



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ATENCION DE LAS PACIENTES GESTANTES CON DISCAPACIDAD POR PARTE DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN "JOSE VICENTE VILLADA" DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTAN CASTILLO RAMOS JUANA LOPEZ MARIA ROSA ORTEGA GOMEZ GEORGINA

R. Gomez

DIRECTOR DE TESIS
PMASE. RAUL RUTILLO GOMEZ LOPEZ



MEXICO, D. F.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

OCTUBRE 2004

TESIS CON FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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



ATENCION DE LAS PACIENTES GESTANTES CON DISCAPACIDAD POR
PARTE DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN EL
HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN "JOSE VICENTE VILLADA " DEL
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

CASTILLO RAMOS JUANA.
LOPEZ MARIA ROSA
ORTEGA GOMEZ GEORGINA.

DIRECTOR DE TESIS

PMASE. RAUL RUTILO GOMEZ LOPEZ.

MÉXICO DF.

OCTUBRE 2004.

AUTORIZACION DE TERMINADO DE TESIS
Vo. Bo.



PMASE Raúl Rutilo Gómez López.

Profesor Titular de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Universidad Nacional Autónoma de México

NO HAY IMPRESO DE SOLICITUD.

No hay impreso de solicitud.
Para ser discapacitada.
Si lo hubiera,
No me imagino rellenando uno.

Es difícil vivir en este mundo.
Algunos me miran
Como si fuera una criatura inútil,
Pero ellos no saben.

No saben...
Que son ellos quienes están perdidos,
Que hago cosas que no pueden hacer.

En las calles.
Les llamo la atención.
Se me quedan mirando.

Como si hubiera caído del cielo,
Unos con rostro compasivos,
Otros con los ojos de la ignorancia.

Si ves a una persona discapacitada no te burles , pues.
Podría sucederte a Ti
Porque no hay impreso de solicitud.

Si lo hubiera
No me imagino rellenando una.

Nomathemba Mkandia, Zimbabwe.

AGRADECIMIENTO.

Gracias a Dios por permitirme vivir esta etapa de mi vida ya que si no hubiera alcanzado mis objetivos primordiales.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por brindarme la oportunidad y el apoyo de poder culminar una carrera profesional para mi futuro.

Al Profesor Raúl Rutilo Gómez López porque gracias a su conocimiento, apoyo, paciencia y comprensión pudimos lograr la culminación de esta tesis, ya que sin su ayuda no podríamos haberlo logrado en tan poco tiempo.

Y a mis compañeras de tesis María Rosa y Georgina porque gracias a sus conocimientos, empeño, dedicación, paciencia, entusiasmo, cariño y amistad alcanzamos al fin la meta trazada.

DEDICATORIA.

A mis padres por todos los esfuerzos, desvelos, preocupaciones y sacrificios que pasaron para poderme brindar una carrera profesional y hoy quiero que sepan más que nada que mi principal motivación a lo largo de todo este tiempo, han sido ustedes que confiaron en mi y me alentaron a seguir adelante. Muchas gracias por su apoyo y por ser unos padres maravillosos.

A mis hermanos Patricia, Roberto, Ma. Luisa y Arturo ya que sin su amor, cariño, paciencia y confianza me apoyaron para lograr que este sueño se cumpliera en realidad.

A mis abuelitos y tíos por motivarme y decirme que siguiera adelante y no dejarme vencer a pesar de todos los obstáculos que tuviera durante el transcurso de la carrera y demostrarles a los demás que si se puede hacer cualquier cosa que te propongas.

CASTILLO RAMOS JUANA.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco profundamente a Dios,
Por permitirme estar con vida
Y poder disfrutar estos momentos
Maravillosos con las personas que

Siempre me han apoyado:

A mí Madre.

A la Familia Prieto de Alba.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.
A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
Al Profesor/Asesor el Lic. Raúl Rutilo Gómez López.
A mis Compañeras Juanita, Gina y Paloma.

DEDICATORIA.

A mi Madre, por su paciencia,
Dedicación y trabajo.

A la Familia Prieto de Alba,
Por su apoyo, y colaboración
A la culminación de está
Etapa en mi vida.

LOPEZ MARIA ROSA.

AGRADECIMIENTO.

Quiero hacer patente mi reconocimiento y agradecer a todas aquellas personas que dieron parte de su amor, tiempo, paciencia y sabiduría.

Debo agradecer en primer lugar a Dios por permitirme estar con vida y poder disfrutar de un sueño hecho realidad.

A mis padres y hermanos a quienes amo profundamente y de quienes siempre recibo aliento y apoyo incondicional.

A mis Abuelitas y tíos con todo mi amor, por estar siempre a mi lado con su cariño, paciencia y comprensión.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por la oportunidad de formarme como profesional.

Al profesor y asesor Raúl Rutilo Gómez López por ser uno de los pilares importantes en la culminación de mi carrera, gracias por su paciencia, tiempo y dedicación.

A mis compañeros de carrera y de tesis por su cariño y amistad. Gracias Paloma, Rosa y Juanita.

DEDICATORIA.

A mis padres que aun sabiendo que jamás existiría una forma de compensar una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constante por culminar mis estudios, a ellos quienes siempre me dan un aliento, y la seguridad de su inquebrantable amistad y apoyo.

Gracias por estar a mi lado incondicionalmente y sobre todo por ser la más grande motivación en mi vida,
Este es el fruto y es para ustedes. Gracias.

ORTEGA GOMEZ GEORGINA.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	
1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.	
1.1 Planteamiento del Problema.	1
2. JUSTIFICACIÓN.	2
3. OBJETIVOS.	
3.1 Objetivo General.	3
3.2 Objetivos Específicos.	3
4. HIPOTESIS.	4
5. MARCO TEORICO.	
5.1 PROBLEMÁTICA SEXUAL Y REPRODUCTIVA ACTUAL EN MÉXICO.	5
5.1.1 Promoción de la Salud.	5
5.1.2 Derechos Constitucionales.	5
5.1.3 Derechos Sexuales y Reproductivos.	6
5.1.4 Derechos Sexuales de las Personas con Discapacidad.	7
5.1.5 Derechos de la Mujer.	8
5.1.6 Promoción de la Salud de la Mujer.	11
5.1.7 Salud Reproductiva.	12
5.1.8 Planificación Familiar.	15
5.1.9 Salud de la Mujer.	16
5.1.10 Salud Perinatal.	16
5.2 EMBARAZO.	17
5.2.1 Cambios Anatomo Funcionales Durante el Embarazo.	17
5.2.2 Sistema Nervioso Central.	17
5.2.3 Sistema Músculo esquelético.	18
5.2.4 Sistema Respiratorio.	19
5.2.5 Sistema Cardiovascular.	20
5.2.6 Sistema Gastrointestinal.	21
5.2.7 Sistema Tegumentario.	22
5.2.8 Sistema Endocrino.	23
5.2.9 Sistema Urinario.	23
5.2.10 Órganos de los Sentidos.	24
5.2.11 Cambios Metabólicos.	25
5.2.12 Cambios Emocionales.	26
5.2.13 Aparato Reproductor Femenino.	26

5.3	DISCAPACIDAD.	29
5.3.1	Derechos Legales de los Discapacitados.	31
5.3.2	Discapacidad en México.	33
5.3.3	Mujeres con Discapacidad.	34
5.3.4	Malformaciones Congenitas.	35
5.3.4.1	Agentes Externos.	35
5.3.4.2	Diagnostico y Detección.	36
5.3.5	Agentes Teratogenos Humanos.	37
5.3.5.1	Condiciones Maternas.	39
5.3.5.1.1	Diabetes Mellitus.	39
5.3.5.1.2	Enfermedad Tiroidea.	40
5.3.5.1.3	Fenilcetonuria.	40
5.3.5.1.4	Lupus Eritematoso Sistémico.	41
5.3.5.1.5	Miastenia Grave.	42
5.3.5.1.6	Tumores Virilizantes.	42
5.3.5.2	Drogas de Recreo.	42
5.3.5.2.1	Alcohol.	42
5.3.5.2.2	Cocaína.	43
5.3.5.2.3	Narcóticos.	44
5.3.5.2.4	Tabaco.	44
5.3.5.3	Exposiciones Ambientales.	44
5.3.5.3.1	Hipertermia.	44
5.3.5.3.2	Mercurio Metílico.	45
5.3.5.3.3	Plomo.	45
5.3.5.3.4	Radiación.	45
5.3.5.4	Infecciones Maternas.	46
5.3.5.4.1	Citomegalovirus.	46
5.3.5.4.2	Rubéola.	46
5.3.5.4.3	Sífilis.	47
5.3.5.4.4	Toxoplasmosis.	47
5.3.5.4.5	Varicela.	48
5.3.5.4.6	Virus del Herpes Simple Tipo I y II.	48
5.3.5.4.7	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.	48
5.3.5.5	Fármacos.	49
5.3.5.5.1	Acido Valproico.	49
5.3.5.5.2	Agentes Antitiroideos.	49
5.3.5.5.3	Antagonistas del Acido Fólico.	50
5.3.5.5.4	Corticosteroides.	50
5.3.5.5.5	Cumarina.	50
5.3.5.5.6	Dietilestilbestrol.	50
5.3.5.5.7	Penicilina.	51

5.3.5.5.8 Trimetadona.	51
5.3.5.5.9 Vitamina A.	51
5.4 LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	52
5.4.1 Desarrollo de una Cultura de Calidad.	52
5.5 EL ACTUAR DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ANTE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	54
6. METODOLOGIA.	56
6.1 Tipo de Diseño.	57
6.2 Población.	57
6.2.1 Tamaño de la Muestra.	58
6.2.2 Forma de Asignación de los casos de Estudio.	58
6.3 Criterios de Selección.	58
6.4 Variables.	59
6.5 Indicadores.	59
6.6 Técnica de Recolección de Datos.	59
6.7 Procesamiento y Validación de Datos.	60
6.8 Recursos.	60
6.8.1 Recursos Humanos.	60
6.8.2 Recursos Materiales.	60
6.8.3 Recursos Financieros.	60
7. DESCRIPCIÓN ESTADÍSTICA DE LA FICHA DE IDENTIFICACION.	61
8. CUADRO DE CORRELACION DE PEARSON.	74
9. CORRELACION DE PEARSON.	78
9.1 Introducción de la Correlación de Pearson.	78
9.2 Descripción de Resultados Obtenidos de la Correlación de Pearson.	79
10. RESULTADOS.	82
11. CONCLUSIONES.	83
12. SUGERENCIAS.	84
13. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.	85
14. GLOSARIO.	89
15. ANEXOS.	91
❖ Carta de Consentimiento bajo Información.	92
❖ Instrumento de Valoración.	93
❖ Directorio.	97
❖ Guía para Identificar Discapacidades.	102

INTRODUCCION

La Salud Reproductiva en la actualidad es de gran importancia, ya que de la salud y cuidado de la mujer durante el embarazo se desprenden ciertos elementos que contribuyen a la estabilidad social, y económica de nuestro país.

Por ello se han desarrollado diferentes programas de trabajo uno de ellos es la vigilancia del embarazo a través del Control Prenatal, cuya finalidad es detectar oportunamente complicaciones propias de esta etapa, para así disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil.

La NOM para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido del año de 1998, establece que la vigilancia prenatal debe cumplir ciertos requisitos y uno de ellos es de tener como mínimo cinco visitas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación.

Por los resultados obtenidos hasta el momento estos lineamientos no son cumplidos en su totalidad debido a diferentes factores como son económicos, políticos, sociales y culturales los cuales influyen la etapa gestacional, evitando que las embarazadas tomen conciencia de la importancia de la vigilancia prenatal.

Muchas de las mujeres asisten a una sola ocasión a control prenatal, pensando que con esa única consulta ya tienen un lugar seguro para la resolución de su embarazo, otras inician su vigilancia tardíamente, siendo esto también inadecuado ya que no es posible detectar y tratar oportunamente complicaciones tanto de la madre como del feto, lo cual es el objetivo del Control Prenatal.

La mayor parte de los problemas de salud materno-infantil son susceptibles de resolverse a través de acciones anticipatorias que busca la concientización para modificar estilos de vida acrecentando la cultura de la prevención y de la higiene reproductiva. En estos propósitos destaca la participación de la Enfermera en el cuidado del embarazo y en la preparación para el parto a través de cursos formales a grupos de mujeres embarazadas, mismos que se imparten tomando en cuenta los principios de psicoprofilaxis obstétrica como alternativa fisiológica y humanizada. Para la Enfermera también es de gran importancia lograr una actitud más favorable en relación a la lactancia materna, ofreciendo el más amplio asesoramiento en lo que se refiere a la alimentación y el manejo del recién nacido por parte de los padres propiciando la comprensión de diversas tácticas para la estimulación del crecimiento y desarrollo de un niño sano, el proceso educativo a los padres pretende incidir también en la mayor aceptación de una metodología anticonceptiva que posibilite ampliar el intervalo intergénésico.

La educación para la salud perinatal debe entonces ser efectiva, y para propiciar el cambio de actitud de los padres sobre la sexualidad y la reproducción en condiciones saludables, requiere de alcanzar una gran cobertura de información para que incida en el convencimiento y en la concientización sobre estilos de vida saludables y comprometidos con las ventajas de seguir un patrón de

comportamiento esforzado en lograr el bienestar materno-infantil, reconocer las necesidades de mejorar la equidad de condiciones en el hogar, así evitando riesgos y situaciones dañinas en este proceso.

Una Enfermera profesional tiene que ser crítica para poder responder integralmente a la actitud cada vez más demandante de los servicios, por tanto debe ser autorresponsable y con un deseo genuino de mantener la salud en los usuarios. Por ello debe exigir y lograr que las personas participen en su proceso de atención.

Por todo lo anterior la presente tesis se ha estructurado con el objeto de conocer y resaltar la importancia de la participación del profesional de Enfermería en la salud materno-infantil a partir del concepto de control prenatal como factor que contribuye a la falta del mismo en mujeres gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán " José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, a partir de ocho capítulos, en el primero se describen los aspectos generales , la justificación de la investigación, el planteamiento del problema, así mismo los objetivos y la hipótesis de esta investigación. En el segundo capítulo se presenta la fundamentación teórica del control prenatal, su importancia y las actividades que se realizan en el mismo destacando temas ligados directamente con lo que se refiere al control prenatal como son: descripción de los órganos genitales femeninos, lactancia materna, métodos de planificación familiar, psicoprofilaxis, participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la salud reproductiva, a si como también se menciona brevemente la Cruzada Nacional por la Calidad, el proceso enseñanza aprendizaje, y el proceso salud enfermedad.

En el capítulo tres se describe la metodología de la investigación, su diseño, ubicación del espacio temporal, los criterios de selección, la organización de la investigación, las variables, las consideraciones éticas y el plan de análisis.

En el capítulo cuatro desarrollamos el análisis e interpretación de los resultados, la discusión de los mismo y la comprobación de la hipótesis.

Los últimos capítulos de la tesis, los ocupan las conclusiones, las sugerencias, el glosario de términos, las referencias bibliográficas y los anexos que están ubicadas en el quinto, sexto, séptimo y octavo capítulo respectivamente.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema.

De acuerdo a la problemática social que enfrentan las Personas con Discapacidad en México para la realización de ciertas actividades consideradas por otras personas como totalmente normales, como lo es el viajar en transporte público, subir escaleras entre otras actividades pero el mayor reto para los Discapacitados ha sido convencer a la sociedad de que no son una clase aparte.

Históricamente han sido compadecidos, ignorados, denigrados e incluso ocultados en instituciones, este comportamiento es más notorio cuando se trata de una Mujer con Discapacidad ya que se es aislada, discriminada, desalentada y en ocasiones incluso vetada para participar activamente en la vida pública y en lo familiar, por tal aislamiento no suelen tener la oportunidad de casarse, pero muchas de ellas tienen hijos, por ignorancia y el deseo de ser aceptadas.

Conociendo esta situación surge una inquietud e interés para observar e identificar la Atención brindada por parte del Licenciado en Enfermería y Obstetricia a este tipo de Pacientes; en especial las Pacientes Gestantes con Discapacidad en cualquier Institución de Salud ya sea Gubernamental o Privada, por lo que se lleva acabo el siguiente planteamiento del problema:

¿Cuál es la Atención de las Pacientes Gestantes con Discapacidad por parte del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México?.

