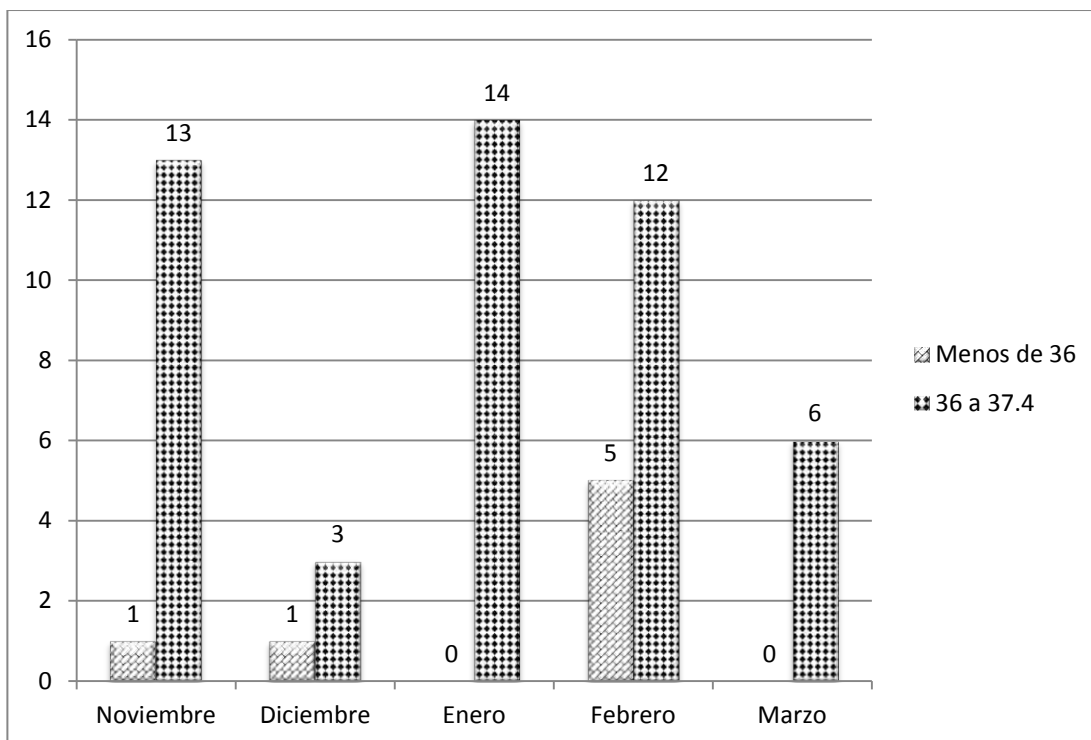


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=55

La gráfica 14, señala la temperatura que reportaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, donde 12.7% (7 mujeres) tuvieron una temperatura menor de 36 °C.

DISTRIBUCIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL

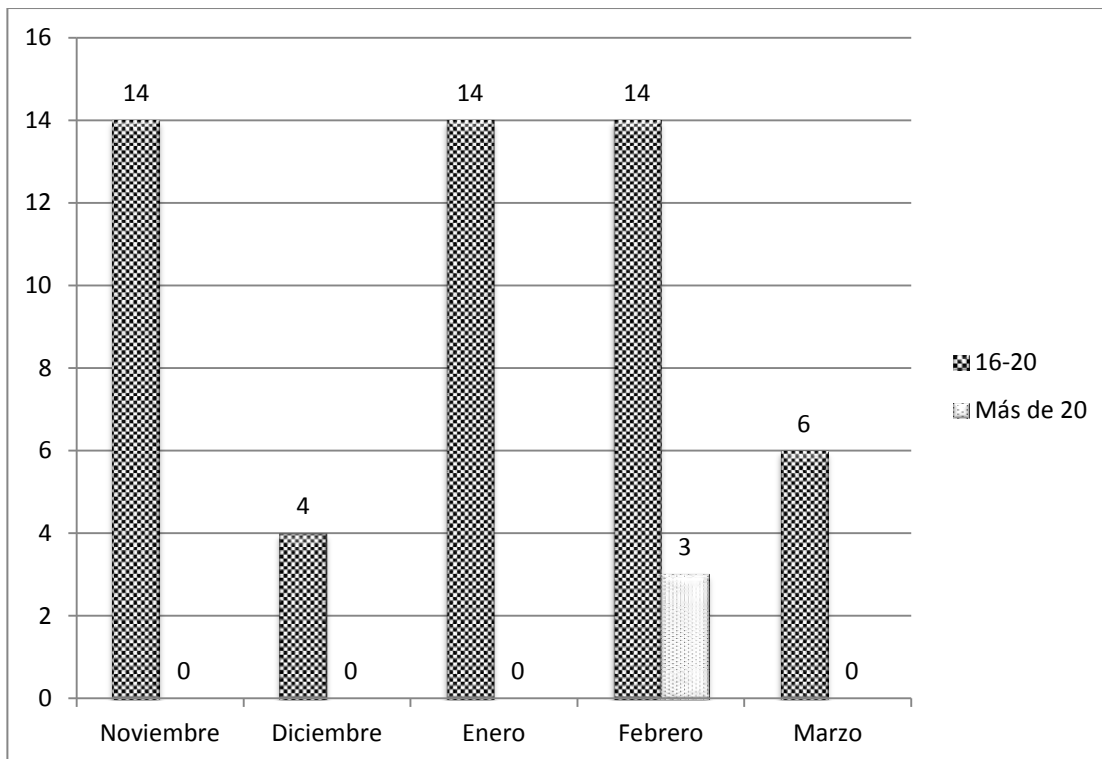


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=55

La gráfica 15, muestra la frecuencia respiratoria que tuvieron las mujeres asistentes al grupo de embarazadas, donde destaca 18-20 respiraciones con un 94.5% (52 mujeres).

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

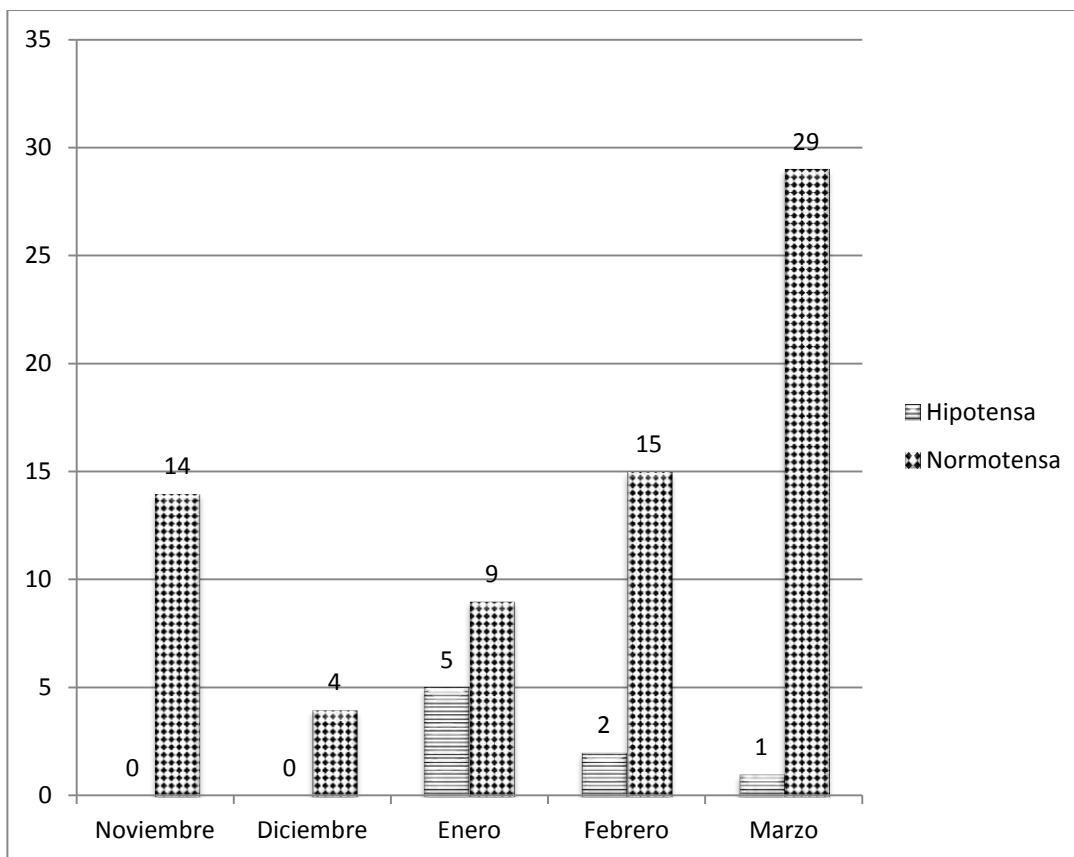


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=55

La gráfica 16, muestra la tensión arterial que obtuvieron las mujeres asistentes al grupo de embarazadas, donde el 14.5% (8 mujeres) presentaron hipotensión arterial.