2. JUSTIFICACIÓN

La mujer embarazada lleva a cabo una serie de importantes adaptaciones psicológicas. Primero tiene lugar la adaptación a esa nueva vida que lleva dentro, o algo que forma parte de su ser y que sin embargo, está separado de ella. En segundo lugar, hay un cambio en su condición de número de hija a madre, cambio que es el más importante que significa un nuevo ajuste en relación con la sociedad.

Una problemática social, que en estos momentos tiene gran importancia en la Salud Reproductiva de la Mujer, es en específico lo relacionado con la salud materna durante el embarazo, lo cual a hecho que existan varias estrategias para aumentar la cobertura en el control prenatal; más aun un gran porcentaje de las mujeres embarazadas no cuentan con estos servicios y que los cuales están orientadas a la prevención y detección oportuna de factores de riesgo, así como la atención oportuna de alteraciones propias de la gestación que afectan a la madre, feto y familia, así como su tratamiento.

Lo más importante de una mujer gestante, con Discapacidad, es que tiene mucho en común con otras mujeres quienes no padecen ninguna discapacidad.

Independientemente del tipo de Discapacidad ya sea física, intelectual, emocional o social, funcional o estética, la persona afectada se encuentra en gran desventaja y enfrenta muchas dificultades innecesarias, cuando no hay obstáculos insalvables, al tratar de adaptarse a una sociedad que valora en gran medida la buena salud, la capacidad atlética y la apariencia personal.

Este tema fue elegido por ser de un aspecto social muy interesante, actual y que no cuenta con una promoción adecuada aunque es un tema conocido no existe mucha información acerca de los cuidados que le proporciona el personal de Enfermería a Pacientes con Discapacidad. Por la escasa información obtenida surgió el interés para observar e identificar como es la Atención de las Pacientes Gestantes con Discapacidad por parte del Licenciado en Enfermería y Obstetricia dentro de una Institución de Salud Gubernamental del Estado de México como lo es el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada".

3. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo General.

- ❖ Identificar y analizar la Atención de las Pacientes Gestantes con Discapacidad por parte del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del estado de México.

3.2 Objetivos Específicos.

- ❖ Observar el trato que se le otorga o brinda a las Pacientes Gestantes con Discapacidad por parte Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del estado de México.
- ❖ Establecer de acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas si existe o no una igualdad en la Atención de las Pacientes con Discapacidad atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto del Salud del Estado de México por parte del Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

4. HIPÓTESIS.

H1 La Discapacidad es un factor predisponente para la Atención de las Pacientes Gestantes con Discapacidad por parte del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

H0 La Discapacidad no es ningún factor predisponente para la Atención de las Pacientes Gestantes con Discapacidad por parte del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

5. MARCO TEORICO.

5.1 PROBLEMÁTICA SEXUAL Y REPRODUCTIVA ACTUAL EN MÉXICO.

5.1.1 Promoción de la Salud.

En 1947 La Organización Mundial de la Salud definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de trastornos o enfermedades. Los diversos conceptos sobre la salud suelen contener uno o más de las perspectivas siguientes:

- ❖ Biológica o clínica: ausencia de patología.
- ❖ Psicológica: bienestar y autorrealización.
- ❖ Sociológica: capacidad para hacer frente a las responsabilidades y funciones sociales.
- ❖ Adaptativa: adaptación a los cambios del ambiente. (LONG, 1996)

Según este concepto, que es más bien un ideal que hay que atender y no una definición propiamente dicha, la promoción de la salud incluye todas las acciones tendientes a conseguir esa idea: alimentación, vivienda, educación, empleo, condiciones económicas, recreación, descanso, cultura, ausencia de enfermedad, etc. Compete a las autoridades proporcionar las condiciones adecuadas de vida y de la salud. El personal de salud no puede influir básicamente en muchos de los factores de bienestar, pero sí está dentro de sus atribuciones instruir y educar, no solamente para evitar las enfermedades, sino para contribuir a que los individuos, las familias y la colectividad disfruten de una alimentación equilibrada, de una vivienda saludable, de buenas condiciones de trabajo, descanso y recreación necesarios, y aún más, para que ellos mismos participen activa y conscientemente para elevar su nivel de vida.

La actividad básica que el personal de salud debe realizar para promover la salud es la educación.

(www.enfermeria.com.mx/Proceso_Enfermero_Calidad.htm)

5.1.2 Derechos Constitucionales.

Los derechos se encuentran estipulados dentro de las leyes, existen diferentes tipos de leyes y es necesario conocer su orden de importancia, pues esto determina también la importancia del derecho contenido en ellas.

La ley más importante en nuestro país es la: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ella misma indica el orden, de importancia de las leyes en su artículo 133.

El orden de importancia de las leyes:

- ❖ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ❖ Tratados y Convenios Internacionales.
- ❖ Leyes Federales y sus reglamentos.
- ❖ Leyes Locales y sus reglamentos.

(<http://www.reprohumana.com/gm.htm1>)

La Constitución se aplica en toda la República y están obligadas a respetarlas todas las personas y autoridades del país; contiene los derechos fundamentales de las personas en su carácter de gobernadas y gobernados, estos derechos fundamentales se denominan: garantías individuales.

La Constitución además de contener estos derechos, regula la estructura y funciones de los órganos de gobierno más importantes del país. (DELGADO, 2002)

Los tratados y convenios internacionales son firmados y son acuerdos o contratos mediante los cuales el país adquiere obligaciones frente a otros países, estos convenios son firmados por el Presidente de la República en su carácter de representante del gobierno mexicano y además porque son aprobados por la Cámara de Senadores, que es el órgano de gobierno que simboliza el pacto federal, es decir, la representación de todas las entidades federativas que integran la nación mexicana. (<http://www.reprohumana.com/gm.htm1>)

5.1.3 Derechos Sexuales y Reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos se refieren a todo lo relacionado con la vida y la salud sexual; son parte de los derechos por lo tanto tenemos derecho a:

- 1.- Derecho a la vida: la mujer tiene derecho a evitar un embarazo que ponga en peligro su vida.
- 2.- Derecho a la libertad y seguridad: cualquier intervención médica relacionada con la salud sexual y reproductiva debe ser compartidas por hombres y mujeres en condiciones de igualdad.
- 3.- Derecho a la igualdad y a estar libre de toda forma de discriminación: no hay trabajos para "hombres", ni trabajos para "mujeres". Todas las labores dentro y fuera del hogar deberán ser compartidas por hombres y mujeres en condiciones de igualdad.
- 4.- Derecho a la privacidad: los y las jóvenes igual que todas las personas tienen derecho a que se respete su intimidad.
- 5.- Derecho a la libertad de pensamiento sobre la salud sexual y reproductiva: no debe verse limitada por las ideas de tipo religioso, filosófico o cultural.

6.- Derecho a la información y a la educación: los padres de familia juegan un papel importante en el proceso educativo y deben brindar a sus hijos información oportuna y adecuada sobre temas relacionados con la sexualidad y a la reproducción.

7.- Derecho a optar por contraer matrimonio o no, y a no formar o formar una familia: la decisión o de vivir en pareja debe ser tomada con plena libertad.

8.- Derecho a decidir si se tienen hijos o no y cuando tenerlos: la decisión sobre el número de hijos debe tomarse libre y responsablemente, es decir, tener en cuenta las posibilidades de brindarles un mejor bienestar.

9.- Derecho a la atención y protección de la salud: los usuarios(as) de los servicios de salud sexual y reproductiva tienen derecho a exigir que la calidad de tales servicios sea la adecuada y óptima.

10.- Derecho a los beneficios del progreso: el proceso científico no debe atender contra la dignidad de las personas.

11.- Derecho a la libertad de reunión y participación política: la organización de grupos que compartan los mismos intereses (mujeres, jóvenes, homosexuales, etc.), es importante para el reconocimiento, la obtención y afirmación de los derechos sexuales y reproductivos.

12.- Derecho a no ser sometido a torturas y maltratos: en las relaciones de pareja debe primar la igualdad, la libertad, y el respeto recíproco entre sus integrantes. (PLATAFORMA DE ACCIÓN, 1995)

5.1.4 Derechos Sexuales de las Personas con Discapacidad.

Hasta la segunda mitad del siglo XX fue difícil que la sociedad reconociera que los discapacitados (aparte de su defecto específico) tenían las mismas capacidades, necesidades e intereses que el resto de la población; por ello seguía existiendo un trato discriminatorio en aspectos importantes de la vida. Había empresarios que se resistían a dar trabajo o promocionar a discapacitados, propietarios que se negaban a alquilarles sus casas y tribunales que a veces privaban a los discapacitados de derechos básicos como los de custodia de los hijos.

En las últimas décadas esta situación ha ido mejorando gracias a cambios en la legislación, a la actitud de la población y a la lucha de los discapacitados por sus derechos como ciudadanos e individuos productivos. (ENCARTA, 2003)

Es de esperar que de cada cien personas, una siete tengan alguna discapacidad. Tal vez hay personas con discapacidad que viven como cualquier otro miembro de la comunidad, pero también otras que tengan problemas, pues no pueden hacer todos las actividades que sus familiares y otros miembros de la comunidad realizan. (MENDOZA, 2000)

- ❖ Derecho a la expresión corporal.
- ❖ Derecho a la privacidad.
- ❖ Derecho a recibir información.
- ❖ Derecho a los servicios que requiera como:
 - Anticoncepción.
 - Atención médica.
 - Consejo genético.
 - Asesoría sobre sexualidad.
- ❖ Derecho a escoger el estado civil que más le convenga.
- ❖ Derecho a tener o no hijos.
- ❖ Derecho a tomar las decisiones que afecten su propia vida.
- ❖ Derecho a desarrollar completamente su potencial. (PEREZ, 1998)

5.1.5 Los Derechos de la Mujer.

En México a sido largo el camino recorrido en la lucha y promoción de los derechos de la mujer. Los antecedentes se remontan al siglo pasado, incluso antes, cuando hubo voces que se alzaron e intentos legales para equiparar algunos aspectos de estos derechos con los de los hombres. Estos fueron esfuerzos aislados que sentaron las bases para una serie de hechos que llegaron a cristalizarse en reformas legales y, con ello, conseguir el sufragio para las mujeres.

Colonia.

Durante este período la función central de la mujer está basada en el matrimonio y la maternidad, se condena el aborto y la sexualidad, y se valora la sumisión, la debilidad y la entrega. Legalmente la mujer se consideraba igual al hombre de su raza, según lo presentan los reglamentos de la época, aunque en la práctica rara vez se cumplía.

Siglo XIX

Se siguió considerando como lugar ideal de las mujeres el hogar, dedicadas a mantener en paz y orden el ámbito privado. Durante la Reforma, uno de los principios del liberalismo fue el de fomentar instrucción para ambos sexos, que buscaba a través de la educación integración de la mujer a la nación. Se crearon escuelas para señoritas en 1890 (Normal para Señoritas).

Siglo XX

La educación femenina cuenta con más información general, pero sigue siendo casi nula en los temas de sexualidad y el cuerpo. Se intentó incorporar en los planes de estudio una serie de programas que informaran a los niños de sus responsabilidades y a las niñas del conocimiento de su cuerpo y cuidado de los hijos, pero la Unión Nacional de Padres de Familia no lo aceptó.

A principios del siglo la Revolución incorporó de manera masiva a la mujer al mundo de lo público, participando al lado de los hombres en la guerra civil. (MUSEO LEGISLATIVO, 2001)

Con la Constitución de 1917 las mujeres logran en el papel, igualdad legal, derechos y deberes como cualquier ciudadano, personalidad jurídica para firmar contratos y llevar sus propios negocios y bienes. Sin embargo, de estar casadas, todavía necesitan el permiso, del marido, y se les impuso como obligación las tareas domésticas y el cuidado de los hijos.

En 1974 se modificó el artículo cuarto constitucional que estableció la igualdad ante la ley entre los dos géneros. Actualmente el Estado ha creado instancias de apoyo para los sectores internos: la Comisión Nacional de la Mujer o el Instituto de la Mujer, en el D. F. entre otros. Sin embargo en México no existe aún, como en otros países una Secretaría de la Mujer a nivel nacional.

México, a firmado y ratificado diversas convenciones y convenios, como el de Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas en diciembre de 1979 y refrendada en nuestro país el junio de 1980. Esta convención constituye el principal tratado que se aplica activamente en México para proteger y promover los derechos humanos de la mujer.

La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer, fue ratificada por México el 12 diciembre de 1998, no solo reconoce que la violencia contra la mujer constituye una violación contra los derechos humanos, sino que la define tanto en el ámbito público y privado.

En 1910, durante la segunda Reunión Mundial de Mujeres Socialistas, celebrada en Copenhague, Dinamarca, se declaró el 8 de marzo como día Internacional de la Mujer, en recuerdo a las mujeres trabajadoras de la Fabrica Textilera Cotton, de la ciudad de New York, quienes 53 años antes, el 8 de marzo de 1857, organizaron una manifestación reclamando mejores condiciones de trabajo, hecho que fue reprimido por la policía y donde 120 mujeres murieron.

Fue hasta 1975, durante la Primera Conferencia Mundial de la Mujer realizada en la Ciudad de México, cuando la ONU lo formaliza a través de acuerdos con los países miembros. (MUSEO LEGISLATIVO, 2001)

El primer gran logro en el ámbito internacional relativo a la reivindicación y reconocimiento de los derechos humanos se trata de la DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, en la que se considera a hombres y mujeres iguales en dignidad, pero en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993, se hizo necesario y se enfatizó que los derechos de las mujeres y las niñas son parte inalienable e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacionales, regionales e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

Este postulado se refrendó más adelante, tanto en la conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en el Cairo en 1994; así como, en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. (MUSEO LEGISLATIVO, 2001)

La igualdad de los derechos de la mujer y el hombre se mencionan explícitamente en el Preámbulo a la Carta de las Naciones Unidas. En todos los principales instrumentos internacionales de derechos humanos se incluye el sexo entre los motivos por los cuales se prohíbe a los Estados toda discriminación. La plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las mujeres es esencial para potenciar el papel de las mujeres; los estados independientemente de sus sistemas políticos, económicos y culturales, tienen la obligación de promover y proteger todos los derechos humanos y libertades fundamentales. (PLATAFORMA DE ACCIÓN, 1995)

Hablar de los derechos de la mujer, es hablar de derechos humanos, de derechos a la vida, a una vida sin violencia, sin discriminación, sin hambre, con salud, con educación, con igualdad de oportunidades laborales y políticas, sin distinción de raza, etnia, credo o sexo. (MUSEO LEGISLATIVO, 2001)

Los derechos humanos y las libertades fundamentales son patrimonio inalienable de todos los seres humanos; su promoción y protección es la responsabilidad primordial de los gobiernos. La Plataforma de Acción reafirma que todos los derechos humanos, es decir, los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, incluido el derecho al desarrollo, son universales, individuales e interdependientes están relacionados entre sí.

La Plataforma de Acción hace hincapié en que las mujeres comparten problemas comunes que solo pueden resolverse trabajando en asociación con los hombres para alcanzar el objetivo común de la igualdad de género en todo el mundo. Pidiendo la adopción de medidas inmediatas y concertadas por todos para crear un mundo pacífico, justo, humano y equitativo basado en los derechos humanos y las libertades fundamentales, con inclusión del principio de la igualdad para todas las personas, independientemente de su edad y de su situación en la vida.

Los derechos humanos de la mujer sólo serán letra muerta si no se reconocen plenamente y se protegen, aplican, realizan y hacen cumplir efectivamente, tanto en el derecho como en la práctica nacional, en los códigos de familia, civiles, penales, laborales y comerciales y en las reglamentaciones administrativas.

Si bien las mujeres están utilizando cada vez más el sistema judicial para ejercer sus derechos, en muchos países la ignorancia de esos derechos constituye un obstáculo para el pleno disfrute de sus derechos humanos y el logro de la igualdad. (PLATAFORMA DE ACCIÓN, 1995)

5.1.6 Promoción de la Salud de la Mujer.

Históricamente, la asistencia sanitaria de las mujeres se ha centrado en el sistema reproductor femenino, las mujeres solían entrar al sistema de salud a causa de sus embarazos, porque querían quedarse embarazadas o porque querían evitarlo. Los cambios en los roles de las mujeres han afectado no solo sus necesidades de salud, sino también su percepción de estas necesidades.

Las mujeres son las principales usuarias de los diferentes servicios de salud, buena parte de esta demanda está relacionada con el nacimiento de los hijos, pero además de esto las mujeres utilizan más los servicios que los hombres, y lo que es más significativo, es que son las que toman las decisiones de los temas de salud de toda su familia. (EDGE, 1995)

El acceso de la mujer a los recursos de salud y su utilización es diferente y desigual. Las oportunidades de la mujer también son diferentes y desiguales en lo relativo a la protección, promoción y el mantenimiento de la salud. La salud de la mujer también se ve sujeta a discriminaciones por motivo de género en el sistema de salud y por los servicios médicos insuficientes e inadecuados que se prestan a las mujeres. (PLATAFORMA DE ACCIÓN, 1995)

Al estudiar las demandas de la mujer actual y de la mujer del futuro es necesario hacerlo de manera global, considerando los aspectos físicos, emocional, intelectual y espiritual.

La mujer debe preocuparse de su salud como una parte más de su experiencia vital global como mujer, y no considerarlo sus enfermedades

físicas o en función de su reproducción: sus preocupaciones y molestias, así como, sus padecimientos físicos. (EDGE, 1995)

La mujer tiene derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud física y mental. La mayoría de las mujeres no goza de salud ni bienestar. El principal obstáculo es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres de diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas; la igualdad incluidas las obligaciones familiares compartidas, el desarrollo y la paz son condiciones necesarias para gozar de un nivel óptimo de salud durante todo el ciclo vital. (PLATAFORMA DE ACCIÓN, 1995)

Los factores que influyen en el hecho de que la mujer entre al sistema de salud son su estado socioeconómico (que pueda pagar) la disponibilidad y accesibilidad de los servicios y la admisibilidad del servicio para la mujer. Pero el factor que más influye de manera importante en el hecho de que una mujer solicite estos servicios de salud es la: educación. (EDGE, 1995)

Las mujeres se están haciendo consumidoras cada vez más exigentes están más educadas, informadas y se han sofisticado más en lo que respecta en sus derechos. Las enfermeras deben formar equipo con las mujeres para difundir las posibilidades de cuidarse a si mismas. La medicina preventiva es una especialidad que se centra en la promoción de la salud.

A causa de su experiencia o contacto con individuos y grupos de la comunidad y porque son miembros de una profesión primordialmente femenina, las enfermeras tienen un cometido y una oportunidad única en los cuidados de la salud de las mujeres: proporcionar información y servicios que favorezcan la prevención, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la salud en las mujeres. (PEREZ, 1998)

5.1.7 Salud Reproductiva.

La sexualidad ha constituido en el mundo occidental uno de los temas más controvertidos a través de los tiempos, provocando consecuentemente el surgimiento de diferentes enfoques educativos y creando una gran dificultad en los padres al tratar de manejar los temas de la sexualidad con sus hijos. La sexualidad en el ser humano se inicia con el nacimiento, prácticamente todo lo que hacemos tiene aspectos que se relacionan con la sexualidad. Desde que al niño se le acorruca, acaricia, se le platica con ternura, se le esta enseñando como mostrar amor o cuando observa a sus padres relacionarse a través del afecto o la agresión, va aprendiendo actitudes inherentes a la sexualidad humana. (PEREZ, 1998)

La sexualidad humana no es tan solo un fenómeno biológico si no algo que afecta la totalidad de las personas. Existe una compleja interrelación entre los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales de nuestra sexualidad. la Organización Mundial de la Salud definió a la salud sexual "como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales de la sexualidad de forma que enriquezcan positivamente y aumenten la personalidad, la comunicación y el amor". (LONG, 1995)

En septiembre de 1994 se realizó en el Cairo, Egipto, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, bajo los auspicios de la ONU. En el seno de esta conferencia, México, al igual que otros 180 países, adquirió el compromiso de implementar un programa de salud reproductiva, como parte de las recomendaciones plasmadas en el programa de acción.

"La salud reproductiva debe entenderse como el estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos". Podríamos decir que es el derecho de todas las parejas de disfrutar una vida sexual y reproductiva saludable, satisfactoria y sin riesgos con el respeto a su libre decisión sobre el tamaño de su familia. (VAZQUEZ, 1999)

El Programa de Acción de El Cairo planteó una nueva etapa de compromiso y voluntad de los gobiernos. En este contexto, la primera acción fundamental llevada a cabo en el marco de la reforma del Sector Salud, fue la creación de la Dirección General de Salud Reproductiva, como la instancia responsable de definir y coordinar la normatividad y las acciones en la materia con todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Paralelamente, se llevaron a cabo las enmiendas a la Ley General de Salud y al Reglamento interno de la Secretaría de Salud, lo cual permitió definir a la salud reproductiva como material de salubridad general.

Otra acción relevante fue la instalación del grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva cuyo propósito es coordinar, concertar y dar seguimiento a las actividades que se lleven a cabo en materia de salud reproductiva y con ello, contribuir al desarrollo armónico de los programas, a la optimización de la infraestructura y de los recursos y el cumplimiento de los objetivos y metas.

Este grupo colegiado esta conformado por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como por la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, el Instituto Nacional Indigenista, la Secretaría de Educación Pública, el Programa Nacional de la Mujer y seis organismos no gubernamentales. Así mismo se procedió a su instalación en los 32 grupos estatales interinstitucionales de salud reproductiva.

La primera tarea desarrollada por el grupo interinstitucional fue elaborar un programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995 - 2000, que sigue los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo del Ejecutivo Federal, del Programa de Reforma del Sector Salud y de los Programas Nacionales de Población y de la Mujer. Este programa fue publicado en el Diario Oficial de la Federación y contiene en ellos los objetivos que se plantearon para cumplir para el año 2000.

Durante los últimos años se ha logrado difundir y hacer operativo el concepto integral de salud reproductiva entre líderes de opinión, responsables de la conducción de programas, prestadores de servicios y entre la población en general. Para ello se llevó a cabo una estrategia multimedia de fomento y un plan de imagen corporativa e institucional que se inició con el desarrollo de un logotipo con un diseño contemporáneo que señala la agenda del programa se centra en el núcleo familiar. Se elaboraron materiales de comunicación educativas y social dirigidos, tanto a prestadores de servicios como a la población en general. (VAZQUEZ, 1999)

A partir de 1995 se celebra el mes de Octubre como el mes de a Salud Reproductiva, esta celebración se ha acompañado en los últimos tres años con la emisión de estampillas postales conmemorativas por parte del Servicio Postal Mexicano, con imágenes que representan a los diversos componentes del Programa.

Hacia el interior de la Secretaría de Salud, el Programa de Salud Reproductiva se inscribe como uno de los 12 programas sustantivos de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades.

Los componentes esenciales del Programa son:

- ❖ Planificación Familiar.
- ❖ La Salud Sexual y Reproductiva.
- ❖ La Salud Perinatal.
- ❖ La Salud de la Mujer.

Todos ellos con una clara perspectiva de género, a la búsqueda de la igualdad y del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población. (VAZQUEZ, 1999)

5.1.8 Planificación Familiar.

La planificación familiar constituye uno de los pilares fundamentales de la salud reproductiva. Para mejorar la calidad de este tipo de servicios se amplió la oferta de métodos anticonceptivos con el fin de que la población usuaria cuente con mayores opciones que den respuesta a sus necesidades y prioridades en las diferentes etapas de su ciclo reproductivo.

Objetivos globales de la planificación familiar:

- ❖ Evitar embarazos no deseados.
- ❖ Regular los intervalos entre embarazos.
- ❖ Decidir el número de hijo en la familia.
- ❖ Regular el tiempo en que ocurren los nacimientos en relación con las edades de los padres.
- ❖ Facilitar los nacimientos deseados para mujeres con problema de fecundidad.
- ❖ Evitar el embarazo cuando agravaría una enfermedad peligrosa presente.
- ❖ Brindar a las portadoras de enfermedades genéticas la opción o posibilidad de evitar el embarazo. (OCEANO, 2000)

Se incorporaron al programa dos nuevos anticonceptivos inyectables de acción prolongada que, además de una alta efectividad y seguridad, tienen la enorme ventaja de que su uso no altera el patrón de sangrado endometrial. Y para proporcionar la participación activa del varón en la planificación familiar, se introdujo la nueva técnica de vasectomía sin bisturí, un método de alta efectividad y seguridad que se propone a las parejas que ya han completado sus expectativas reproductivas.

Esta incorporación de nuevas estrategias anticonceptivas en la SSA ha contribuido a modificar significativamente la mezcla de uso de métodos para la regulación de la fertilidad en esa institución.

La prevención de embarazos no planeados y no deseados, la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA y el virus del papiloma humano, constituyen las acciones programáticas más importantes desde la perspectiva de salud en la SSA. (VAZQUEZ, 1999)

5.1.9 Salud de La Mujer.

Otro de los componentes es el de la Salud de la Mujer, cuyas acciones programáticas están orientadas a la prevención y control de los cánceres cérvico uterino y mamario, así como a la atención del climaterio y de la condición posmenopáusica. El cáncer cérvico uterino y mamario constituyen causas importantes de mortalidad entre las mujeres de este país. (VAZQUEZ, 1999)

Durante los últimos años el Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino se reorientó con una nueva normatividad nuevas estrategias y líneas de acción y se incorporaron al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Como parte de las acciones en favor de la salud de la mujer se estableció por decreto presidencial LA CARTILLA NACIONAL DE SALUD DE LA MUJER. La cartilla es un instrumento valioso para la promoción de la salud de la mujer, el fortalecimiento del auto cuidado de su salud y la vinculación de los servicios integrales de salud reproductiva. (VAZQUEZ, 1999)

5.1.10 Salud Perinatal.

Otro de los componentes esenciales se refieren a la salud perinatal cuyo propósito es garantizar a todas las mujeres una maternidad saludable y sin riesgos, para contribuir a la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

En apoyo al componente de salud perinatal en 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. (VAZQUEZ, 1999)

Las principales causas de mortalidad materna en nuestro país continúan siendo las obstétricas directas, como son la toxemia del embarazo, la hemorragia obstétrica, la sepsis puerperal y las complicaciones del aborto y del puerperio.

El aborto inducido es considerado como un problema de salud pública, por lo que se establecieron tres misiones: la prevención, a través de incrementar la cobertura y la calidad de los servicios de planificación familiar; el manejo adecuado del aborto incompleto y sus complicaciones, y la información y consejos a la mujer para que adopte un método anticonceptivo postaborto.

La OMS y el UNICEF establecieron en 1991 una estrategia para rescatar la cultura y la práctica de la lactancia materna: la iniciativa Hospital Amigo del Niño, esta estrategia evolucionó en México hacia una estrategia más integral que incorpora todos los componentes de la salud reproductiva. (VAZQUEZ, 1999)

5.2 EMBARAZO.

Una vez que los espermatozoides y los óvulos se han desarrollado mediante la meiosis y la maduración, y los espermatozoides han sido depositados en la vagina, se puede producir el embarazo.

El embarazo es una secuencia de acontecimientos que generalmente se compone de la fecundación, la implantación, el crecimiento embrionario y el crecimiento fetal, y que finaliza con el nacimiento aproximadamente 266 días después. (READER'S, 1999)

Desde el momento de la concepción, todos los órganos del cuerpo hacen lo posible para ofrecer al bebé un ambiente sano y apoyar a la madre en el trance que se avecina.

El embarazo suele ir acompañado de molestias como las náuseas y el dolor de espalda, así como de estados anímicos que oscilan frecuentemente entre el buen y el mal humor. (READER'S, 1998)

5.2.1 Cambios Anatomofuncionales durante el Embarazo.

Además de los cambios anatómicos asociados al embarazo, también existen ciertos fisiológicos inducidos por el embarazo. Los cambios generales incluyen el aumento de peso debido al feto, al líquido amniótico, a la placenta, a la dilatación uterina y al aumento del agua corporal total.

Además, existe un aumento del almacenamiento de proteínas, triglicéridos y minerales; un crecimiento marcado de las mamas en preparación para la lactancia. (TORTORA, 1998).

La anatomía del desarrollo es el estudio de la secuencia de acontecimientos desde la fecundación de un ovocito secundario hasta la formación de un organismo adulto. El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero: por medio de este acontecimiento durante el transcurso del embarazo altera todos los sistemas del cuerpo humano, los cuales son:

5.2.2 Sistema Nervioso Central.

La progesterona en altas concentraciones puede causar somnolencia, siendo usada también como anestésico. Y los estrógenos aumentados durante el embarazo puede causar náuseas y vómito. La inestabilidad neurovegetativa es evidente, casi siempre con predominio del simpático. (MONDRAGÓN, 1999)

5.2.3 Sistema Músculo esquelético.

Conforme el embarazo evoluciona, el útero aumenta progresivamente de tamaño y de peso y con ello, el centro de gravedad del cuerpo se desplaza hacia adelante.

El mecanismo compensador produce una acentuación de la lordosis lumbar que desplaza el centro de gravedad hacia atrás conservando así la posición vertical alineada con el centro de gravedad.

Los cambios en las curvaturas de la columna vertebral son responsables de algias, básicamente por tensión prolongada de músculos, fascias, tendones y puntos de inserción de las estructuras ya mencionadas. (INPER, 2001)

A mayor movilidad de las articulaciones sacro coccígeas, sacro iliacas y púbicas producidas por cambios hormonales. En el tercer trimestre de la gestación, las extremidades inferiores presentan dolor, adormecimiento y debilidad, generados por los cambios en las curvaturas de la columna que exigen aumento de tensión en la musculatura de los muslos.

La lordosis lumbar, también provoca flexión anterior de cuello y hundimiento del cinturón escapular produciendo así tracción de los nervios cubital y mediano. El efecto secundario es el dolor que se genera en la ante inferior de la espalda y se presenta casi en todas las embarazadas. (OCEANO, 2000)

Los ligamentos de la sínfisis del pubis y de la unión sacro iliacas se hacen más laxos, probablemente secundarios a la acción de la hormona relaxina. Una marcada apertura de la sínfisis del pubis ocurre en las semanas 28 a 32 cuando se incrementa de 3.0 a 4.0 mm siendo un promedio en las líparas de 4.10 mm y en múltiparas de 4.60 y llegando arriba de 7.70 y 7.9 mm facilitando el parto vaginal.

En los músculos se presenta una hipertrofia e hiperplasia de los músculos del cuerpo, principalmente a nivel del dorso y abdomen. La postura cambia conforme evoluciona la gestación, la cabeza y los hombros se dirigen hacia atrás para compensar el desalojamiento anterior del útero aumentando de tamaño.

El aumento de peso del abdomen ocasiona un desequilibrio en la bipedestación y la marcha acentuando así la lordosis dorsal y lumbar; marchando más lento y con tendencia a girar el cuerpo levemente hacia los lados. (INPER, 2001)

5.2.4 Sistema Respiratorio.

Los cambios fisiológicos y anatómicos del sistema respiratorio que se presentan durante el embarazo sirven para incrementar el aporte de oxígeno en la circulación y mejorar la eliminación de bióxido de carbono del feto.

El feto depende totalmente de la madre para obtener oxígeno y eliminar dióxido de carbono. Los pulmones del feto están colapsados o parcialmente rellenos de líquido amniótico, el cual se reabsorbe al nacer. El aparato respiratorio está bastante bien desarrollado al menos dos meses antes del nacimiento. (TORTORA, 1998)

El consumo de oxígeno aumenta conforme progresa el embarazo, ya que existe un requerimiento mayor del útero, feto y placenta, así como también del incremento del trabajo de índice metabólico de muchos de los órganos.

El tórax aumenta su diámetro transversal y anteroposterior aproximadamente 2 cm. y provoca un aumento de 5 a 7 cm. en la circunferencia torácica. (OCEANO, 2000)

Estas modificaciones compensan la presión ejercida hacia arriba por el útero que aumenta y eleva progresivamente el diafragma hasta alcanzar 4 cm., con el fin de alojar a los pulmones; además de que los músculos rectos del abdomen sufren atonía y diastrasis, siendo menos activos, originando que la respiración sea diafragmática. (INPER, 2001).

El centro respiratorio es sensible a la progesterona, por lo que conserva bajas las concentraciones sericas de CO₂. La concentración plasmática fetal de CO₂ excede la del plasma materno.

Esto facilita el paso del CO₂ de la circulación fetal a la materna. Además, puede ocurrir disnea a consecuencia de las bajas concentraciones de CO₂; su causa inmediata no se relaciona necesariamente con el esfuerzo.