TENSIÓN ARTERIAL



Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

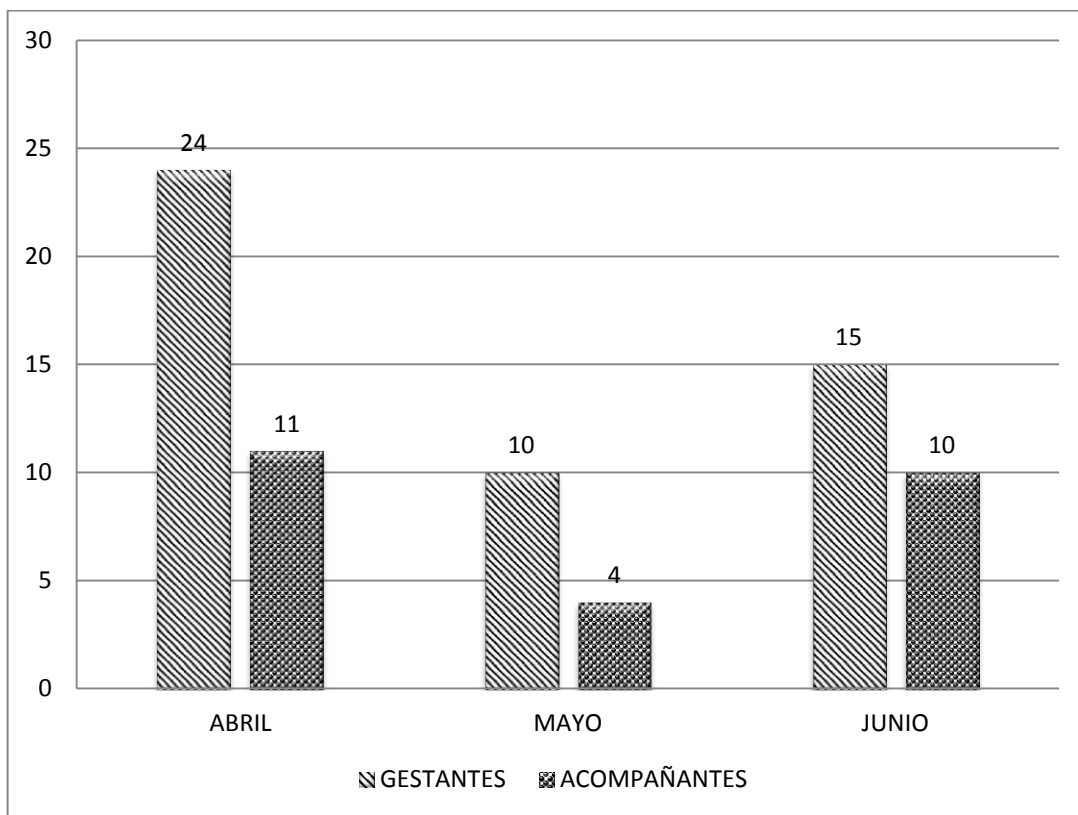
n=55

TERCER PERIODO DE ACOMPAÑANDO UNA NUEVA VIDA

El tercer y último periodo comprende del 3 de Abril al 26 de Junio del 2014 registro una asistencia de entre 6 y 9 gestantes por sesión.

La gráfica 17, señala el número de gestantes y acompañantes que asistieron durante el tercer periodo del curso acompañando una nueva vida. El mes de Abril obtuvo el mayor número de asistentes con el 68.5% y 31.5% (24 embarazadas y 11 acompañantes), en contraste con el mes de Mayo se registró 71.5% y 28.5% (10 embarazadas y 4 acompañantes), asistencia menor tanto de embarazadas y acompañantes.

NÚMERO DE GESTANTES Y ACOMPAÑANTES

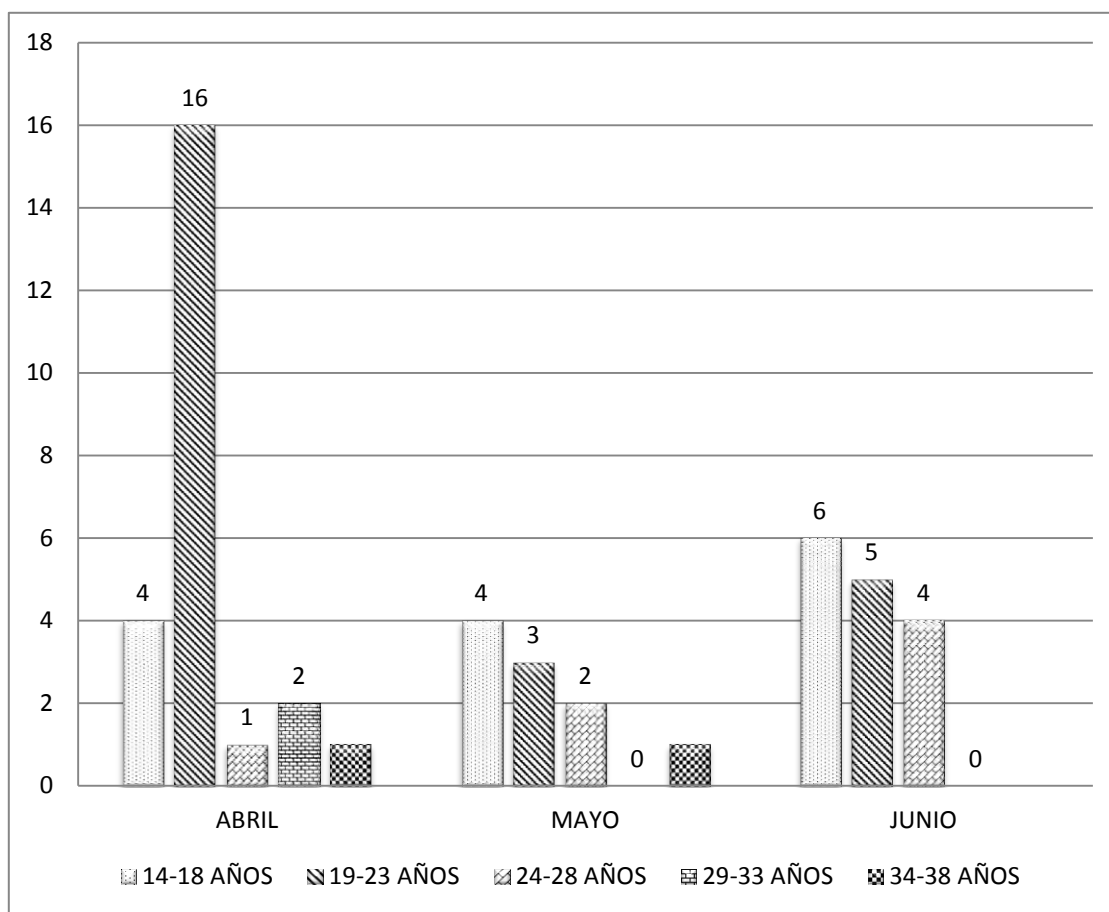


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=74

La gráfica 18, indica las edades de las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas; el grupo de edad que más asistió fue el comprendido entre 19-23 años con un 48.9% (24 personas) el mes de Abril, seguido de 14-18 años con un 28.5% (14 personas).