Las cuerdas vocales se congestionan a causa del incremento de la circulación generado por la progesterona. La voz se vuelve más grave. (OCEANO, 2000)

Al inicio del embarazo se presenta una dilatación capilar en todo el aparato respiratorio, con lo que sobreviene ingurgitaciones de nasofaringe, laringe, tráquea y bronquios. Esto favorece el cambio de voz y dificultad en la respiración por la nariz. Existiendo un incremento del consumo de oxígeno de 15 a 20% como respuesta al aumento de necesidades metabólicas maternas y fetales. (MONDRAGÓN, 1999)

5.2.5 Sistema Cardiovascular.

El corazón está desplazado hacia arriba en el embarazo avanzado y el vértice rota hacia afuera por lo que el latido apical se desplaza hacia afuera alterando el eje eléctrico, debido al diafragma. Las principales modificaciones son hiperdinámicas y sirven para aumentar el flujo de oxígeno y nutrientes para el feto.

Disminuye la viscosidad de la sangre y ocurre la torsión de los grandes vasos a causa del mayor volumen del útero.

Se puede escuchar desdoblamiento intensificado del primer ruido cardíaco, con tercer ruido agudo.

Son anormales los soplos diastólicos en el 18% de las mujeres tienen soplos transitorios suaves.

El volumen sanguíneo tiende a incrementarse rápidamente durante el segundo trimestre de la gestación y ligera durante el último hasta llegar al término de la gestación. Disminuye la albúmina plasmática total desde el valor no gestacional de 4,0 a 4,5 g/dl hasta el valor de la gestación de 3,0 a 3,5 g/dl. Ocurre anemia fisiológica por hemodilución además de que son más permeables las paredes vasculares. (OCEANO, 2000)

El aumento máximo del volumen plasmático en un embarazo normal es de 1075 ml, lo que representa 42% de incremento sobre los valores de 2580 ml encontrados como normales en las mujeres no embarazadas.

Esta hipervolemia, sirve para satisfacer las demandas del útero agrandado por su sistema vascular hipertrofiado, para proteger a la madre y al feto contra los efectos nocivos de un retorno venoso alterado en las posiciones supina y erecta así como salvaguardar a la madre por la pérdida hemática en el parto. (INPER, 2001)

El diafragma se eleva en forma progresiva durante el embarazo, y desplaza al corazón hacia la izquierda y arriba, al mismo tiempo gira sobre su eje longitudinal.

La presión arterial y la resistencia vascular disminuyen mientras que el volumen sanguíneo, el peso materno y el índice del metabolismo basal aumentan.

El gasto cardíaco se incrementa durante la gestación, aproximadamente 40% sobre el valor no gestante y ligeramente por debajo del aumento del volumen; iniciando posiblemente en la semana 10 hasta la 38. La frecuencia del pulso aumenta de forma característica de 10 a 15 pulsaciones por minuto. (OCEANO, 2000)

Durante el período final del embarazo la circulación materno placentaria recibe sangre a un volumen de 1000ml/min. esto constituye el 10% del gasto cardíaco.

Los siguientes factores reducen el flujo sanguíneo uterino:

- ❖ Contracciones uterinas.
- ❖ Hipertonía, hipertensión, hipotensión.
- ❖ Ejercicio agotador.
- ❖ Tabaquismo.
- ❖ Estados patológicos: anemia, problemas placentarios, infartos, desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia.

Los siguientes factores incrementan el flujo sanguíneo:

- ❖ Reposo en cama.
- ❖ Decúbito lateral. (OCEANO, 2000)

La presión sanguínea arterial desciende un poco a la mitad del embarazo para elevarse durante el tercer trimestre. En condiciones basales, toda elevación sistólica de 30 mm o diastólica de 15 mm indica sospecha de hipertensión inducida por el embarazo.

El retorno venoso suele dificultarse a raíz de la obstrucción de la vena cava inferior por el útero en crecimiento lo que puede causar hipotensión en la posición supina. (INPER, 2001)

La presión sanguínea sistólica no se altera, mientras que la diastólica se reduce en los dos primeros trimestres, para estabilizarse al final del embarazo. Y la presión parcial de CO₂ en el plasma disminuye, con lo que facilita su eliminación por parte y esta reducción se acompaña de disminución de bicarbonato de sodio sérico modificando el pH sanguíneo. (MONDRAGÓN, 1999).

5.2.6 Sistema Gastrointestinal.

Conforme el embarazo evoluciona, el útero, crece progresivamente, desplaza al estómago e intestino provocando algunas de las siguientes alteraciones: anorexia, náuseas y vómitos matutinos, debido al aumento de la HCG.

Las encías se vuelven hipertróficas e hiperémicas, favoreciendo la presencia de gingivitis, suele incrementarse la saliva siendo más ácida principalmente durante las primeras semanas debido a las grandes cantidades de progesterona produciendo relajación de la musculatura lisa además ocasionando caries dental.

El ptialismo es un problema en algunas pacientes sin embargo algunos investigadores creen que a las mujeres que tienen náuseas le resulta difícil deglutir saliva, lo que hace creer que su secreción es excesiva. (OCEANO, 2000)

La pirosis se produce por el reflujo de secreciones ácidas hacia la parte inferior del esófago, esto debido probablemente a la posición del estómago, la relajación del esfínter cardias y al retardo en el vaciamiento gástrico.

Disminuye la secreción gástrica del ácido clorhídrico y pepsina (por lo general después del primer trimestre). Ocasionalmente ocasionando indigestión y que las úlceras pépticas mejoren al disminuir la reacción secretoria a la histamina. (OCEANO, 2000)

La disminución de la motilidad y del tono del conducto gastrointestinal produce una prolongación de los tiempos de evacuación y tránsito intestinal. (INPER, 2001)

Las hemorroides son frecuentes y producidas por la elevada presión de las venas que se encuentran por debajo del nivel del útero grávido. El apéndice es desplazado hacia arriba y al flanco derecho; siendo que la actividad de la colinesterasa sérica se reduce hasta en un 25%.

La vesícula biliar se encuentra atónica y distendida; produciendo la bilis más espesa siendo que el volumen residual del contenido biliar causa la formación de cristales de colesterol. En el hígado hay una cierta hiperactividad hepática, además de un aumento de estrógenos, que inhibe la actividad de la gluconiltransferasa dificultando la conjugación de la bilirrubina. (MONDRAGÓN, 1999)

5.2.7 Sistema Tegumentario.

Los principales cambios son la aparición de estrías gravídicas, pigmentaciones, nevus, ectasis vasculares múltiples y prurito cutáneo. Las estrías aparecen en 70% de las embarazadas alrededor de la semana 20 de gestación, suelen aparecer en abdomen, cadera, glúteos y mamas debido a la ruptura de fibras elásticas de la dermis por incremento de esteroides adrenales.

Las pigmentaciones aparecen en 75% de los embarazos, las cuales suelen aparecer en zonas que de por sí ya se encuentran pigmentadas como pezones, línea alba o morena, ombligo, vulva, ano y cicatrices anteriores relacionado con el aumento en la concentración de la hormona estimulante de la melanina, estrógenos y progesterona.

El cloasma o melasma gravídico está localizado sobre las regiones malares. Los angiomas llamados arañas vasculares se desarrollan en 50 a 60% de los embarazos y suelen presentarse en cara, nuca y extremidades; entre otras cosas más; siendo diminutas elevaciones de color rojizo en la piel con ramificaciones que se extienden a partir de su centro. (INPER, 2001)

El eritema palmar es otro cambio que suele aparecer con frecuencia, en las embarazadas siendo atribuida a la elevación de estrógenos y líneas de color rojazo o blanquecino, visibles en cara, cuello, parte superior del tronco y brazo. (INPER, 2001)

5.2.8 Sistema Endocrino.

La tiroides se encuentra aumentada de tamaño debido a una mayor vascularización de la glándula, lo que genera la hiperplasia y aumento de depuración renal de yodo inorgánico y de proteínas fijadoras de tiroxina. Los estrógenos afectan las funciones de la tiroides e inducen el aumento en la concentración de TBG al principio del embarazo. (MONDRAGÓN, 1999)

El crecimiento de las glándulas suprarrenales se debe a hiperplasia de la corteza, se ha identificado un importante aumento en el grosor de la capa fasciculada de la glándula suprarrenal, por lo que existe un aumento significativo. Los estrógenos son responsables del aumento del cortisol y de la transcortina. (OCEANO, 2000)

La hipófisis se encuentra aumentada de volumen debido a la hiperplasia e hipertrofia celular. El lóbulo anterior aumenta hasta un 40% de tamaño, mientras el lóbulo posterior no parece hipertrofiarse. La mayor parte de las hormonas hipofisarias no sufren alteraciones significativas durante el embarazo; la función de esta hormona no es necesaria durante todo el transcurso del embarazo para la producción de leche. (MONDRAGÓN, 1999)

Los ovarios durante las primeras semanas de gestación desempeñan la función del mantenimiento de la gestación, la producción de progesterona y estrógenos aumenta debido al aumento de HCG; posteriormente se disminuye la producción ovárica por la placenta ya que se encarga del mantenimiento del embarazo hasta estabilizarse en la semana 36 de gestación. (OCEANO, 2000)

En el páncreas existe una hiperplasia de las células B en los islotes de Langerhans, lo que ocasiona incremento en la producción de insulina basal en el plasma durante la segunda mitad del embarazo. La concentración basal de glucagón se encuentra elevada durante los últimos meses de gestación. (INPER, 2001)

5.2.9 Sistema Urinario.

La morfología renal y sus funciones no solo sirven al creciente volumen sanguíneo materno, sino actúan como órganos excretores primarios del feto. Se dice que existe un incremento del índice de filtración glomerular, que aparece precozmente y se continúa elevando hasta el término del embarazo. El flujo de plasma durante el embarazo se produce una irritabilidad vesical generada principalmente por su relación anatómica con el útero, que durante estos meses aún continúa siendo un órgano pélvico, y se manifiesta con urgencia, ardor y deseos frecuentes de orinar. (INPER, 2001)

El útero agrandado y en dextrorrotación comprime los uréteres a su paso por el estrecho pélvico, sobre todo en el lado derecho (el rectosigmoides protege en cierta medida el uréter izquierdo.) Sobreviene la dilatación de uréteres y pelvis renales en el cual pueden contener hasta 200ml de orina, lo que origina un aumento de infecciones en vías urinarias(un 2% de las embarazadas sufren pielonefritis).

El flujo sanguíneo renal se incrementa hasta que llega el tercer trimestre, ocasionando una filtración glomerular del 50% (es mayor en decúbito lateral y en menor en las posiciones sedente o de pie).

Disminuye el umbral renal para glucosa (los túbulos alcanzan la resorción máxima); se elimina glucosa en la orina. (OCEANO, 2000)

La depuración de productos de degradación nitrogenados(urea, creatinina) es elevada, por lo que se produce un descenso en las cifras de estas sustancias en el suero.

Durante la gestación se excreta con facilidad glucosa, lactosa y ácido fólico, principalmente. La glucosuria y lactosuria suelen ser normales, mientras no se acompañen de hiperglucemia, y se debe a la disminución del umbral renal. (INPER, 2001)

Bajo la influencia de los estrógenos la retención total de agua es de 6 a 8 litros al final del embarazo distribuidos entre madre, feto, placenta y líquido amniótico. Produciendo edema fisiológico.

La progesterona incrementa el tamaño del riñón ocasionando una pérdida de sodio y electrolitos en la orina (natriuresis). La secreción de aldosterona por las glándulas suprarrenales y la de estrógenos por la placenta equilibran la progesterona, lo que produce dilatación de los uréteres y la relajación de vejiga y trigono. (OCEANO, 2000)

5.2.10 Órganos de los Sentidos.

Durante el embarazo existen dos cambios importantes: la córnea aumenta de grosor en cerca de 3%, fuera del embarazo el promedio del grosor es de 534 micrómetros y durante el embarazo es de 551 micrómetros: este incremento es debido a la retención de líquido iniciado a la semana 10 del embarazo y desaparece a la sexta semana después del puerperio.

Esta puede ser razón por la cual algunas mujeres embarazadas muestran intolerancia a los lentes de contacto. La presión intraocular disminuye 10% durante el embarazo, pues es de 16.1 mm Hg. sin embarazo y de 14.7 mm Hg. durante el embarazo. (MONDRAGÓN, 1999)

En la audición hay una discreta disminución de la agudeza auditiva por esclerosis del tímpano y depósitos calcáreos. En el olfato hay hiposmia, tumefacción de la mucosa, aumenta la selectividad y la hipersensibilidad a ciertos olores.

El gusto disminuye su sensibilidad gustativa, se altera con intensidades variables para los diferentes sabores, lo cual causa perturbaciones groseras de alimentación, con deseo de alimentos muy condimentados. (OCEANO, 2000)

5.2.11 Cambios Metabólicos.

Las necesidades totales de calorías aumentan a 80 kcal. por día en promedio de 2,500 a 2,700 kcal. al día para la mayoría de las mujeres. El aumento de peso corporal durante el embarazo, es multifactorial del peso total promedio 9 a 11 Kg. en promedio este se distribuye aproximadamente de la siguiente manera. (MONDRAGÓN, 1999)

Las proteínas se requiere un total de 900 gramos para abastecimiento del feto, un crecimiento de la placenta y mamas.

En los lípidos plasmáticos aumentan de manera considerable durante la gestación incluyéndose los lípidos totales, colesterol esterificado, grasa neutra y AGL; teniendo como objetivo ahorrar hidratos de carbono a la madre a fin de garantizar el aporte de glucosa al feto.

En los carbohidratos la insulina se incrementa en sangre materna, principalmente por la hiperplasia de las células B en los islotes de Langerhans.

De los minerales se abastecen las necesidades del crecimiento fetal, atribuyéndose en especial Na 33%, K 48% y Ca 90% y de ácido fólico se necesita para el crecimiento tisular rápido de origen trofoblástico materno-fetal. (MONDRAGÓN, 1999)

Dentro de los minerales se encuentran:

- ❖ Hierro. Este mineral es fundamental para prevenir la anemia, que de presentarse puede retardar el crecimiento del feto e incrementar la posibilidad de pérdida del bebé de malformaciones genéticas y de bajo peso al nacer.
- ❖ Zinc y Cobre. El hierro puede interferir con la absorción de otros minerales, por lo que se recomienda tomar 15mg de zinc y 2mg de cobre al día.
- ❖ Vitamina C. Sirve para formar una placenta fuerte y para desarrollar resistencia a las infecciones. Te ayuda también en la absorción del hierro en el intestino.

- ❖ Calcio y Vitamina D. El acelerado crecimiento fetal requiere de importantes cantidades de calcio; por ello debes tener el suministro suficiente para satisfacer dichas necesidades. Además, de acuerdo con diversas investigaciones, la ingestión de calcio podría ayudar a prevenir la hipertensión gestacional y con ello evitar muchas de las complicaciones obstétricas.
- ❖ Ácido Fólico. Es necesario para la síntesis del ADN y división celular, por lo que juega un rol muy importante en el desarrollo del feto. ayuda a prevenir defectos, del tubo neural, síndrome de Down y otros defectos, lo recomendable es ingerir 600 microgramos al día. (PADRES E HIJOS, 2004)

5.2.12 Cambios Emocionales.

Durante el primer trimestre, la paciente experimenta fatiga y tiene la necesidad de permanecer mucho tiempo durmiendo negar lo que ocurre al no estar despierta. Las causas se desconocen pero el incremento de progesterona, tiene su importancia. En el segundo trimestre, se considera un período de tranquilidad, euforia y extremo bienestar. Existe tendencia a el aumento en la productividad como tejer, coser, bordar y pintar. Durante el tercer trimestre se presenta algunos elementos de depresión y fatiga crónica, sensación de revolución interna, temores de pérdida, insomnio frecuente y sensación de no caber. La causa quizás sea que la paciente se acerca al término del embarazo. (MONDRAGÓN, 1999)

5.2.13 Aparato Reproductor Femenino.

Los cambios fisiológicos y anatómicos del aparato reproductor femenino que se presentan durante el embarazo:

- ❖ La vulva se encuentra hiperémica, edematosa y con apariencia cianótica debido a la congestión venosa; sus tejidos son blandos y con mayor elasticidad debido al aumento de la vascularización.
- ❖ En la vagina se presenta edema y congestiónamiento siendo que su mucosa se torna violáceo debido al aumento de la vascularización basal y del espesor de su epitelio escamoso. La concentración de estrógenos incrementa la cantidad de glucógeno en las células glandulares lo cual incrementa el crecimiento de la flora bacteriana normal. El aumento de las secreciones son densas blancas y ácidas siendo que la acidez en la vagina preservada por la producción de ácido láctico por lo lactobacilos, es favorable para la supervivencia de los espermatozoides. La acidez regula la proliferación de bacterias patógenas en la vagina (ph 3,5 a 5,0). (OCEANO, 2000)

- ❖ El útero aumenta 5 veces de 70 a 900 y a 1200 g al término, su volumen se incrementa desde 10 ml hasta 2 a 10 litros al término. Estimulando al crecimiento y la adaptabilidad del útero siendo que la progesterona prepara el sitio de implantación e inhibe la contractilidad del miometrio. Se observan movimientos fetales. Su posición se eleva hasta la pelvis a las doce semanas efectuando dextrorrotación hacia la derecha. Durante el último trimestre el peso del útero sobre la vena cava y la aorta puede producir síndrome de hipotensión supina. Habiendo una contractilidad hasta la mitad del embarazo el útero es menos propenso a las contracciones; las contracciones tempranas pueden producir aborto. (MONDRAGÓN, 1999)
- ❖ El cérvix se vuelve blando, edematoso con aumento de la vascularización; la hipertrofia de las glándulas endocervicales y el aumento de su vascularización originan mayor secreción de moco cervical espeso denominado tapón mucoso, cuya función es impedir el paso de microorganismos al interior del útero. (MONDRAGÓN, 1999)
- ❖ Las trompas uterinas presentan una ligera hipertrofia de las células musculares con edema marcado y aumento de vascularización. Facilitando la fecundidad del óvulo por el espermatozoide siendo que el líquido que esta presente en el oviducto transmite señales que condicionan los acontecimientos de capacitación de los espermatozoides y segmentación de los gametos. Además de que regulan el tiempo de transporte del huevo fecundado hacia el útero habiendo una preparación adecuada del endometrio para la implantación del huevo.
- ❖ Los ovarios son más grandes en relación con el tamaño y peso de los ovarios fuera de la gravidez, aumentando su vascularización y con frecuencia se palpan a la exploración física. La ovulación y maduración de nuevos folículos se encuentra ausente.
- ❖ La mama es un órgano que tiene la misma estructura histológica en ambos sexos; no obstante, solo se desarrolla en la mujer, durante la pubertad, debido a las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona). Esta constituida por glándulas exocrinas tubuloalveolares que se ramifican junto con sus conductas excretoras, nervios y vasos sanguíneos y linfáticos; los cuales se encuentran envueltos en la fascia superficial y en la grasa cubierta por la piel. (OCEANO, 2000)

La unidad funcional de la mama es el lobulillo, que esta formado por las glándulas y su conducto. Un conjunto de lobulillos, independientes integran un lóbulo, y entre 15 y 25 de estas forman una mama; por medio de los conductos glandulares constituye los conductos galactoforos, que converjan en el pezón, antes de su transmisión funcionan como reservorios lácteos durante la lactancia. (MONDRAGÓN, 1999)

Algunos cambios o efectos que causan las hormonas femeninas son los siguientes:

Estrógenos.

- ❖ Estimulación de los conductos.
- ❖ Hiperemia y edema del tejido mamario intestinal.
- ❖ Erección del pezón.
- ❖ Hiperpigmentación de la areola.

Progesterona.

- ❖ Proliferación del epitelio acinar de los conductos lácteos.
- ❖ Producción de pequeñas gotitas que se reúnen en los conductillos.
(MONDRAGÓN, 1999)

5.3 DISCAPACIDAD.

Debemos tener muy presente que las personas con discapacidades diferentes especialmente los niños y los jóvenes no son enfermos. La mayor parte de las discapacidades no son una enfermedad sino una condición. No podemos definir a la persona por su condición. (MENDOZA, 2000)

Las personas que padecen temporal o permanentemente una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales, tienen derecho a una vida plena y digna, y se les deben garantizar la igualdad de oportunidades, mediante la eliminación de todas las barreras físicas, sociales o culturales, que las excluyen de su plena participación en la sociedad.

(www.cndh.org.mx/Principal/document/derechos/discapa.htm)

Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad de las Naciones Unidas incluyen una definición un poco imprecisa de discapacidad. Las Normas establecen:

" Con la palabra "discapacidad" se resume un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo. La discapacidad puede tomar la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencias, dolencias o enfermedades pueden ser de carácter permanente o transitorio."

" Minusvalía es la pérdida o limitación de oportunidades de participación en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad con los demás. La palabra "minusvalía" describe la situación de la persona con discapacidad en función de su entorno. Esta palabra tiene por finalidad centrar el interés en las deficiencias de diseño del entorno físico y de muchas actividades organizadas de la sociedad, por ejemplo, información, comunicación y educación, que no permiten que las personas con discapacidad participen en condiciones de igualdad".

(www.sre.gob.mx/discapacidad/paperaimsseguiamiento.htm)

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS). "La Discapacidad es cualquier restricción o impedimento para la realización de una actividad, ocasionados por una deficiencia dentro del ámbito considerado normal para el ser humano". (www.revistaunika.com.mx/concepto.htm)

El término Personas con Discapacidades se utiliza para englobar la gama de condiciones que afectan en diversos grados las capacidades y funciones sensoriales, intelectuales, motoras y emocionales. Por tanto, son personas con necesidades especiales cuyas limitaciones no disminuyen su dignidad como seres humanos ni su derecho a participar en la vida de la comunidad. (MENDOZA, 2000)

Existen otros términos para comprender el significado de la Discapacidad, por ejemplo muchas veces se habla de deficiencia o minusválida. Sería apropiado referirnos a esto.

- ❖ **Una deficiencia:** Pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica de un individuo.
- ❖ **Una minusvalía:** Es una situación de desventaja para una persona, a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide desempeñar una actividad normal de acuerdo con su edad, sexo y entorno social y cultural
- ❖ **Enfermedad Potencialmente Discapacitante:** Es aquella que en su evolución tiene la probabilidad de producir una disminución temporal o permanente, parcial o total, en la capacidad funcional, biológica, psicológica, laboral o social del individuo, y que puede o no dificultar o impedir el desempeño de las actividades de la vida diaria.
- ❖ **Enfermedad Discapacitante:** Es aquella que en su evolución necesariamente producirá una disminución permanente, parcial o total, en la capacidad funcional, biológica, psicológica, laboral o social del individuo, y que puede o no dificultar o impedir el desempeño de las actividades cotidianas.

Para clasificar los tipos de Discapacidades existentes los expertos las han conjuntado en cuatro grandes grupos que son los siguientes:

❖ **Discapacidades Intelectuales.**

La discapacidad intelectual es una disminución del proceso cognoscitivo, permanente o temporal. Ciertas veces se puede acompañar de otro tipo de discapacidades como visuales, auditivas, de lenguaje, neuromotoras y físicas.

- Deficiencia Mental.
- Enfermedades Psicológicas.
- Alteraciones en el aprendizaje.

❖ **Discapacidades Auditivas y del Lenguaje.**

La característica principal de la Discapacidad Auditiva es la carencia o pérdida total o parcial del sentido del oído. Puede ser congénita o adquirida, ya sea a través de alguna enfermedad o accidente.

Pueden comunicarse por medio de leer los labios y utilizan lenguaje manual.

❖ **Discapacidades Neuro-Motoras.**

Pérdida total o parcial del movimiento de una o más partes del cuerpo con o sin alteraciones del lenguaje y la sensibilidad.

Tienen limitaciones en sus movimientos por lo que es necesario el uso de aparatos o aditamentos para su desplazamiento, tal es el caso de muletas, andaderas, bastones y silla de ruedas, entre otros.

(www.revistaunika.com.mx/concepto.htm)

❖ **Discapacidades Visuales.**

Es la debilidad o pérdida total o parcial del sentido de la vista. Puede ser congénita o adquirida, ya sea a través de alguna enfermedad o accidente. Los parámetros mundiales para una persona ciega oscilan entre la pérdida absoluta de la vista y el 1/10 de visión según la escala de Wecker. (www.revistaunika.com.mx/concepto.htm)

Hay algunas discapacidades que son muy evidentes en el momento del nacimiento, otros tardan algunos meses en manifestarse, algunas más podrán expresarse en dificultades de aprendizaje o déficit de atención cuando el niño entra a la escuela primaria etc. Hay los que se presentan en la adolescencia, y las adquiridas pueden presentarse en cualquier edad de la vida, especialmente en la adultez y mucho otras durante el proceso de envejecimiento. (MENDOZA, 2000)

5.3.1 Derechos Legales de las Personas Discapacitadas.

Los discapacitados, en el ejercicio de sus derechos, han luchado por establecer los siguientes principios: ser evaluados por sus méritos personales, no por ideas estereotipadas sobre discapacidades; conseguir que la sociedad realice cambios que les permitan participar con más facilidad en la vida empresarial y social (facilitar el acceso con sillas de ruedas al transporte público, a edificios y a espectáculos) y finalmente y, en la medida de lo posible, integrarse con la población capacitada.

El movimiento a favor de los derechos de los discapacitados ha encontrado una cierta oposición en grupos que consideran un coste prohibitivo realizar los cambios necesarios. Además, la ausencia de instalaciones que facilitarían la integración de los discapacitados en la vida pública es utilizada a veces por las personas capacitadas como excusa para ignorar este tema. (ENCARTA, 2003).

En 1992, al concluir el Decenio de las Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad (1983-1992), la Asamblea General proclamó el 3 de diciembre Día Internacional de las Personas con Discapacidad (resolución 47/3). Durante el Decenio se había promovido la toma de conciencia y la adopción de medidas para mejorar la situación de las personas con discapacidad, así como para lograr igualdad de oportunidades. Posteriormente, la Asamblea hizo un llamamiento a los Estados Miembros para que celebrasen el Día Internacional de las Personas con Discapacidad, con miras a fomentar la integración en la sociedad de las personas con discapacidad (resolución 47/88).

El Decenio de las personas con Discapacidad de Asia y el Pacífico (1993-2002) tiene por objeto dar nuevo impulso a la aplicación del Programa de Acción Mundial para las Personas con discapacidad en la región de la comisión económica y social para Asia y el pacífico (CESPAP) y también consolidar la cooperación regional en el logro de los objetivos del programa mundial. (www.serpiente.gysca.unam/mx/conadi)

La CESPAP proclamó el decenio en su resolución 48/3 de 23 de abril de 1992 que la asamblea hizo suya el 16 de diciembre de 1992 (resolución 47/88). (www.serpiente.gysca.unam/mx/conadi)

La Ley para las Personas con Discapacidades del Distrito Federal apareció publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 19 de diciembre de 1995. Esta Ley la expide la Asamblea de Representantes del Distrito Federal. La aplicación de esta ley le corresponde al jefe del Distrito Federal.

La noción de justicia o equidad es central a la problemática del ejercicio de los derechos humanos por parte de las personas con discapacidad. Muchas de las políticas que se requieren para compensar la condición de las discapacidades incluyen un empleo adicional de recursos. Esto podría significar que las personas con discapacidades sean provistas de lo que a una persona sin discapacidades puede parecerle una ventaja. Por ejemplo asignaciones de espacios de estacionamiento público para uso exclusivo como forma positiva de discriminación, como así también la designación de asistentes para el cuidado personal. (www.sre.gob.mx/discapacidad/paperaimseguimiento.htm)

A nivel nacional, el ejercicio de la totalidad de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos está garantizado para las personas con discapacidad, en condiciones de igualdad y respeto a los demás integrantes de la sociedad. (www.cndh.org.mx/Principal/document/derechos/discapa.htm)

En tanto que la bondad de la normativa de proveer oportunidades ha sido reconocida por cierto tiempo, más explícitamente en las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad de las Naciones Unidas, la relación de ello con el asunto más amplio del Desarrollo sólo ha sido formulado recientemente. Como lo estableciera el discurso del Presidente Fox a la Asamblea General, la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidades es central a la ética del desarrollo. (www.sre.gob.mx/discapacidad/paperaimseguimiento.htm) Principios/Derechos Fundamentales. Estos son principios o derechos que deben servir de guía para la Interpretación de la Convención Internacional Amplia e Integral para Promover y Proteger los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad: Principios Básicos:

- ❖ Dignidad y Autodeterminación (autonomía)
- ❖ Igualdad y no discriminación - acciones positivas que no serán consideradas como discriminatorias. Protecciones contra la discriminación serán, extensivas a aquellos vinculados con personas con discapacidades.
- ❖ Participación plena en todas las actividades de la vida.
- ❖ Una vida libre de toda forma de violencia.
- ❖ Desarrollo personal y goce de todas las etapas de la vida.
- ❖ Diversidad de la población con discapacidad.

(www.sre.gob.mx/discapacidad/whattrights.esp.htm)

También está relacionado con la ética del desarrollo porque la mayoría numérica de las personas con discapacidad se encuentran en los países en desarrollo. Esto no sólo refleja el hecho de que la mayoría de las personas viven en los países en desarrollo, sino que muchos de los factores que causan discapacidades, como malnutrición, pobre cuidado infantil y materno, trabajos insalubres y guerras y violencia son parte de la vida de los países en desarrollo.

(www.sre.gob.mx/discapacidad/paperainsseguimiento.htm)

Algunos de los derechos principales de las personas con discapacidad son:

- ❖ A la protección de la salud.
- ❖ Al trabajo.
- ❖ A la educación
- ❖ Políticos.
- ❖ Urbanístico.
- ❖ A la cultura, recreación y deporte.
- ❖ A la protección del consumidor.
- ❖ Fiscal.
- ❖ Civil y procesal civil
- ❖ Penal y procesal penal.

5.3.2 La Discapacidad en México.

Según información de la OMS con cada persona que presenta discapacidad dos personas más se encuentran completamente involucradas en discapacidad, es decir, que además de los 10 millones de personas con discapacidad, existen 20 millones más de personas afectadas directamente por este problema, por lo tanto, en nuestro país existen aproximadamente 30 millones de personas involucradas y afectadas directa o indirectamente por la discapacidad.

(www.revistaunika.com.mx/estad.htm)

Según la Comisión Nacional Coordinadora para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONVIVE), "en México la discapacidad se asocia a bajas condiciones de bienestar tales como la pobreza extrema, la marginación social, la malnutrición, el analfabetismo, la ignorancia, el acelerado crecimiento poblacional y su distribución geográfica en el país, que restringe la prestación de servicios de toda índole".

Las causas que influyen en la discapacidad varían en el mundo, así como las consecuencias y frecuencias de éstas. El DIF, la SEP y el Gobierno del Distrito Federal concluyen que "el 10% de la población tiene algún tipo de discapacidad". El INEGI en el censo 2000 reporta 2.3% de la población con discapacidad severa.

(www.revistaunika.com.mx/estad.htm)

5.3.3 Mujeres con Discapacidades.

Una mujer con una discapacidad es primero y por encima de todo una mujer. Pero es una mujer con una "doble desventaja".

No solo tiene que luchar contra las barreras y retos "tradicionales" que encuentran las mujeres en el hogar, en la comunidad y en el mundo del trabajo, sino que sufre las dificultades adicionales, obstáculos y falta de oportunidades derivadas de su discapacidad. A consecuencia de su problema- y de la percepción que la sociedad tiene de él-, a menudo se ve aislada, discriminada, desalentada y en ocasiones incluso vetada para participar activamente en la vida pública y en la familiar.

Aún, las mujeres con discapacidades no suelen tener la oportunidad de casarse, pero muchas de ellas tienen hijos. La ignorancia, la pobreza y el deseo de ser aceptadas con frecuencia hace víctimas a las mujeres discapacitadas del VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual.

www.cinterfor.org.uy/public/spanish/región/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/pacta/cue_gen/muj_dis.htm

De allí la necesidad de educar a las personas con discapacidades y a sus familias sobre las connotaciones físicas, emocionales y de comportamiento que estas presentan. Las necesidades especiales de las mujeres discapacitadas están relacionadas con limitaciones de su movilidad, con debilidad o fatiga excesiva, con espasticidad, con alteraciones de las funciones corporales o con disfunciones de los sentidos.