EDAD DE LAS GESTANTES

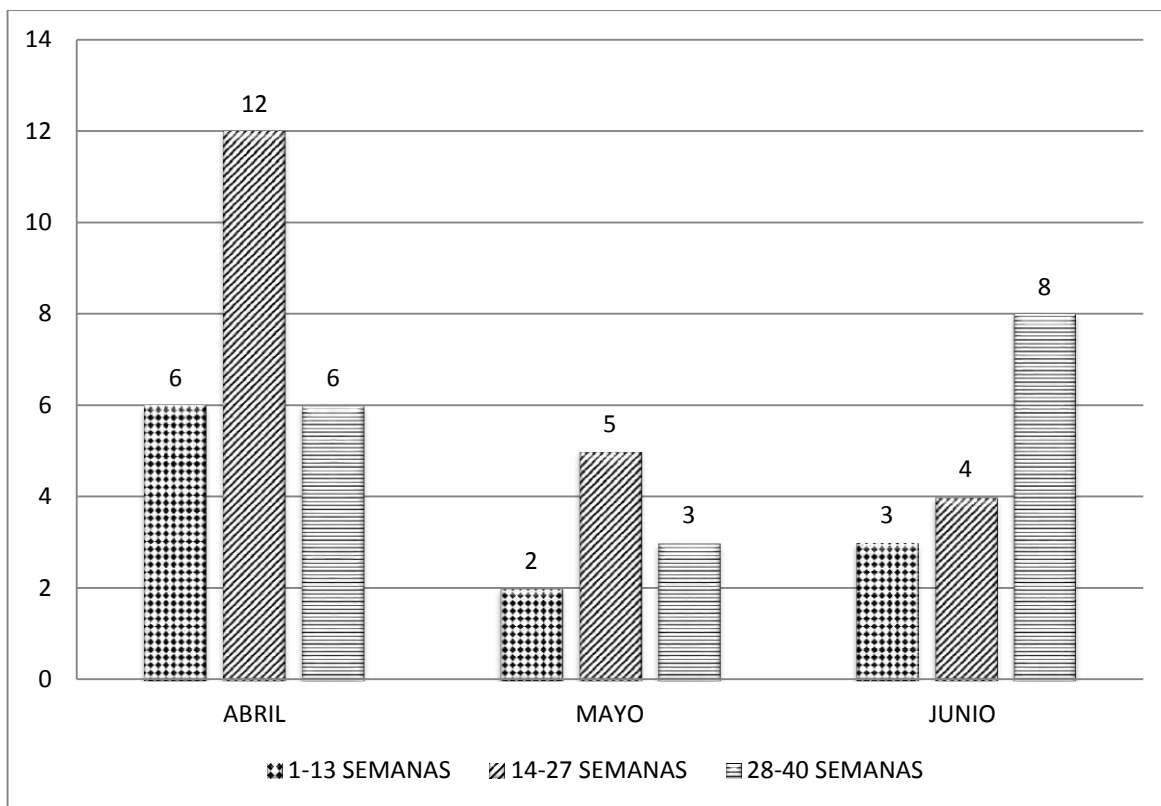


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

La gráfica 19, muestra las SDG de las mujeres que asistieron al curso, como primer lugar lo obtuvo de 14-27 semanas con 42.8% (21 mujeres), destacando el mes de Abril con mayor asistencia.

DISTRIBUCIÓN DE SEMANAS DE GESTACIÓN (SDG)

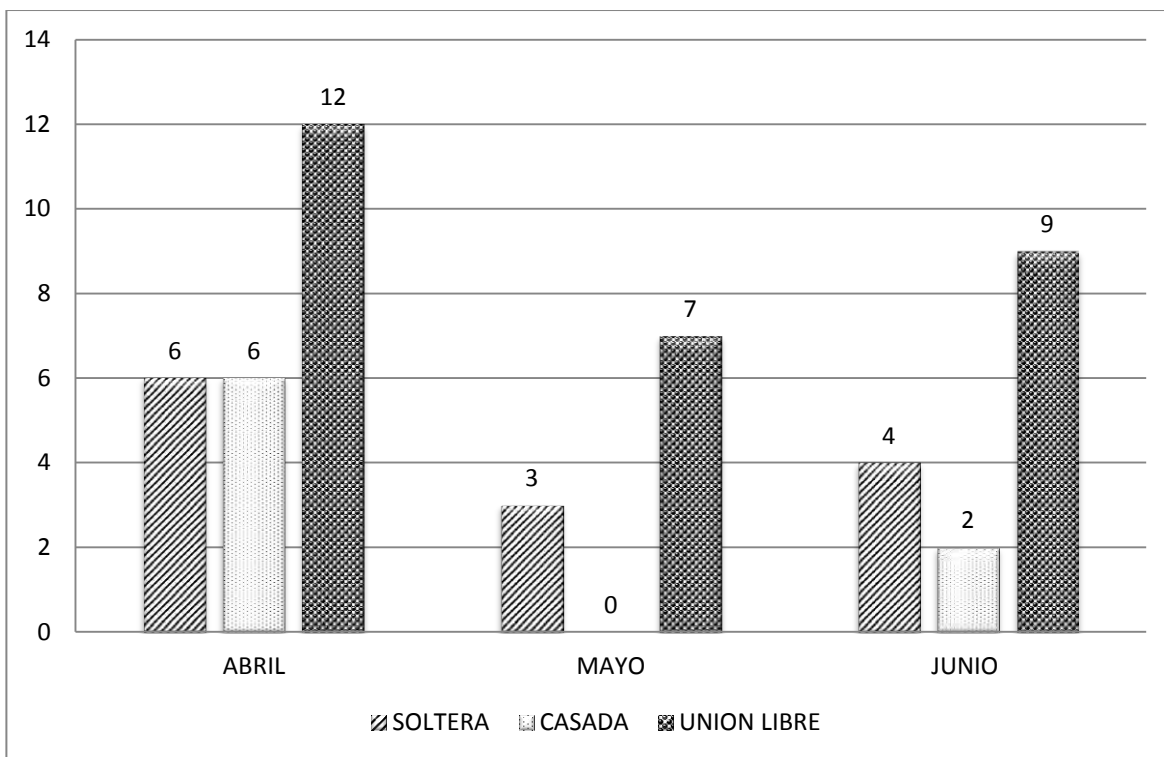


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

La gráfica 20, indica el estado civil que presentaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, como primer lugar lo obtuvo unión libre con 57.1% (28 mujeres).

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES



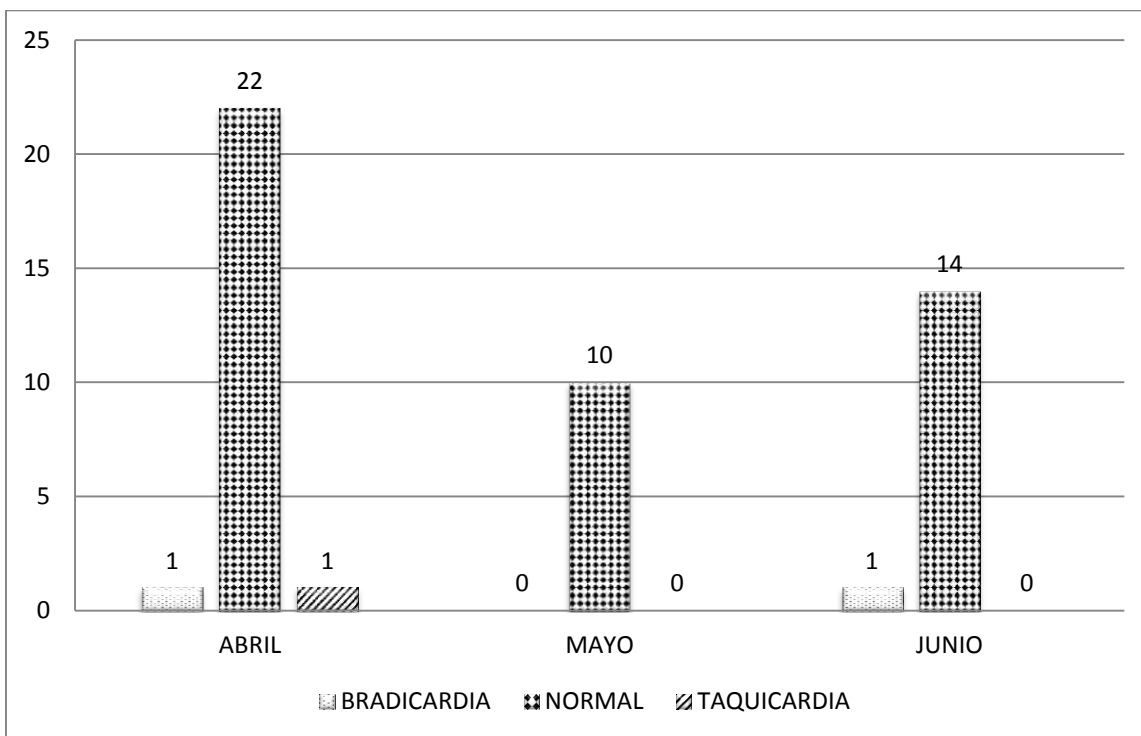
Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

A continuación se observan una serie de gráficas que valoraron los signos vitales durante cada sesión del grupo acompañando una nueva vida en el tercer periodo.