El derecho a la información sobre la salud sexual y reproductiva es especialmente pertinente en el caso de estas mujeres, ya que no se puede eliminar la preocupación sobre esos aspectos de la vida de ninguna persona. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1995)

5.3.4 Malformaciones Congénitas.

Anomalías congénitas o Enfermedades congénitas, enfermedad estructural o funcional presente en el momento del nacimiento. El desarrollo embrionario y fetal puede ser alterado por diversos factores externos como: radiaciones, calor, sustancias químicas, infecciones y enfermedades maternas. Estos agentes externos se llaman teratógenos (del griego teratos, 'monstruo', y genes, 'nacimiento'). Las anomalías congénitas también pueden ser causadas por una alteración genética del feto, o por la acción conjunta de un agente teratógeno y una alteración genética.

Más del 20% de los fetos malformados terminan en aborto espontáneo; el resto nacen con una enfermedad congénita. Hasta un 5% de los recién nacidos presenta algún tipo de anomalía congénita, y éstas son causa del 20% de las muertes en el período postnatal. Un 10% de las enfermedades congénitas son hereditarias por alteración de un solo gen; otro 5% son causadas por alteraciones en los cromosomas. (ENCARTA, 2003)

Algunas anomalías genéticas presentan síntomas evidentes ya en el momento del nacimiento. Pueden ser causadas por mutaciones de un gen, de varios genes (herencia poligénica), o por alteraciones cromosómicas complejas. Muchas enfermedades se heredan de modo recesivo: ninguno de los padres padece la enfermedad pero ambos son portadores del gen causante de ella. Cuando ambos padres presentan un gen dominante A y un gen recesivo a, sus descendientes pueden heredar una de las cuatro posibles combinaciones: AA, Aa, aA, o aa. si el gen recesivo a transmite la enfermedad, existe un 25% de probabilidades de que cada hijo esté enfermo. En otras anomalías congénitas la presencia de un solo gen recesivo produce la enfermedad.

(www.omega.ile.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/124/hm/sec_7.htm)

5.3.4.1 Agentes Externos

En torno a un 10% de las anomalías congénitas están causadas por factores externos. Se demostraron los efectos de la radiación por la gran incidencia de malformaciones en los hijos de las japonesas embarazadas expuestas a las bombas atómicas de 1945, así como en las gestantes sometidas a radioterapia. El riesgo para el feto es menor en las radiografías utilizadas para la elaboración de diagnósticos; no obstante, los radiólogos recomiendan realizar sólo las necesarias durante el embarazo. Someter a una gestante a temperaturas elevadas (como la de un baño muy caliente) también puede producir anomalías congénitas. (www.cfnavarra.es/BIF/boletines/15/1503.htm)

Se creía que la placenta (órgano de unión del feto a la madre) era una barrera protectora frente a sustancias químicas presentes en la sangre materna. Este concepto condujo a finales de la década de 1950 al nacimiento de muchos niños con focomelia (miembros ausentes de forma total o parcial) debido a la utilización del sedante talidomida.

Otros teratógenos conocidos son el alcohol, los anticonvulsivos, los quimioterapéuticos antineoplásicos, la cocaína, el ácido retinoico (tratamiento para el acné), y los antibióticos tetracilinas y aminoglucósidos (estreptomina, gentamicina, tobramicina). En 1955 se descubrió en Japón una 'epidemia' de parálisis cerebral debida a que las embarazadas consumían pescado contaminado con el producto industrial metilmercurio.

(www.com/health_info/content/esp/genetics/identify.htm1)

5.3.4.2 Diagnóstico y Detección

Para el diagnóstico prenatal existen dos tipos de pruebas que se pueden realizar en una mujer embarazada de pocas semanas para determinar si el feto posee algún defecto genético. En ambos procedimientos se extraen células del feto en desarrollo. Las células obtenidas tienen la misma composición genética que el feto, por lo que en ellas se pueden comprobar si existe alguna anomalía genética. La biopsia coriónica consiste en extraer una pequeña muestra de tejido de las vellosidades coriónicas, prolongaciones vasculares del corion del embrión que entran en la formación de la placenta. Esta técnica generalmente se practica entre la semana 10 y 12 de embarazo. El médico realiza la inserción, con control ecográfico, de una aguja a través de la pared abdominal de la mujer o de un pequeño tubo (catéter) a través de la vagina hasta el cuello uterino, y extrae, utilizando una jeringuilla, una muestra de tejido para analizar. La amniocentesis se suele realizar entre la semana 15 y 17 de embarazo. El procedimiento consiste en introducir una aguja a través de la pared abdominal para extraer, con una jeringuilla, una muestra del líquido amniótico que rodea al feto en el interior del útero. (www.cfnavarra.es/BIF/boletines/15/1503.htm)

Ambas técnicas presentan un pequeño riesgo para el feto en desarrollo y, por ello, los médicos recomiendan realizarlas sólo cuando existan antecedentes familiares de enfermedades hereditarias o un riesgo conocido a padecer alguna anomalía genética. Se han desarrollado diferentes pruebas diagnósticas para detectar los genes defectivos y las anomalías fetales.

Existen algunas pruebas diagnósticas menos agresivas que las anteriores. La más utilizada es la ecografía (basada en los ultrasonidos), útil para diagnosticar malformaciones, la edad fetal, los embarazos múltiples y el sexo fetal. Los niveles elevados de alfa-fetoproteína en sangre materna pueden indicar la presencia de una espina bífida; los niveles bajos pueden indicar síndrome de Down. En este caso también pueden aparecer niveles anormales en sangre materna de estriol no conjugado y de gonadotropina coriónica humana. (www.com/health_info/content/esp/genetics/identify.htm1)

5.3.5 Agentes Teratogenos Humanos.

El cosmos en que se desarrolla un nuevo ser puede dividirse en micro, matro y macro ambiente; el cual influye en el desarrollo del producto favoreciendo la normogénesis o provocando teratogénesis.

Todos los agentes ambientales capaces de desviar el desarrollo hacia la anormalidad, son considerados teratógenos, de manera que para ser considerados como tal se ha avanzado en el conocimiento del tiempo crítico, en que un agente físico, químico o biológico puede ser el responsable de la teratogénesis. (www.reprohumana.com/gm.htm1)

Los teratógenos son agentes ambientales o factores maternos que causan una alteración física o funcional en la descendencia. En la evaluación de cada recién nacido, se debe obtener un cuidadoso historial del embarazo para determinar si ha tenido lugar la exposición a algún riesgo potencial. Para obtener una información exacta de la naturaleza del riesgo, es muy importante conocer la duración, la dosis y el momento en que tuvo lugar durante la gestación.

(www.omega.ile.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/124/htm/sec_7.htm)

Una vez obtenidos estos datos y tras una revisión cuidadosa de la literatura, se pueden obtener conclusiones acerca de los riesgos en un embarazo concreto. En muchos casos, el análisis no permite llegar a conclusiones debido a la falta de estudio suficientes sobre la teratogenicidad humana.

El examen del recién nacido que sufrió la exposición prenatal puede permitir identificar los síntomas físicos asociados con un teratógeno concreto y establecer así un diagnóstico.

El examen físico suele ser normal y puede darse a los padres una información alentadora que puede aliviar la ansiedad que encierra a menudo un posible riesgo prenatal. (www.reprohumana.com/gm.htm1)

Muchos otros son cuestionables o están bajo sospecha, pero sin demostrar. Una evidencia definitiva de la teratogenicidad en los seres humanos puede ser difícil de obtener porque hay riesgos inherentes a la interpretación retrospectiva de los datos obtenidos en seres humanos y extrapolados de los animales de experimentación. Por lo general, un agente teratógeno cumple los siguientes criterios:

- ❖ Está presente durante los períodos críticos del desarrollo.
- ❖ Produce defectos congénitos en animales de laboratorio en un porcentaje más elevado que en los casos controles.
- ❖ Actúa de forma inalterada en el embrión-feto a través de la placenta. (www.com/health_info/content/esp/genetics/identify.htm1)

Existen varios teratógenos humanos identificados como son:

TERATÓGENOS HUMANOS CONOCIDOS.	
CONDICIONES MATERNAS. Diabetes Mellitus. Enfermedad Tiroidea. Fenilcetonuria. Lupus Eritematoso. Miastenia Grave. Tumores Virilizantes.	INFECCIONES MATERNAS. Citomegalovirus. Rubéola. Sífilis. Toxoplasmosis. Varicela. Virus del Herpes I y II. VIH.
DROGAS DE RECREO. Alcohol. Cocaína. Narcóticos. Tabaco.	FÁRMACOS. Ácido Valproico. Agentes Antitiroideos. Antagonistas de Acido Fólico. Corticoesteroides. Cumarina. Dietilestilbestrol. Penicilina. Trimetadiona. Vitamina A.
EXPOSICIONES AMBIENTALES. Hipertermia. Mercurio Metílico. Plomo. Radiación.	

(www.com/health_info/content/esp/genetics/identify.htm1)

El momento de la exposición desempeña un papel importante en la teratogenicidad de un determinado agente. El período de preimplantación, desde la concepción hasta el final de la segunda semana, suele considerarse un tiempo de aparente inmunidad a los teratógenos. Se cree que una exposición significativamente tóxica del embrión durante este período impide la implantación propiamente dicha, produciéndose un aborto espontáneo. Alternativamente, algunos investigadores argumentan que no pueden acumularse niveles tóxicos en embrión no implantado. A pesar de todo, este concepto de un efecto teratogénico <<todo o nada>> durante esta etapa de gestación tiene importantes implicaciones. (www.cfnavarra.es/BIF/boletines/15/1503.htm)

El período embrionario, que va desde la semana 2 hasta la 8 de gestación, sigue siendo la etapa más importante en lo referente al desarrollo de malformaciones, ya que es el período crítico de la organogénesis. Se produce la migración y diferenciación celular en los diferentes órganos, haciéndolos vulnerables al efecto de los agentes exógenos. El período fetal, desde la semana 9 de gestación hasta el parto, sigue siendo un período en el que también pueden producirse malformaciones, pero es además un período en el que estos agentes pueden ejercer efectos funcionales o de comportamiento en el desarrollo humano.

Muchos teratógenos presentan <<ventanas de acción>> críticas, lo que quiere decir que los efectos teratógenos sólo se producen si el embrión-feto ha sido expuesto durante un periodo de tiempo concreto. (www.reprohumana.com/gm.htm1)

Muchos fármacos, productos químicos y agentes ambientales atraviesan libremente la placenta durante el desarrollo del embrión-feto. Sin embargo, cada teratógeno tiene una dosis teórica específica por encima de la cual produce efectos nocivos. Este umbral del teratógeno suele ser significativamente más bajo que el que produciría síntomas en el adulto. En muchos casos, esta dosis límite específica no se ha establecido en seres humanos. (www.com/health_info/content/esp/genetics/identify.htm1)

5.3.5.1 Condiciones Maternas.

5.3.5.1.1 Diabetes Mellitus.

Las alteraciones congénitas siguen siendo una causa importante de morbimortalidad perinatal entre los niños de madres diabéticas. Los niños de madres diabéticas dependientes de la insulina presentan un riesgo 3-4 veces superior de desarrollar alteraciones mayores en el nacimiento, correspondiente a un riesgo absoluto del 6-9%, dependiendo del estudio. La frecuencia de alteraciones mayores es más elevada entre las mujeres con diabetes más graves. Las mujeres con enfermedad vascular presentan un mayor índice de hijos con malformaciones. Las madres con diabetes no insulino dependientes y con diabetes gestacional no parecen presentar riesgo de tener hijos con malformaciones.

(www.salud.discapnet.es/discapidades+y+deficiencias/condiciones+discapitantes/diabetes+13/index.htm).

Existen controversia con respecto al papel que podría desempeñar en estas alteraciones el grado de control de la glucemia, determinado por los niveles de hemoglobina A1C durante el primer trimestre. En el estudio de la diabetes en la gestación temprana no se encontró correlación entre el riesgo de alteraciones y los niveles de hemoglobina glucosilada.

La mayoría de las alteraciones congénitas entre los hijos de madres diabéticas no suelen ser específicas y afectan a una gran variedad de órganos. Las malformaciones congénitas incluyen varios tipos de enfermedades cardíacas congénitas, hidrocefalia, defectos en el tubo neural, anencefalia, holoprosencefalia, agenesia renal, anomalías uretral, síndrome del colon izquierdo pequeño y anomalías vertebrales.

(www.com/health_info/content/esp/genetics/identify.htm1)

5.3.5.1.2 Enfermedad Tiroidea.

El hipotiroidismo materno incrementa el riesgo de abortos, nacimiento de niños muertos y partos prematuros. No existe incremento del índice de anomalías congénitas en la descendencia de las madres hipotiroideas. (www.cfnavarra.es/BIF/boletines/15/1503.htm)

El hipertiroidismo materno autoinmune también eleva el riesgo de abortos espontáneos y prematuridad, así como el escaso peso al nacer. Las mujeres con hipertiroidismo pueden presentar un mayor riesgo de tener hijos con malformaciones. (www.discople.com/pac.pediatría-1/d5/p1d5_p32.htm)

La tirotoxicosis fetal puede producirse en madres con la enfermedad de Graves, ya que las inmunoglobulinas estimuladoras del tiroide se transfieren a través de la placenta. Este diagnóstico puede sospecharse en algunas mujeres embarazadas con la enfermedad de Graves, independientemente de su estado tiroideo. La tirotoxicosis e insuficiencia cardíaca congénita. (CERIANI, 1999)

5.3.5.1.3 Fenilcetonuria.

Fenilcetonuria, rara enfermedad hereditaria de los recién nacidos en la que la enzima que procesa el aminoácido fenilalanina es defectuosa o no está presente, lo que produce una acumulación de fenilalanina en la sangre del niño afectado, poco después del nacimiento. Si no se trata dentro de las primeras semanas de vida, puede causar retraso mental y otros problemas neurológicos graves. Si se inicia pronto una dieta estricta en la que se elimina la fenilalanina y si se sigue ésta con rigor, los niños afectados pueden desarrollarse con normalidad.

(www.salud.discapnet.es/discapacidades+y+deficiencias/condiciones+discapacitantes/fenilcetonuria1/fenilcetonuria.htm)

La fenilalanina suele convertirse en tirosina, otro aminoácido. La enzima que desencadena esa conversión, llamada fenilalanina hidroxilasa, no funciona bien en los pacientes con la enfermedad. Esa situación provoca un exceso de fenilalanina en la sangre, que daña el desarrollo del sistema nervioso central del niño, lo que en algunos casos causa retraso mental, convulsiones, temblores, desórdenes en el comportamiento y algunas formas de enfermedad mental. Los enfermos que no reciben tratamiento suelen tener pelo rubio y ojos azules, ya que el exceso de aminoácido inhibe la formación de melanina, el pigmento que proporciona al pelo y a los ojos su color. (www.omega.ile.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/124/htm/sec_7.htm)

Los niños recién nacidos con fenilcetonuria no suelen mostrar signos de la enfermedad hasta unas semanas o unos meses después del nacimiento. A principios de la década de 1960, el investigador médico estadounidense Robert Guthrie desarrolló un test para diagnosticar esta anomalía en los recién nacidos. El test Guthrie, o uno de los muchos tests desarrollados recientemente para establecer un diagnóstico, mide la concentración de fenilalanina en la sangre del recién nacido.

(www.salud.discapnet.es/discapacidades+y+deficiencias/condiciones+discapacitantes/fenilcetonuria1/fenilcetonuria.htm)

En la actualidad, en la mayoría de los países desarrollados se realiza esta prueba a los recién nacidos antes de que abandonen el hospital.

Es crucial que los niños a los que se les ha diagnosticado fenilcetonuria inicien una dieta baja en fenilalanina en las primeras semanas de vida. Los alimentos ricos en proteínas contienen también este aminoácido; por esa razón, las personas que padecen esta enfermedad hereditaria deben evitar todas las fuentes concentradas de proteínas, como la carne, el pescado, las aves, la leche, los huevos, los productos lácteos, las nueces y las legumbres. Como los niños necesitan una gran variedad de nutrientes para desarrollarse y crecer, deben tomar un sustituto nutricional que consiste en una fórmula especial libre de fenilalanina y rica en proteínas. Los niños mayores y los adolescentes que padecen la enfermedad deben seguir bebiendo esa fórmula y complementan sus dietas con una variedad de alimentos bajos en proteínas, como frutas, verduras, algunos cereales y otros productos especiales.