La gráfica 21, muestra la frecuencia cardiaca que reportaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, se obtuvo que el 93.8% (46 mujeres) tuvieron frecuencia cardiaca normal.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA

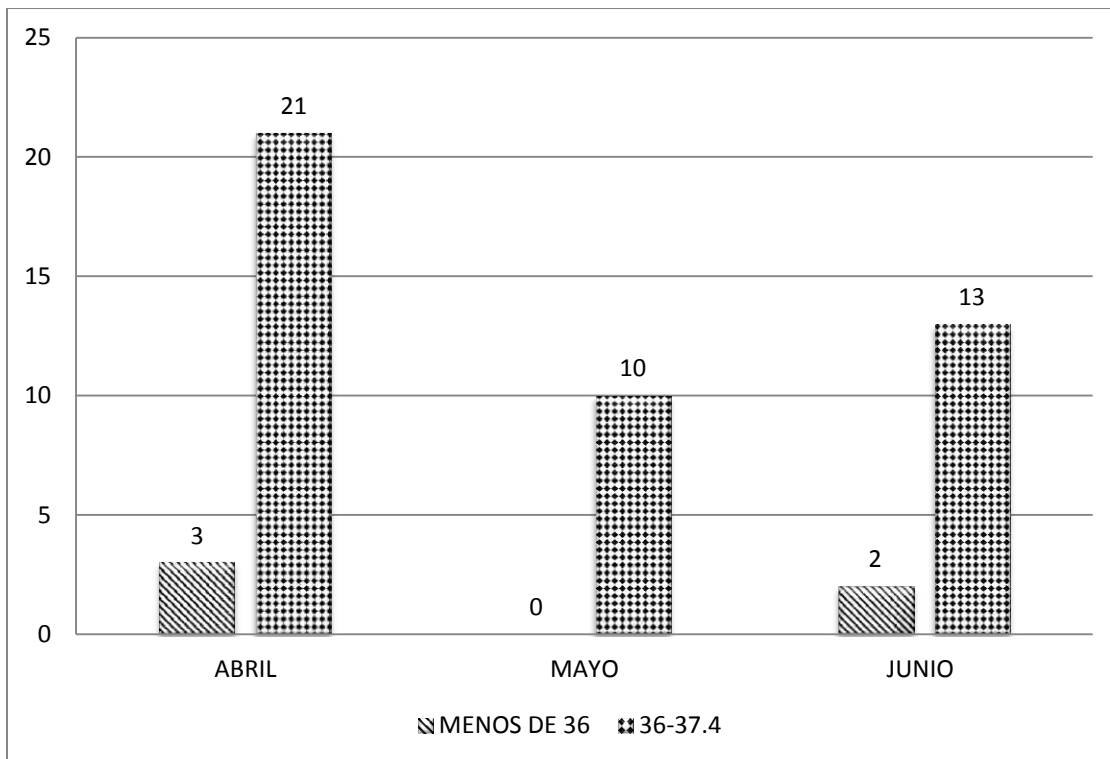


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

La gráfica 22, señala la temperatura que reportaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, el 89.7% (44 mujeres) obtuvieron una temperatura entre 36-37.4°C.

DISTRIBUCIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL

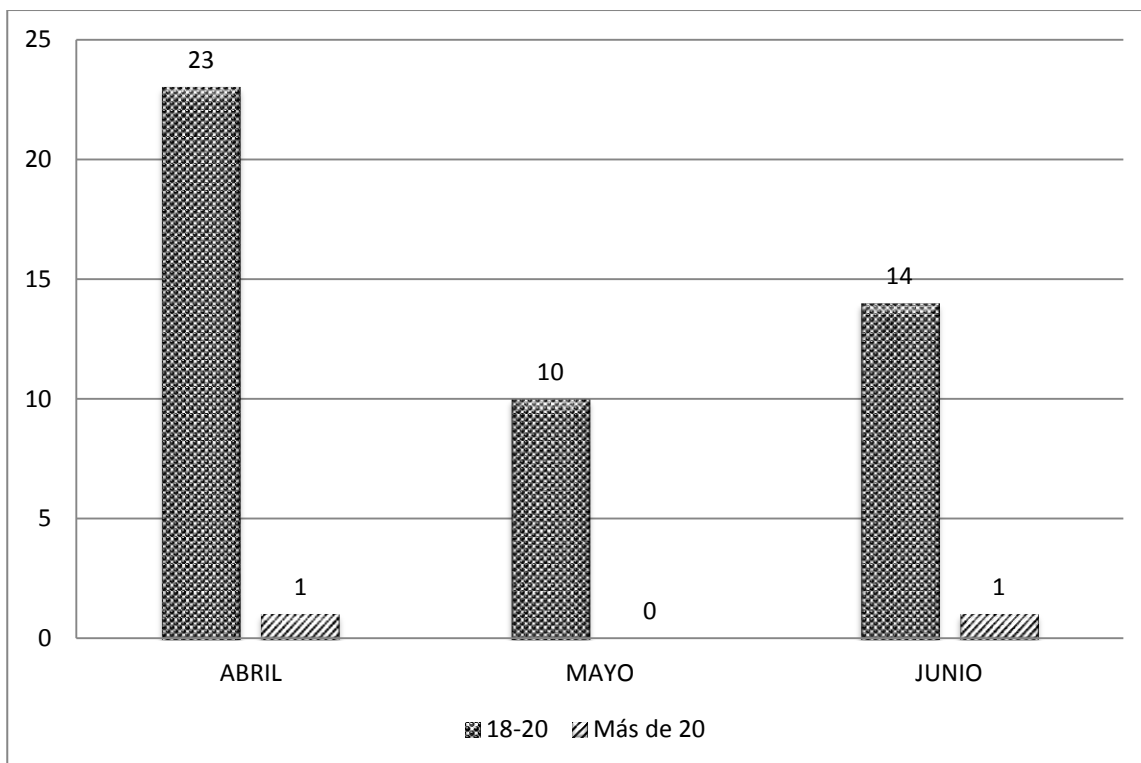


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

La gráfica 23, muestra la frecuencia respiratoria que tuvieron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, fue entre 18-20 respiraciones con un 95.9% (47 mujeres).

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

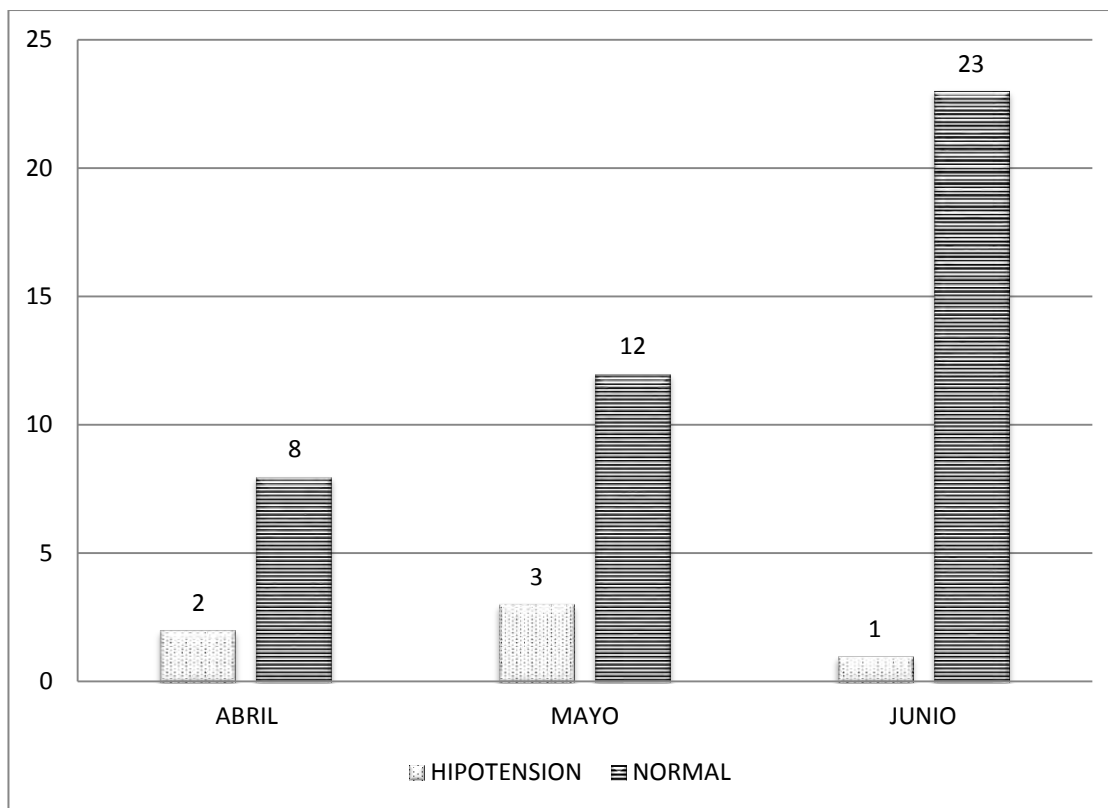


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

La gráfica 24, señala la tensión arterial que obtuvieron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, el 87.7% (43 mujeres) reporto una presión normal.

DISTRIBUCIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL



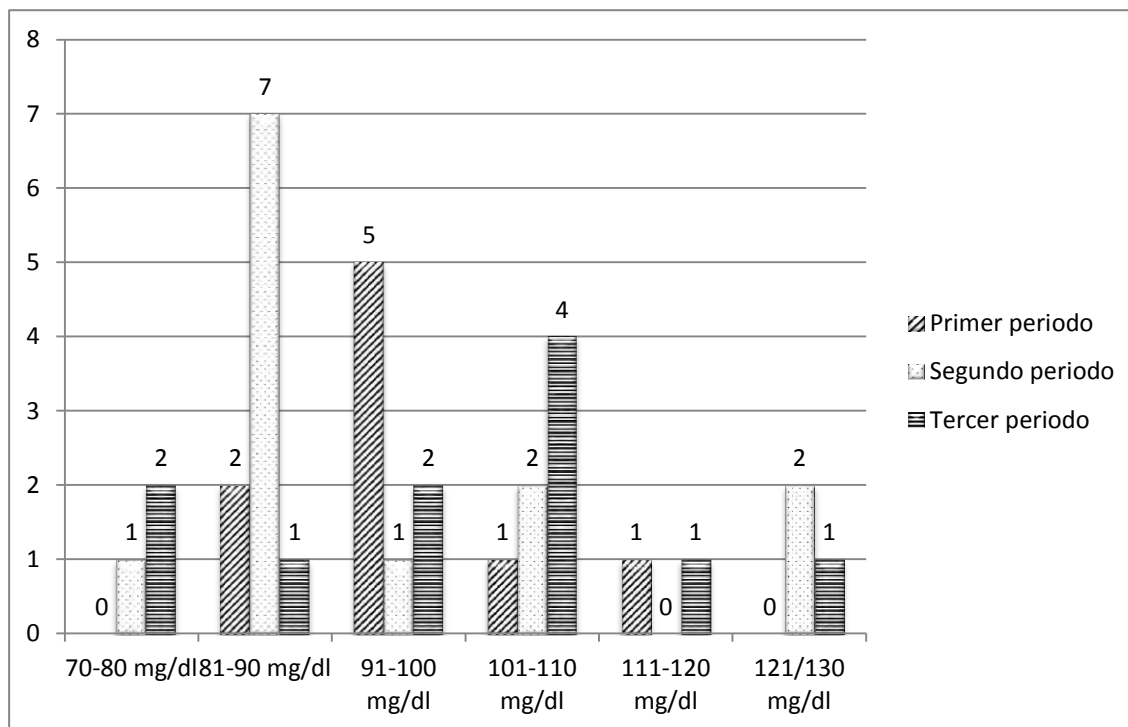
Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

Llevar el control de glicemia capilar es de importancia en el embarazo por las posibles complicaciones que se pueden generar. El día que se impartió la charla sobre Diabetes Gestacional en el grupo de embarazadas se realizó la toma de glicemia capilar; ésta se llevó a cabo en tres ocasiones y únicamente a las gestantes que acudieron a esa sesión, por falta de recursos brindados por la institución para realizarse esta detección a cada una de las gestantes que acudieron regularmente al grupo.

En la gráfica 25, muestran las 3 tomas de glicemia capilar en ayuno durante cada uno de los periodos; se puede destacar que la mayoría de las mujeres gestantes presentaron niveles entre los 81 y 90mg/dL obteniendo un porcentaje del 30.3% (10 mujeres), seguido de 91-100mg/dL con un 24.2% (8 mujeres) y como tercer lugar 101-110mg/dL con un 21.2% (7 mujeres). El total de mujeres a las que se realizó la revisión de glicemia capilar fue de 33 mujeres de un total de 146 gestantes durante los 3 ciclos.

DISTRIBUCIÓN DE GLICEMIA CAPILAR



Fuente: Detección directa

n=33

RESULTADOS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Durante el periodo de Febrero a Mayo de 2014 se inició un grupo de estimulación temprana con los recién nacidos de las mujeres que asistían en el primer periodo al grupo Acompañando una nueva vida. Durante este tiempo se logró la asistencia de 6 niños menores de seis meses (3 niños y 3 niñas). Se registró un niño por grupo de edad (menor de un mes, 1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses y 6 meses) cuando lo ideal es iniciar la estimulación temprana a la semana de su nacimiento. Los niños que asistieron al grupo tuvieron un peso normal al nacer y se mantenían en un peso ideal de acuerdo a la edad.

A través del grupo de estimulación se logró conocer el tipo de parto que tuvieron 6 mujeres, por lo que la siguiente grafica (26), muestra solo un porcentaje del tipo de parto que tuvieron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas durante el primer periodo, destaco que solamente uno de ellos nació por cesárea.



Fuente: Investigación directa

n=6

DISCUSIÓN

Al observar los resultados obtenidos podemos apreciar que más del 50% de las mujeres que asistieron al grupo durante los tres periodos llevaron un acompañante a las charlas, cumpliendo el objetivo de brindar educación a la salud tanto a la mujer embarazada como a su acompañante y a la vez promover el apoyo emocional. Esto en relación a lo que menciona *Rocha, F. (2006)*, la mayoría de las mujeres quieren que sea su pareja quien la acompañe en tan importantes momentos, pero alguna prefiere que sea otra persona quien lo haga.

También se observó que en los tres periodos más del 70% de las gestantes vivían en unión libre o estaban solteras lo que indica poca participación por parte de la pareja. “La pareja, y en su caso la persona que la embarazada elija, tiene un importante papel durante todo el proceso del parto que consiste fundamentalmente en apoyarla creando un clima de tranquilidad, dándole confianza en su capacidad para controlar esta situación, animándola y compartiendo con ella los momentos más difíciles” *Rocha, F. (2006)*.

Igualmente dentro de los resultados se observó que el mayor número de asistentes fueron de 19-23 años y de 14-18 años de edad, es importante mencionar que la gestante con menor edad fue de 14 años y de mayor edad 48 años ambas con embarazos de alto riesgo por la edad que presentaron; según los extremos establecidos por la *Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)*, considera el embarazo de las adolescentes como de alto riesgo debido a las repercusiones sobre la salud de la madre y del producto, además de las consecuencias psicológicas y sociales en su proyecto de vida. Asimismo, por las complicaciones que pueden presentarse, como anemia, eclampsia y partos prematuros, entre otras, con mayor frecuencia si es menor de 15 años.

Las mujeres que acudieron estaban cursando su segundo o tercer trimestre de embarazo, en la mayoría de los casos porque se enteraron tardíamente de su embarazo, o iniciaron su control prenatal tarde, lo cual impidió el poder clasificar tempranamente un embarazo de alto riesgo. Los resultados anteriores coinciden con los señalamientos que refiere *Tezoquipa, I. (2002)*, quien señala que en países en vías de desarrollo el cuidado prenatal se hace en forma tardía y sin la

regularidad necesaria, la mujer comúnmente acude a la primera consulta en el segundo trimestre o inmediatamente antes del parto.

Al respecto la *Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993)*; establece los criterios para el control prenatal se dirigirá a la promoción de comportamientos saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal. El personal de salud promoverá que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo seis consultas prenatales. La primera, preferentemente antes de las 12 semanas de gestación, dos en el segundo trimestre y una cada mes durante el tercer trimestre. Como evidencia de ello las mujeres que asistieron de manera regular al grupo fueron valoradas tomando en cuenta los signos vitales que incluían tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura corporal encontrándose en su mayoría dentro de los rangos establecidos según los resultados obtenidos en las gráficas de los tres periodos.

Cerca de 7 de cada 100 mujeres embarazadas padecen de diabetes gestacional. La diabetes gestacional es más frecuente en: Mujeres con sobrepeso. Mujeres con familiares que han tenido diabetes gestacional. Mujeres con familiares que tienen diabetes tipo 2. *Agency for Healthcare Research and Quality (2010)*, por lo que se realizaron 3 tomas de glicemia capilar durante cada uno de los periodos; a un total de 33 mujeres ninguna de ellas reportó hiperglucemia.