(www.reprohumana.com/gm.htm1)

Es de especial importancia que las mujeres con fenilcetonuria que estén embarazadas mantengan un nivel bajo de fenilalanina en la sangre. Unos niveles elevados de este aminoácido en la madre pueden causar serios problemas en el niño, como peso bajo, tamaño pequeño de la cabeza, defectos en el corazón y retraso mental, aun en el caso de que el niño no padezca fenilcetonuria. Ese desorden puede prevenirse si la mujer sigue la dieta especial antes de la concepción.

(www.salud.discapnet.es/discapidades+y+deficiencias/condiciones+discapitantes/fenilcetonuria1/fenilcetonuria.htm)

5.3.5.1.4 Lupus Eritematoso Sistémico.

El lupus eritematoso sistémico materno conlleva un elevado riesgo de abortos espontáneos, prematuridad y nacimiento de niños muertos. El incremento del índice de fetos perdidos observado puede deberse a varios mecanismos, incluyendo vasculitis decidual activa, anticuerpos linfocitotóxicos reactivos con trofoblastos, anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB, que producen la destrucción del sistema fetal de conducción cardíaca y anticuerpos lupus anticoagulante y anticardiolipina.

(www.salud.discapnet.es/discapidades+y+deficiencias/condiciones+discapitantes/lupus/cover+lupus.htm)

Las IgG adquiridas a través de la placenta pueden provocar el síndrome lupus neonatal, que se caracteriza por un eritema fotosensible, alteraciones hematológicas y bloqueo congénito del corazón. Normalmente, la situación se resuelve a los 9 meses de edad.

(HARCOURT, 2000)

5.3.5.1.5 Miastenia Grave.

En la miastenia grave materna, una alteración autoinmune mediada por IgG, los anticuerpos atacan al receptor de acetilcolina en la unión neuromuscular. La miastenia neonatal transitoria se observa en alrededor del 12% de los hijos de madres con miastenia grave, ya que IgG se transmite a través de la placenta.

Entre los síntomas de miastenia neonatal se incluyen dificultades en la alimentación, problemas respiratorios, hipotonía, debilidad, ptosis y oftalmoplejía. Los síntomas pueden aparecer pronto después del nacimiento o retrasarse varios días. La prueba diagnóstica de provocación con cloruro de edrofonio produce una mejora temporal. Los inhibidores de la colinesterasa, como la neostigmina metil sulfato, pueden ser útiles en el tratamiento. (www.com/health_info/content/esp/genetics/identify.htm1)

Miastenia gravis, enfermedad crónica caracterizada por debilidad progresiva y fatiga de los músculos voluntarios. Entre los músculos afectados se incluyen aquellos que se utilizan para caminar, respirar, masticar y hablar. Un signo característico de esta enfermedad es la caída de los párpados. La miastenia gravis afecta con más frecuencia a mujeres entre los 20 y 30 años de edad, aunque puede aparecer en ambos sexos después de la adolescencia; después de los 40 años la padecen más hombres que mujeres. (www.cfnavarra.es/BIF/boletines/15/1503.htm)

5.3.5.1.6 Tumores Virilizantes.

La masculinización de genitales femeninos del recién nacido pueden ser el resultado de la exposición a andrógenos que atraviesan la placenta, producidos por la presencia de tumores virilizantes en la madre. Estos tumores incluyen tumores de las células de Leydig, tumores suprarrenales, tumores de células granulosas, leuteomas y tumores Krukenberg. (www.discope.com/pac.pediatría-1/d5/p1d5_p32.htm)

5.3.5.2 Drogas de Recreo.

5.3.5.2.1 Alcohol.

La exposición del feto al alcohol puede provocar efecto devastadores, como suele ser el síndrome del alcoholismo fetal. El SAF se presenta en un porcentaje aproximado del 0.5-0.3% de los nacidos vivos y está considerado como una de las principales causas del retraso mental. (www.cfnavarra.es/BIF/boletines/15/1503.htm)

El Síndrome SAF, completamente desarrollado, se observa en el 30-40% de los niños de madres que consumen una cantidad superior a 60 mililitros de alcohol puro por día durante el primer trimestre. (CERIANI, 1999)

También se ha asociado con SAF el consumo esporádico de grandes cantidades de alcohol pueden aparecer con un consumo inferior a 30 ml de alcohol por día. No obstante, dado que algunos de los efectos del alcohol pueden aparecer con el consumo de pequeñas cantidades, lo más aconsejable es la completa abstinencia durante el embarazo. (CERIANI, 1999)

El SAF se caracteriza por retraso del crecimiento pre y posnatal, deficiente función del sistema nervioso central y dismorfismo craneofacial típico. Las características craneofaciales más habituales entre los niños afectados incluyen; microcefalia, pequeñas fisuras palpebrales, filtrum poco desarrollado, labio superior delgado y maxilar plano. Entre las características menos frecuentes se incluyen pliegues epicantales, microftalmía, estrabismo, ptosis, fisura de labio y paladar y rotación posterior de las orejas.

(www.omega.ile.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/124/htrm/sec_7.htm)

El diagnóstico de SAF debe limitarse a los individuos que presentan alteraciones craneofaciales, retraso del crecimiento y síntomas neurológicos. La frase efectos del alcoholismo fetal se refiere a cualquier trastorno atribuible a la exposición prenatal al alcohol, pero sin la tríada clásica descrita para el SAF. Se ha argumentado recientemente en contra del término SAF, ya que es impreciso, conceptúa a las madres y presupone que el alcohol es la mayor o la única causa de los problemas del niño. (www.cfnavarra.es/BIF/boletines/15/1503.htm)

5.3.5.2.2 Cocaína.

El abuso de la cocaína ha llegado a ser un problema de salud pública durante la pasada década. Algunos hospitales informaron que el consumo de cocaína en las grandes ciudades afecta al 20% de las embarazadas frente al 1.4% en las áreas residenciales. La cocaína y el alcohol son las sustancias de las que más se abusa durante el embarazo.

La duración de la gestación y el perímetro craneal en el recién nacido se reducen en los fetos expuestos a la cocaína. Las malformaciones congénitas son más frecuentes entre los recién nacidos expuestos durante el embarazo. Suelen incrementarse las alteraciones del trato genitourinario, como insuficiencia del desarrollo renal e hidronefrosis, y la enfermedad cardíaca congénita. (HARCOURT, 2000)

5.3.5.2.3 Narcóticos.

Los analgésicos narcóticos, como la heroína, la meperidina y la metadona, atraviesan la placenta sin dificultad y provocan la adicción fetal con el uso continuado. La utilización ilícita de narcóticos durante el embarazo afecta al feto por la adicción maternofetal a los mismos, por la asociación a enfermedades maternas y por los problemas del estilo de vida del adicto. Una exposición aislada a los narcóticos no suele incrementar el riesgo de malformaciones congénitas (www.cfnavarra.es/BIF/boletines/15/1503.htm)

5.3.5.2.4 Tabaco.

El hábito de fumar se ha asociado con diferentes efectos adversos para el desarrollo fetal. Aunque el número de mujeres fumadoras ha disminuido de forma continua en las pasadas dos décadas, alrededor del 16% conservan el hábito de fumar durante el embarazo. En el humo del cigarro existen una gran variedad de agentes tóxicos, incluyendo monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno, amoníaco, nicotina y componentes carcinogénicos. (CERIANI, 1999)

Los hijos de madres fumadoras presentan un menor peso al nacer, alrededor de 150-250 g menos que los de madres no fumadoras. Además, las fumadoras tienen doble porcentaje de hijos con bajo peso al nacer, menos de 2500 g en comparación con las no fumadoras. La reducción de peso que se observa en estos niños depende del número de cigarrillos fumados y es independiente de otros factores. También existen evidencias de que la exposición de las madres no fumadoras sobre el retraso del crecimiento de su hijo son más evidentes a partir de las 16 semanas de gestación. Si abandona el hábito en el primer trimestre, se eliminan muchos de los efectos que produce el hábito de fumar, como partos prematuros y bajo peso al nacer.

(www.omega.ile.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/124/htm/sec_7.htm)

5.3.5.3 Exposiciones Ambientales.

5.3.5.3.1 Hipertermia.

Se ha observado en algunos estudios preliminares una asociación entre la elevada temperatura materna durante el primer trimestre y los defectos en el tubo neural, la microftalmía y la microcefalia. En un estudio prospectivo también se apreció un incremento relativo del riesgo de defectos en el tubo neural en mujeres con hipertermia durante los 2-3 primeros meses de gestación. El riesgo relativo de defectos en el tubo neural fue del 1,8 por fiebre y utilización de la sauna, y del 2,8 por exposición a baño caliente. (CERIANI, 1999)

5.3.5.3.2 Mercurio Metílico.

El mercurio metílico es muy tóxico para el cerebro del feto en desarrollo. El envenenamiento materno provoca parálisis cerebral, retraso mental, microcefalia y defectos visuales. Esta situación, conocida como enfermedad congénita Minimata, fue descrita por primera vez en Japón entre los años 1953 y 1971, debido a la ingestión de pescado contaminado con mercurio procedente de la bahía Minimata. En este brote, la embarazadas con niños afectados no presentaron síntomas o sólo tuvieron leves parestesias. El riesgo de intoxicación congénita de mercurio metílico ha llevado a recomendar a las mujeres en edad de tener hijos que eviten cualquier exposición ocupacional o ambiental a este elemento. (www.cfnavarra.es/BIF/boletines/15/1503.htm)

5.3.5.3.3 Plomo.

El envenenamiento agudo por plomo durante el embarazo incrementa el riesgo de abortos espontáneos y de niños muertos al nacer. Se han descrito varios casos de intoxicación congénita en los que las madres tomaron grandes cantidades de plomo. En estos casos, las madres y los bebés mostraron siempre niveles tóxicos de plomo. En estos lactantes, los fallos más frecuentes fueron anemia, cambios en los huesos y defectos neurológicos. No se aprecia un mayor riesgo de malformaciones entre los niños con niveles elevados de plomo en la sangre del cordón umbilical. La exposición a bajos niveles de plomo no afecta a la fertilidad o a la supervivencia del feto.

(www.omega.ile.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/124/htm/sec_7.htm)

5.3.5.3.4 Radiación.

Se ha demostrado que la radiación iónica es claramente nociva para el desarrollo fetal, pero la dosis y el momento de producirse desempeñan un papel fundamental en sus efectos. La radiación natural del subsuelo expone al embrión o al feto a alrededor de 80 mrems/año, un nivel bajo que se considera insignificante en la incidencia de abortos involuntarios, retraso en el crecimiento o malformaciones congénitas. (HARCOURT, 2000)

Los efectos prenatales de una elevada dosis de radiación iónica; las exposiciones en el primer trimestre que excedieron de 10 rads causando elevados índices de microcefalia y retraso mental, con un mayor efecto dosis dependiente cuando la exposición se produce entre la semana 8 y la 15 de gestación. Incluso entre los otros niños sanos expuestos prenatalmente entre la semana 8 y la 26, se ha observado en los resultados académicos. (ENCARTA, 2003)

Otros efectos nocivos de la radiación incluyen la infertilidad, la reducción del peso al nacer y la pérdida del feto. Una dosis elevada (>100rads) de exposición durante el desarrollo del embrión también se ha asociado con un número de alteraciones en el nacimiento, incluyendo hidrocefalia, microftalmía, coloboma, atrofia óptica, espina bífida, fisura de paladar, pie cavo, hipofalangismo, alteraciones genitales y retraso del crecimiento.

Entre los hijos de las madres que han resultado expuestas durante el embarazo se ha observado esporádicamente un índice algo más elevado de tumores malignos.

(www.omega.ile.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/124/htm/sec_7.htm)

Los procedimientos actuales que se llevan a cabo para el diagnóstico radiológico suponen una exposición de 20-5.000 mrad. Aunque no se ha determinado definitivamente una dosis absoluta mínima de irradiación, el National Council of Radiación Protección recomienda que la dosis fetal permisible sea de 500 mrems. (www.reprohumana.com/gm.htm1)

5.3.5.4 Infecciones Maternas.

5.3.5.4.1 Citomegalovirus.

Las infecciones congénitas por citomegalovirus se producen sobre todo tras las primeras infecciones, con un índice de ataque fetal aproximado del 50%. Ocasionalmente, las infecciones recidivantes por CMV llevan a infecciones congénitas. (www.reprohumana.com/gm.htm1)

Las señales clásicas de infección congénita incluyen RCI, microcefalia, hepatosplenomegalia, trombocitopenia, calcificación intracraneales, coriorretinitis, crisis convulsivas, ceguera y atrofia óptica. En un esperado estudio de infecciones por CMV, alrededor del 8% de los niños infectados desde su nacimiento que no mostraron síntomas al nacer. Un 13% adicional de los niños infectados desde su nacimiento no mostraron síntomas al nacer presentaron grave pérdida auditiva sensorineural durante los primeros años de vida. La pérdida sensorineural auditiva suele ser progresiva y requiere evaluación audiológica longitudinal. (ENCARTA, 2003)

5.3.5.4.2 Rubéola.

El síndrome de rubéola congénita tiene lugar tras una infección materna por rubéola durante las primeras 16 semanas de embarazo. El índice de ataque al feto supera el 90% en las primeras 8 semanas y después cae progresivamente. (HARCOURT, 2000)

Aunque la rubéola es un proceso mucho menos grave que el sarampión, tiene a veces consecuencias graves en la mujer gestante. (ENCARTA, 2003)

El recién nacido puede verse afectado por varias anomalías congénitas, incluyendo defectos cardíacos, retraso mental, sordera y cataratas. La incidencia de estas malformaciones es tan elevada que muchos médicos recomiendan el aborto terapéutico, si no se ha producido un aborto espontáneo como consecuencia de la enfermedad. Es raro que después del cuarto mes de embarazo la rubéola origine anomalías congénitas. A las mujeres embarazadas que han tenido contacto con la rubéola se les administra gammaglobulina (componente de la sangre) en un intento de evitar que contraiga la enfermedad. Se recomienda que las mujeres en edad fértil reciban inmunización con vacunas de virus vivos atenuados varios meses antes de quedar embarazadas. (ENCARTA, 2003)

5.3.6.4.3 Sífilis.

La madre gestante puede transmitir la enfermedad al feto, originándose la llamada sífilis congénita, diferente, desde el punto de vista clínico, de la afección por transmisión sexual.

El feto puede adquirir una infección congénita por el treponema de una madre con sífilis primaria, secundaria o latente no tratada. Una sífilis primaria o secundaria no tratada conlleva un elevado riesgo de nacimiento de niños muertos o prematuros y de infecciones congénitas. (ENCARTA, 2003).

Muchos de los recién nacidos con sífilis congénita no tienen síntomas al nacer, sino que los desarrollan más tarde. Alrededor del 5-27% de los recién nacidos con lúes presentan algunos hallazgos al nacer, incluyendo una erupción maculopapular, hepadenopatía, anemia y ruidos nasales. La deformidad en el caballete de la nariz está motivada por la destrucción del cartílago y el septum nasal. Los cambios típicos que muestran las radiografías incluyen una reacción periostal, osteítis y radiolucencias metafisarias. (CERIANI, 1999)

Las manifestaciones oculares incluyen coriorretinitis, uveítis, iridociclitis y queratitis. También ha sido descrita la hidropesía fetal. Cuando las manifestaciones clínicas aparecen antes de las 4 semanas de edad, hay una tasa de mortalidad muy alta, del 54% comparado con el 9% en los que presentan manifestaciones después de las 4 semanas. (www.omega.ile.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/124/htm/sec_7.htm)

5.3.6.4.6 Toxoplasmosis.

Si una mujer contrae la toxoplasmosis durante el embarazo esta enfermedad puede ocasionar anomalías congénitas graves en el feto. La toxoplasmosis materna aguda se observa en el 0.2-0.7% de las embarazadas y conlleva un riesgo del 13% de enfermedad congénita y un riesgo del 26% de infección subclínica. Cuanto más pronto se produce la infección en la gestación menor es el riesgo de transmisión fetal, pero mayor es el riesgo de que el feto tenga consecuencias más graves. (ENCARTA, 2003).

El tratamiento prenatal de las embarazadas con toxoplasmosis grave, con espiramicina y sulfonamidas reduce los efectos nocivos para el feto. (ENCARTA, 2003).