Finalmente, es importante mencionar que los niños que asistieron al grupo de estimulación temprana tuvieron un peso normal al nacer, se mantenían en un peso ideal y presentaron un desarrollo de acuerdo a la edad. El objetivo de la estimulación temprana es identificar tempranamente factores de riesgo y alteraciones en el desarrollo. *Secretaría de Salud (2002)*. Diversas investigaciones en el campo de las ciencias, han demostrado la importancia de la atención temprana en las distintas capacidades del ser humano para lograr un mayor y mejor desenvolvimiento de sus potencialidades desde la niñez.

CAPITULO 5

IMPACTO SOCIAL

El aumento de madres adolescentes ha ido en ascenso cada día. *Noguera, N. (2012)*, enfatiza que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos este afecta negativamente la salud de la madre, del hijo por nacer y del niño, y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad.

Las consecuencias de este incremento de embarazos adolescentes son enormes tanto para sus bebés y para la sociedad en general. Incluso las mismas jóvenes están más propensas a tener diversas complicaciones durante el embarazo. Las madres jóvenes tienen el doble de probabilidades de tener bebés de bajo peso y bebés prematuros, así como de dos a tres veces más probabilidades de tener bebés que mueren durante el primer año y a veces más probabilidades de tener hijos con defectos neurológicos.

La información y la educación a la salud ayudan a prevenir o disminuir muchos de los riesgos que traen estos embarazos prematuros. Un ejemplo de ello es que en su mayoría las usuarias, asistieron a las consultas de seguimiento al Centro de Salud Floresta para control de niño sano, programa de vacunación, y a consulta médica durante el puerperio. De los resultados obtenidos en el grupo de estimulación temprana se observó que las asistentes tuvieron un parto vaginal sin complicaciones, recién nacidos saludables.

Otra evidencia de la relevancia de la presente investigación y el impacto con las gestantes, fue la asistencia a control prenatal, y otros servicios de salud tales como inmunizaciones, consulta dental y de nutrición para llevar un embarazo sin complicaciones. Durante pláticas personalizadas con las gestantes se obtuvo que el 100% de ellas conocían los signos de

alarma durante el embarazo y sabían a dónde acudir en caso de presentar un signo.

También se presentó la oportunidad de dar seguimiento de trabajo de parto en las instituciones de segundo nivel en varias de las gestantes que acudieron al grupo, notándose que éstas se mantuvieron con una actitud de mayor calma y cooperación al momento del parto en comparación con las gestantes que carecieron de la experiencia del grupo.

LIMITACIONES

Durante el desarrollo de la investigación se presentaron algunos inconvenientes entre los que destacan:

- Falta de instalaciones y espacio físico apropiado para implementar las sesiones con el grupo de gestantes en el Centro de Salud Floresta.
- Escasez de material y equipo en el centro de salud para realizar el control de la gestante.
- Falta de cooperación por parte del equipo de salud para el trabajo en equipo (especialmente por parte de la trabajadora social y médico encargado de Calidad del Centro de Salud), así como actitudes no profesionales para dirigirse tanto al grupo de gestantes como hacia las prestadoras de servicio social por parte de la Trabajadora Social del Centro de Salud.
- Ausencia de compromiso por parte del personal de centro de salud (Trabajadora social, enfermeras y médicos) hacia las prestadoras de servicio social de enfermería para respetar los días asignados con el proyecto.
- Dificultad en las gestantes para utilizar un instrumento escrito para evaluación sobre cada uno de los temas impartidos al grupo de gestantes.

REFLEXIONES

Acompañando una nueva vida nos trajo diferentes tipos de experiencias, se pudo conocer mujeres dedicadas al cuidado de su salud y su futuro bebé y, en muy pocos casos, el contraste de mujeres desinteresadas por el cuidado de su salud y con poco conocimiento del cuidado del recién nacido.

Se observó también la necesidad de apoyo emocional de muchas embarazadas, por la falta de una pareja o de un hogar estable, y mujeres que acudían al grupo con su pareja o su madre.

En el transcurso del año encontramos diferentes barreras para realizar nuestro proyecto. Una de ellas fue por el área donde se realizaban las charlas, ya que por algunos meses estuvo funcionando como bodega donde colocaron cajas con productos de limpieza, (bolsas de jabón, escobas y trapeadores), además de dos puertas de cristal las cuales obstaculizaron el paso e hicieron del aula un lugar riesgoso para las mujeres embarazadas.

Como aportación al proyecto se propuso iniciar con un grupo de estimulación temprana para menores de 6 meses, hijos de las mujeres que asistieron al grupo de Acompañando una nueva vida. Al principio tuvimos una buena respuesta con una asistencia de 6 niños, conforme transcurrió el tiempo el grupo se redujo a dos niños que asistieron hasta cumplir los 6 meses que fue una de nuestras metas.

Por otra parte, el año de servicio social logró reforzar conocimientos y aprender de las personas que nos rodearon. Fue agradable ver el resultado y el fruto de las charlas de educación a la salud que se impartieron, la mayoría de las mujeres aprendieron a cuidarse durante el embarazo, se aclararon

dudas y la mayoría de las gestantes tuvieron un embarazo y parto sin complicaciones.

Quizás los objetivos planteados al inicio fueron altos y ambiciosos, pero se tiene la satisfacción de los resultados obtenidos, sobre todo en el primer y segundo periodo del grupo, ya que se pudo conocer a los bebés de las mujeres que asistían al grupo, conocer los detalles del parto y ver el reflejo y aporte que se dio a través de las charlas de educación a la salud en el grupo Acompañando una nueva vida.

RECOMENDACIONES

Después de trabajar con el grupo Acompañando una nueva vida, se observó algunas deficiencias tanto del programa, como del espacio físico. A continuación alguna recomendaciones para mejora del grupo y beneficio de las gestantes:

1. Espacio físico adecuado y exclusivo para el grupo, así como material de apoyo para impartir las charlas.
 - Proyector para facilitar la presentación de los temas.
 - Sillas suficientes.
 - Bocinas para proyección de videos educativos.
2. Proporcionar el equipo y/o material necesario para la detección temprana de síntomas de alarma:
 - Glucómetro exclusivo para el grupo para descartar diabetes gestacional
 - Baumanómetro digital para la detección de preeclamsia.
 - Bacula digital para el control de peso.
3. Participación del equipo de salud multidisciplinario principalmente:
 - Nutriólogos que aborden temas sobre la alimentación durante el embarazo, importancia de la lactancia materna y la ablactación.
 - Psicólogos que apoyen en consejería a las parejas que acuden al grupo, o terapia para las embarazadas solteras sin apoyo de la familia.

CAPITULO 6

CONCLUSIONES

Al inicio de esta investigación se trazaron objetivos que se esperaban lograr durante el año de servicio social, ahora que ha concluido este periodo se puede ver reflejado el esfuerzo y arduo trabajo para cumplir con lo planteado.

Por lo anterior, de acuerdo a los objetivos planteados al inicio de esta investigación se puede concluir que se logró una asistencia del 50% de las gestantes al curso-taller implementado para las mujeres que asistieron a control prenatal en el Centro de Salud Floresta. También, es importante mencionar que el 56% de las gestantes llevaron un acompañante en las sesiones impartidas durante los tres periodos comprendidos. El objetivo principal de la investigación fue estar dirigido a adolescentes en edades de 14-18 años siendo un mínimo porcentaje gestantes adolescentes las que asistieron al grupo.

Igualmente es importante destacar que las metas planteadas fueron cumplidas en un 100% al implementar el curso-taller a lo largo de este año; lograr una buena asistencia tanto de gestantes como acompañantes; se brindó educación para la salud al 100 % en cada uno de los temas impartidos.

Finalmente, se puede concluir que la educación para la salud de la mujer embarazada, es de crucial importancia en el ámbito del primer nivel de atención (Centros de Salud) para la prevención y/o control de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Durante los tres periodos del programa Acompañando una nueva vida, la revisión de signos vitales en las mujeres embarazadas fue uno de las principales actividades para identificar síntomas de alarma, encontrando siempre cifras estables en las mujeres que acudieron al

grupo. Prueba de ello fue que las mujeres que asistieron al grupo Acompañando una nueva vida tuvieron un embarazo sin complicaciones, parto vaginal, puerperio fisiológico y recién nacidos saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agency for Healthcare Research and Quality (2010). Diabetes gestacional. Guía para la mujer embarazada. Consultado en la página: <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/107/510/Diabetes%20Spanish.pdf>. Fecha de consulta: 7 de agosto de 2014.

Alcolea, Silvia (2008). Guía de cuidados en el embarazo: Consejos de su matrona. Barcelona. Consultado en la página: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>. Fecha de consulta: 5 de agosto de 2013.

Cautela, Joseph (2000). Técnicas de relajación. Ediciones roca. Barcelona España. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2014.

Correa, Ana (1997). Puericultura del recién nacido. Consultado en la página: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/PublicacionesMedios/BoletinPrincipioActivo/8_puericultura_del_recien_nacido.pdf. Fecha de consulta: 5 de agosto de 2013.

ENADID (2009). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Consultado en la página: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf. Fecha de consulta: 8 de agosto de 2014.

González, Liliana (2000). Desarrollo Infantil primer año de vida. Argentina. Consultado en la página: <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/Marco-teorico.pdf>. Fecha de consulta: 5 de agosto de 2013.

Henderson, V. (1960). *Basic principles of nursing care*. Geneva: International Council of Nurses. Fecha de consulta: 5 de agosto de 2013.

Hernández, Sampieri Roberto (2010). *Metodología d la investigación*. Quinta edición. McGraw-Hill/ Interamericana. México, D: F. Fecha de consulta: 10 de agosto de 2014.

Hospiten (2014). *Manual de ejercicios durante el embarazo*. Consultado en la página:

http://www.hospiten.com.mx/hospiten/HOSPITEN/published/DEFAULT/manuel_ejercicios_embarazo/artefinal_foll_ej_embarazo.pdf. Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2014.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Consultado en la página: <http://www.inegi.org.mx/>. Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2013.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). *La mujer en Sonora*. Consultado en la página: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/mujeres_en/2010/son/Mujeres_Sonora.pdf. Fecha de consulta: 15 de agosto de 2014.

Noguera, Norma (2012). *Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería*. Colombia. Consultado en la página: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf. Fecha de consulta: 8 de agosto de 2013.

NOM-007-SSA2-1993, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*. Consultado en la página: http://salud.edomexico.gob.mx/html/transparencia/informacion/leyesreglamentos/reglamento/norma_007_SSA2_1993.pdf. Fecha de consulta: 5 de agosto de 2013.

Organización Mundial de la Salud (2012). Consultado en la página:
<http://www.who.int/es/>. Fecha de consulta: 31 de julio de 2013.

Perea, Rogelia (2009). Promoción y Educación para la Salud. Tendencias
Innovadoras. Fecha de consulta: 10 de agosto de 2014.

Pérez, María (1996). La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo
familiar. Consultado en la página:
www.sarda.org.ar/content/download/471/2544/file/102-106.pdf. Fecha de
consulta: 11 de noviembre de 2013.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud
(1987). Consultado en la
página:[http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE
_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf). Fecha de consulta: 25 de agosto de 2014.

Rocha, Francisco (2006). Embarazo, Parto y Puerperio. 2° Edición. Consejería de
salud. Consultado en la página:
[http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/galerias/documentos/c_3
_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_pu
erperio.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf). Fecha de consulta: 12 de septiembre de 2014.

Sánchez, Ángela (2005). Embarazo en adolescentes. Caso del hospital obstétrico
Pachuca. Consultado en la
página:[http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/231104/608/
1/Embarazo%20en%20las%20adolescentes.pdf](http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/231104/608/1/Embarazo%20en%20las%20adolescentes.pdf). Fecha de consulta: 1 de
agosto de 2013.

Secretaria de Salud (2011) Manual del paquete garantizado de servicios de
promoción y prevención para una mejor salud. México. Consultado en la
página:
[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/Manual_Salu
d_ok.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/Manual_Salud_ok.pdf). Fecha de consulta: 22 de agosto de 2014.

SEGO (2007). Técnicas de respiración y relajación. Manual obstetricia. Consultado en la página: <http://xa.yimg.com/kq/groups/27500701/657208347/name/Cris.pdf>. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013.

Tezoquipa, Isabel (2002). Información científica para el cuidado en Enfermería. Cuidados prenatales. Consultado en la página: http://www.emujeres.gob.mx/images/stories/Liferay/eMujeres/salud/PDF/cuidados_prenatales.pdf. Fecha de consulta: 30 de julio de 2013.

Unicef (2002). Ejercicios de estimulación temprana. Consultado en la página: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/ejercicioestimulaciontemprana.pdf>. Fecha de consulta: 3 de febrero de 2014.

ANEXOS

ANEXO 1

CALENDARIZACIÓN

AGOSTO	<p>Inducción al centro de salud y sus actividades, presentación con el personal del centro de salud.</p> <p>Iniciación con el grupo “Acompañando una vida”.</p> <p>Temática del mes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Embarazo(vacunas)(sexualidad durante el embarazo)• Alimentación en el embarazo y lactancia materna (ácido fólico).• Diabetes gestacional y preeclampsia
SEPTIEMBRE	<p>Rotación por el servicio de inmunización.</p> <p>Promoción del grupo “Acompañando una vida”.</p> <p>Introducción de técnicas de relajación al grupo-taller.</p> <p>Temática del mes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Parto.• Puerperio y depresión posparto• Lactancia materna
OCTUBRE	<p>Rotación en el servicio de Papanicolaou.</p> <p>Temática del grupo taller:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ablactación• Cuidados del recién nacido en el hogar y prevención de muerte de cuna (programa “yo quiero, yo puedo: darte pecho, jugar contigo y evitar la muerte de cuna”).(tamiz neonatal y vacunas)• Estimulación temprana el niño de 4 a 6 meses
NOVIEMBRE	<p>Evaluación sobre el cumplimiento de las metas y objetivos del proyecto, utilizando las estrategias planteadas.</p> <p>Temática del grupo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Planificación familiar• Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias

	Agudas (EDAS E IRAS).
DICIEMBRE	Evaluación del grupo “Acompañando una vida. Temática del grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Convivio navideño
ENERO	Iniciación de grupo de: estimulación temprana. Temática de grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo(vacunas)(sexualidad durante el embarazo) • Alimentación en el embarazo y lactancia materna (ácido fólico). • Diabetes gestacional y preeclampsia
FEBRERO	Rotación en el servicio de Inmunización. Temática del grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Parto • Puerperio y depresión posparto • Lactancia materna • Ablactación
MARZO	Rotación por el servicio de Papanicolaou. Temática del grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del recién nacido en el hogar y prevención de muerte de cuna (programa “yo quiero, yo puedo: darte pecho, jugar contigo y evitar la muerte de cuna”).(tamiz neonatal y vacunas) • Estimulación temprana el niño de 4 a 6 meses
ABRIL	Temática del grupo “Acompañando una vida”: <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones respiratorias agudas • Enfermedades diarreicas agudas • Violencia intrafamiliar
MAYO	Temática del grupo: Inicio del tercer periodo del grupo “Acompañando una vida”: <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo(vacunas)(sexualidad durante el embarazo) • Alimentación en el embarazo y lactancia materna (ácido fólico). • Diabetes gestacional y preeclampsia

JUNIO	Temática del grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Parto • Puerperio y depresión posparto • Lactancia materna Terminar la elaboración escrita del proyecto.
JULIO	Temática del grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del recién nacido en el hogar y prevención de muerte de cuna (programa “yo quiero, yo puedo: darte pecho, jugar contigo y evitar la muerte de cuna”).(tamiz neonatal y vacunas) • Estimulación temprana Despedida del grupo.

Nota: La temática del grupo-taller estuvo sujeta a cambios influidos por factores como la necesidad de cada sesión o actividad programada; los resultados obtenidos en los cuestionamientos directos a las gestantes y acompañantes respecto a los temas impartidos, periodos vacacionales, días festivos, tiempo y espacio proporcionado por parte del Centro de Salud Floresta.

ANEXO 2

LISTAS DE ASISTENCIA GESTANTES

ASISTENCIA DEL PRIMER PERIODO

	NOMBRE	ago-07	ago-14	ago-21	ago-28	sep-04	sep-11	sep-18	sep-25	oct-02	oct-09	oct-16	oct-23	oct-30	nov-06	nov-13
1	AC	X		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	ASS															X
3	AIY	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
4	AIGB	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	
5	AMB						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	ALV	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	AGO	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X
8	BA		X			X	X					X				
9	BLAR		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	BZ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
11	CNA	X	X	X	X	X	X	X	X		X				X	X
12	DAAM	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X
13	ENL	X	X	X	X	X				X	X	X		X		X
14	FL	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	GAVZ				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	GSI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
17	GR	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	IMC	X	X	X	X	X	X		X			X				X
19	JG	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	JEE	X	X						X			X	X		X	X
21	KGP		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22	KAVC	X	X	X	X	X			X	X					X	
23	LLP			X	X		X			X	X	X	X	X	X	X
24	LACF				X								X		X	X
25	MCG		X									X		X	X	X
26	MCN	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
27	MDCC	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
28	MFSE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X

29	MGGR	X	X	X	X	X	X					X		X		
30	MGR	X	X	X	X	X	X	X				X			X	
31	MCFM	X	X	X	X	X	X	X				X		X	X	X
32	MDQ	X	X	X	X	X	X	X			X	X		X	X	X
33	MSH	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
34	PPHG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
35	PEOM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
36	REO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
37	RFV	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
38	SDL	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X
39	SIGO	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X
40	SCF	X	X	X	X	X	X			X	X		X	X		X
41	SDG	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X
42	VR	X	X	X	X	X						X	X	X	X	X
ASISTENCIA TOTAL		9P	8P	7P	8P	9P	9P	12P	17P	16 P	14 P	6P	15 P	12 P	9P	9P

ASISTENCIA DEL SEGUNDO PERIODO

	NOMBRE	nov-20	nov-27	dic-04	dic-11	ene-08	ene-15	ene-22	ene-29	feb-05	feb-12	feb-20	feb-27	mar-13	mar-20	mar-27
1	AIY		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	AIGB	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	BRC	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	BA		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	DLC	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	DRGS	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	ENL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	FRA	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	GSI	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	GPPG	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X
11	GRN	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	IMC			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	LEV	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	MDCC	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X

15	MJCM	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	MDCC		X			X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
17	MFSE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	MGGR		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	MIMA	X	X	X				X	X	X			X	X	X	X
20	MDQ		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21	MLO	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22	REOR		X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X
23	RFV		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	RAB	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
25	SCF	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
26	VLG	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
27	YAG			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
28	ZBRC	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
29	ACC	X	X	X	X	X	X					X	X	X		X
30	VLR	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
31	IZA	X	X	X	X	X	X		X	X			X	X	X	X
32	KPSE	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X
33	EMMP	X	X	X	X	X	X	X			X		X	X	X	X
34	MGC	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X
35	RIPS	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X
36	MV	X	X	X	X	X	X	X	X						X	X
37	LC	X	X	X	X	X	X	X	X							
38	JLML	X	X	X	X	X	X	X	X							
39	AL	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
40	SM	X	X	X	X	X	X	X	X	X						X
41	APL	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
42	MAH	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
43	GS	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
44	EV	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
45	BMA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
46	CDM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X
47	CLI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X

48	ECY	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
49	JOR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
50	KL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
51	BBR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
52	MAV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
53	NACL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
54	MGV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
55	DRR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ASISTENCIA TOTAL		10P	7P	7P	8P	6P	9P	4P	4P	4P	10P	11P	12P	11P	9P	9P

ASISTENCIA DEL TERCER PERIODO

	NOMBRE	abr-03	abr-10	abr-24	may-08	may-15	may-22	may-29	jun-12	jun-19	jun-26
1	COS				X	X	X	X	X	X	X
2	PERD		X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	KML		X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	EMVG			X	X	X	X	X	X	X	X
5	YCE			X	X	X	X	X	X	X	X
6	ZGF			X	X	X	X	X	X	X	X
7	RSG			X		X	X	X	X	X	X
8	ARB			X		X	X	X	X	X	X
9	JAS		X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	CGO			X	X		X	X	X	X	X
11	JLML				X	X	X	X	X	X	X
12	SM		X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	APL			X	X	X	X	X	X	X	X
14	CDM			X	X	X	X	X	X	X	X
15	DRR	X			X	X	X	X	X	X	X
16	LC	X					X	X			X
17	ECY	X			X	X	X	X	X	X	X
18	LTM	X		X	X	X	X	X	X	X	X
19	MVCM	X	X			X	X	X	X	X	X
20	YLS	X	X	X		X	X	X	X	X	
21	AMV	X	X	X	X		X	X		X	
22	JVS	X	X	X	X			X	X	X	X
23	AAT	X	X		X	X	X	X		X	X
24	MHCG	X	X	X	X	X		X	X	X	
25	GGLF	X	X	X	X	X		X	X	X	X

26	GLM				X	X			X	X	X
27	CBC	X					X		X	X	X
28	MAV	X			X	X	X		X	X	X
29	AOS	X					X		X	X	X
30	DAL	X	X	X			X		X	X	X
31	YBC	X	X	X	X	X			X	X	X
32	LIT	X	X	X	X	X			X	X	X
33	AZ	X	X	X	X	X	X		X	X	X
34	IZA	X	X	X	X	X	X		X	X	X
35	AZB	X	X	X	X	X	X	X			
36	CDM	X	X	X	X	X	X	X	X		
37	YGPM	X	X	X	X	X	X	X			X
38	MGRM	X	X	X	X	X	X	X	X		X
39	GPG	X	X	X	X	X	X	X	X		X
40	MBR	X	X	X	X	X	X	X	X		X
41	SBV	X	X	X	X	X	X	X		X	X
42	SSMM	X	X	X	X	X	X	X		X	X
43	NLLP	X	X	X	X	X	X	X		X	X
44	MLLR	X	X	X	X	X	X	X		X	X
45	LITM	X	X	X	X	X	X	X		X	X
46	EBO	X	X	X	X	X	X	X		X	X
47	BRM	X	X	X	X	X		X	X	X	
48	DMN	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
49	XMB	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ASISTENCIA TOTAL		15P	18P	11P	8P	7P	6P	9P	11P	8P	8P

PRESENTE	
FALTA	X

ANEXO 3

ESTIMULACION TEMPRANA

LISTA DE ASISTENCIA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

	NOMBRE	Febrero 20	Febrero 27	Marzo 13	Marzo 20	Abril 03	Abril 10	Abril 24	Mayo 08	Mayo 15	Mayo 22
1	INRG				X	X	X	X	X	X	X
2	OVG						X		X		
3	YTES										
4	LDBB		X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	IAL	X		X	X	X	X	X	X	X	X
6	MVO	X	X	X	X		X	X	X	X	X
	TOTAL	4P	3P	3P	2P	3P	1P	2P	1P	2P	2P

BASE DE DATOS ESTIMULACIÓN TEMPRANA

13 DE MARZO DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	INRG	02 de febrero del 2013	1 mes	Privada del real norte 108 col privada del real	3010 kg	48 cm	3870 kg	53 cm	Normal
2	OVG	05 de enero del 2013	2 meses	Villa Santa Gabriela col. Villa mercedes	3780 kg	50 cm	5510 kg	55 cm	Normal
3	YTES	28 de noviembre del 2013	3 meses 1 semana	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	6440 kg	63 cm	Normal

20 DE MARZO DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	OVG	05 de enero del 2013	2 meses 1 semana	Villa Santa Gabriela col. Villa mercedes	3780 kg	50 cm	5650 kg	56 cm	Normal
2	YTES	28 de noviembre del 2013	3 meses 2 semanas	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	6600 kg	65 cm	Normal

3 DE ABRIL DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	OVG	05 de enero del 2013	2 meses 2 semanas	Villa Santa Gabriela col. Villa mercedes	3780 kg	50 cm	5780 kg	57 cm	Normal
2	MVO	03 de noviembre del 2013	5 meses	Aguilar #28 col California Residencial	3200 kg	50 cm	6590 kg	61 cm	Normal

3	YTES	28 de noviembre del 2013	3 meses 3 semanas	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	6840 kg	66 cm	Normal
---	------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------	-------	---------	-------	--------

10 DE ABRIL DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	YTES	28 de noviembre del 2013	4 meses	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	6850 kg	67 cm	Normal

24 DE ABRIL DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	YTES	28 de noviembre del 2013	4 meses 2 Semanas	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	7150 kg	62 cm	Normal
2	OVG	05 de enero del 2013	3 meses	Villa Santa Gabriela col. Villa mercedes	3780 kg	50 cm	6310 kg	58 cm	Normal

08 DE MAYO DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	YTES	28 de noviembre del 2013	4 meses 3 Semanas	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	7530 kg	64 cm	Normal

15 DE MAYO DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	YTES	28 de noviembre del 2013	5 meses	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	7440 kg	65 cm	Normal
2	OVG	05 de enero del 2013	3 meses 2 semanas	Villa Santa Gabriela col. Villa mercedes	3780 kg	50 cm	6420 kg	63 cm	Normal

22 DE MAYO DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	YTES	28 de noviembre del 2013	5 meses 1 semana	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	7540 kg	68 cm	Normal
2	OVG	05 de enero del 2013	3 meses 3 semanas	Villa Santa Gabriela col. Villa mercedes	3780 kg	50 cm	6650 kg	65 cm	Normal