El diagnóstico serológico de la toxoplasmosis congénita incluye la presencia de una IgM específica de toxoplasmosis en la sangre del cordón o un incremento de 4 veces o más de La IgG específicas de toxoplasmosis, comparado con los niveles de la madre. (CERIANI, 1999)

5.3.6.4.5 Varicela.

El síndrome de varicela fetal se observa en menos del 1% de la descendencia de las mujeres infectadas durante el embarazo, casi exclusivamente entre las infectadas antes de las 20 primeras semanas de gestación. Los principales hallazgos en los recién nacidos incluyen defectos en las extremidades y cicatrices de lesiones en la piel, ajustándose a un patrón de los dermatomas. (CERIANI, 1999)

También se han presentado una gran variedad de alteraciones neurológicas incluyendo disfagia bulbar, retraso mental, crisis convulsivas, atrofia óptica, parálisis del nervio frénico, microcefalia, hidrocefalia, síndrome de Horner y debilidad de las extremidades. (CERIANI, 1999)

Las alteraciones oculares también son frecuentes, principalmente la coriorretinitis, el nistagmo, la microftalmía, la anisocoria y las cataratas. Ocasionalmente también se han descrito alteraciones gastrointestinales y genitourinarias. Las infecciones maternas por zóster no suponen riesgo para el desarrollo fetal.

(www.omega.ile.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/124/htm/sec_7.htm)

5.3.6.4.6 Virus del Herpes Simple Tipo I y II.

La infección congénita por el virus herpes simple puede causar RCI, microcefalia, hidroencefalia, calcificaciones intracraneales, microftalmía, coriorretinitis, erupción vesicular o ampulosa, cicatrices en la piel y niños prematuros. Las infecciones congénitas pueden producirse como consecuencia de una infección materna primaria o recidivante. En numerosos casos, la infección materna es completamente asintomática o subclínica. (CERIANI, 1999)

5.3.6.4.7 Virus de La Inmunodeficiencia Humana.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia congénita humana (VIH) puede producirse por transmisión perinatal o a través de la placenta del virus a partir de una madre infectada con el VIH. La frecuencia de la transmisión vírica al niño se aproxima al 50%.

(www.salud.discapnet.es/discapidades+y+deficiencias/condiciones+discapitantes/virus/inmunodeficienciaadquirida/htm)

La madre puede infectar a su hijo a través de la placenta en el útero, durante el nacimiento o en el periodo de la lactancia. Aunque sólo un 25-35% de los niños que nacen de madres con SIDA presentan infección por VIH, esta forma de contagio es responsable del 90% de todos los casos de SIDA infantil. (www.salud.discapnet.es/discapacidades+y+deficiencias/condiciones+discapacitantes/virus/inmunodeficienciaadquirida/htm)

5.3.6.5 Fármacos.

La utilización de fármacos durante el embarazo es un hecho común, como se ha demostrado en un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud en 14.779 mujeres embarazadas. (ENCARTA, 2003)

5.3.6.5.1 Ácido Valproico.

La utilización materna del ácido valproico durante el embarazo expone al feto a determinados riesgos, incluyendo anomalías congénitas. RCI, retraso psicomotor y hepatotoxicidad. Aparecen defectos en el tubo neural, sobre todo en el área lumbosacra, en alrededor del 1-2% de los fetos expuestos entre los días 17 y 30 poscocepcionales. El dismorfismo craneofacial que provoca el ácido valproico se caracteriza por trigonocefalia, braquicefalia, estrechamiento bifrontal, pliegues epicantales, orejas de implantación baja y rotadas, depresión del puente nasal, aletas nasales rotadas exteriormente, hipertelorismo, borde del lado superior delgado, comisuras de los labios hendidas y microstomía. (HARCOURT, 2000)

Se han asociado un número de alteraciones menores y mayores con la exposición prenatal al ácido valproico, incluyendo enfermedades congénitas del corazón, fisuras del labio y del paladar, hidrocefalia, defectos urogenitales, alteraciones radiales, alteraciones vertebrales y talipes equinovaro. (HARCOURT, 2000)

5.3.6.5.2 Agentes Antitiroideos.

Propiltiouracilo, metimazole y carbamizole son tiroamidas que se utilizan para tratar el hipertiroidismo. Ocasionalmente, la aplasia cutánea se ha asociado con el uso del metimazole y carbamizole durante el embarazo. El tratamiento del hipertiroidismo materno con agentes antitiroideos puede provocar hipotiroidismo neonatal transitorio que suele resolverse en la primera semana de vida. De vez en cuando, se han apreciado pequeños bocios en recién nacidos expuestos prenatalmente a estos medicamentos. (www.omega.ile.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/124/htm/sec_7.htm)

5.3.6.5.3 Antagonistas del Acido Fólico.

El metotrexato y la aminopterina, antagonistas del ácido fólico, se asocian con abortos involuntarios espontáneos y múltiples anomalías congénitas cuando la exposición se produce durante el primer trimestre. Se observan retraso del crecimiento intrauterino y una variedad de malformaciones congénitas. Los defectos incluyen craneosinostosis, ausencia de huesos frontales, hipertelorismo, ojos prominentes, orejas anormales, micrognatia y anomalías digitales. (HARCOURT, 2000).

5.3.6.5.4 Corticosteroides.

La utilización de corticosteroides durante el embarazo no se ha asociado con un incremento de las alteraciones congénitas. La betametasona se ha estudiado mucho debido a sus efectos beneficiosos para reducir la incidencia y la gravedad del síndrome de distrés respiratorio y hemorragia intraventricular, y en la mejora de la supervivencia. No parece haber un mayor riesgo de infección, intolerancia a la glucosa o supresión suprarrenal cuando se sigue un tratamiento antenatal con esteroides para la maduración del feto. De igual modo, otros corticosteroides, como son la cortisona y la prednisona, plantean mínimos riesgos para el desarrollo fetal. (www.omega.ile.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/124/htm/sec_7.htm)

5.3.6.5.5 Cumarina.

La administración de cumarina (warfarina) para la anticoagulación durante el embarazo puede provocar una serie de problemas para el desarrollo fetal. La exposición en el primer trimestre puede provocar en el feto el síndrome de la warfarina, caracterizado sobre todo por condrodisplasia punctata (epífisis punteadas en el esqueleto axial, el fémur proximal y el calcáneo), hipoplasia nasal y distrés respiratorio neonatal provocando por la obstrucción de las vías superiores. Otros problemas incluyen el RCI, la escoliosis, enfermedades congénitas cardíacas y tasas elevadas de abortos, niños muertos al nacer y muerte neonatal. La hemorragia neonatal casi nunca se debe a la utilización de cumarina en el tercer trimestre. (CERIANI, 1999)

5.3.6.5.6 Dietilestilbestrol.

El dietilestilbestrol (DES), un estrógeno sintético, fue muy utilizado entre 1940 y 1971 para tratar diversos problemas obstétricos. La exposición prenatal al DES conlleva riesgos significativos en las vías reproductoras masculinas y femeninas. Entre las mujeres expuestas se observa un elevado índice de adenosis vaginal, mayoritariamente entre las mujeres expuestas antes de la semana 9 de gestación. (ENCARTA, 2003)

El índice de displasia vaginal y cervical y de carcinoma in situ se eleva aproximadamente de 2 a 4 veces y existen evidencias de un riesgo de carcinoma de células claras con la exposición al DES de entre 1,4 y 14 por 1.000. Los varones expuestos prenatalmente mostraron un índice mayor del normal de quistes epididimarios, varicoceles, testículos hipotróficos, microfalos y alteraciones del semen. (ENCARTA, 2003)

5.3.6.5.7 Penicilina.

La penicilina es un agente quelante utilizado para tratar enfermedad de Wilson, la cistinuria y la artritis reumática. Hay varios trabajos que sugieren una alteración del tejido conectivo en los neonatos expuestos, caracterizada por cutis laxo, laxitud en un caso. Sin embargo, no se ha descrito un riesgo absoluto de efectos para el feto y es en este punto donde existe controversia sobre si el tratamiento con penicilina debería suspenderse durante el embarazo.

5.3.6.5.8 Trimetadiona.

La trimetadiona es un anticonvulsivo utilizado para tratar las crisis de petit mal y ha demostrado ser teratogénico en seres humanos, asociándose con una variedad de anomalías congénitas. El síndrome de la trimetadiona fetal incluye retraso del crecimiento pre y posnatal, dismorfismo craneofacial, enfermedades congénitas del corazón, anomalías genitourinarias y retraso mental. (CERIANI, 1999)

5.3.6.5.9 Vitamina A.

La vitamina A es una vitamina esencial liposoluble necesaria para el normal mantenimiento del tejido epitelial, la visión, el crecimiento óseo y la reproducción. En un reciente estudio prospectivo de 22.000 mujeres embarazadas se observó un elevado porcentaje de niños con malformaciones entre las que tomaron más de 10.000 IU/día. Las malformaciones predominantes al nacer incluyen defectos en la cresta craneal-neural y en el cierre del tubo neural. En mujeres que consumen esta dosis, se estimó que 1 de cada 57 bebés nacen con un defecto de nacimiento atribuible a la exposición a la vitamina A. (ENCARTA, 2003)

5.4 LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Iniciando con un entorno difícil, no solo por los aspectos económicos, sino por la situación de deterioro en la calidad de atención del sector, fue necesario realizar cambios drásticos y profundos e implantar ideas innovadoras para lograr la garantía de un máximo nivel de salud alcanzable, de manera equitativa, satisfaciendo las necesidades y expectativas, que son muchas en la población que se atiende en nuestra institución, y que garanticen la atención de alta calidad, con protección financiera. (MALAGON, 1999).

5.4.1 Desarrollo de una Cultura de Calidad.

El cambio de paradigma que necesitan los Servicios de Salud para enfrentar los retos actuales se fundamenta de acuerdo con reconocidos autores del área administrativa en la incorporación del enfoque de La Calidad Total a la planeación, control y mejoramiento de la operación de los mismos. Para poner en marcha la calidad total se necesita que exista un ambiente cultural propicio para tener éxito. De acuerdo con Handy para que el cambio cultural de una organización tenga éxito, ésta debe tratar de involucrar al mayor número de personas que tengan el perfil cultural deseado. La Cultura de Calidad es el conjunto de valores y hábitos que posee una persona que complementados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario le permite colaborar con su organización para afrontar los retos que se le presentan en el cumplimiento de su misión. (CONDE, 2004)

Una característica del mundo a finales del presente siglo ha sido sin lugar a dudas, el esfuerzo mancomunado para lograr la calidad en servicios, como un imperativo para no sucumbir ante el peso y fuerza de la competencia, de una parte y por otra la necesidad y exigencia cada vez mayores del usuario. Los países más avanzados han recorrido todos los caminos en pos del ideal de la calidad con ejercicios de varios años en la planeación estratégica, en la ingeniería de proceso, en la administración por calidad, en el sistema de gestión de la calidad, en el mejoramiento progresivo para la calidad, en el control total de la calidad en la auditoría interna de calidad, en el sistema aseguramiento de calidad, hasta llegar a las normas ISO (Internacional Standard Organization) que establecen pilares básicos que implementados por foros, seminarios e investigaciones de esta organización plantean realmente derroteros muy precisos para la productividad, además de que cimentan definiciones muy claras de lo que en verdad significa la calidad y lo que representan cada uno de los factores que contribuyen a garantizarla. (MALAGON, 1999)

Diferentes estándares se han establecido para medir la calidad de un servicio. Aun cuando en muchos de éstos hay criterios diversos según la cultura de los países. En un servicio de salud, se considerarían parámetros de calidad:

"La Calidad Total no cuenta, lo que cuesta es la baja calidad"

- ✓ Puntualidad.
 - ✓ Prontitud en la atención
 - ✓ Presentación del personal.
 - ✓ Trato humano.
 - ✓ Cortesía, amabilidad, respeto.
 - ✓ Diligencia para utilizar medios de diagnóstico.
 - ✓ Agilidad para identificar el problema
 - ✓ Destreza y habilidad para la solución del problema
 - ✓ Efectividad en los procedimientos
 - ✓ Comunicación con el usuario y su familia.
 - ✓ Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios.
 - ✓ Aceptación de sugerencias
 - ✓ Capacidad profesional
 - ✓ Ética
 - ✓ Equidad.
 - ✓ Presentación física de las instalaciones.
 - ✓ Presentación adecuada de los utensilios y elementos.
 - ✓ Educación continúa a personal de los servicios y a usuarios.
- (MALAGON, 1999)

El Comité regional o Parlamento regional de la OMS en 1988, señalaba que el asunto no era si se requería la garantía de calidad en las instituciones de salud, sino cómo introducirla; esto llevó a un ejercicio inmediato de los países, iniciado por la Comunidad Europea que buscó los mecanismos para financiar y dar alta prioridad a la investigación de garantía de calidad no solo en la industria en general sino en las empresas de salud en particular, tomando como punto prioritario el costo que esa garantía podría significar. (www.salud.gob.mx/unidades/dgces/cnmicv2002.htm1)

Si la calidad es el elemento estratégico para mejorar la gestión, satisfacer a los clientes, desarrollar las relaciones entre los trabajadores y preservar el medio ambiente, el aseguramiento es el elemento coordinador de todos los componentes, que llega a convertirse en el aval del producto o servicio generado. (ENCARTA, 2003)

Para el mejoramiento de calidad, además de todos los factores humanos y materiales que deben confluir, se consideran importantes ciertos instrumentos que en la practican han prestado grandes beneficios al control de calidad. (MALAGON, 1999)

5.5 El Actuar del Licenciado en Enfermería y Obstetricia ante las Personas Discapacitadas.

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia tiene una gran tradición y siempre ha buscado los caminos que posibiliten a nuestra sociedad contar con profesionistas que puedan participar y ser propositivos en la solución de la problemática atención en la salud. Como egresadas de esta institución nuestra labor a futuro es la de contribuir a innovar en los diferentes servicios de salud, al emplear las potencialidades técnicas, humanísticas y científicas en beneficio de la población que tiene cobertura en las diferentes instituciones del sistema de salud.

Una enfermera (o) profesional tiene que ser crítica (o) para poder responder integralmente a la actitud cada vez más demandante de los servicios, por lo tanto debe ser auto responsable y con el deseo genuino de mantener la salud de los usuarios. Por ello debe exigir y lograr que las personas participen en un proceso de atención y salud.

El futuro de un individuo dependerá de muchos factores, es importante entre ellos, la salud física y psicológica de sus padres y la calidad de la asistencia recibida, la cual tienen una estrecha relación con la capacidad y conocimientos profesionales, mismos que han evolucionado a lo largo de los años. Debemos ser capaces de reconocer la importancia que puede tener la enfermería, sí nuevamente se destaca como partera, pero ahora con amplias bases científicas, habilidades clínicas y una incuestionable identidad con el método, estilo y ética de la enfermería moderna.

Si una enfermera enfrenta esta práctica como lo hace el médico obstetra, entonces la enfermera está supliendo e invadiendo el campo del médico especialista o se desempeña como su ayudante. Nosotros estamos por la actividad profesional independiente, que debe compartir y estudiar el conocimiento científico de la obstetricia moderna, pero que se desempeña con los fundamentos, misión y técnicas propias de la enfermería de hoy, con sus teorías, su arte y su ciencia.

Las enfermeras (os) constituyen una fuerza humana y profesional de primer orden. En número, sus miembros sobrepasan de lejos a otros profesionales de la salud. Sus competencias están diversificadas, y se les encuentra en todas las esferas de actividades seleccionadas con la salud: las enfermeras cuidan, educan, aconsejan, dirigen y también investigan. Su trabajo actual esta marcada por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinariedad. Más allá de la diversidad y del cambio, los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión; constituyen el motor y el centro. (KEROUAC, 1996)

Enfermería es percibir, pensar, relacionar, juzgar y actuar frente a frente con la conducta de los individuos que llegan a necesitar de sus cuidados se define como un proceso de acción, reacción e interacción en el cual la enfermera (o) y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones en la situación de enfermera. A través de esta comunicación identifican las metas, los problemas e intereses específicos. Las enfermeras (os) exploran los medios para alcanzar un objetivo y se atienen a ellos. Cuando el paciente participa con los profesionales en el establecimiento de metas, interactúan con el personal de enfermería para lograr su propósito en casi todas las situaciones. (KING, 1984)

Existen diversas concepciones de la disciplina enfermera, según un punto de vista global, la persona es considerada en su totalidad y, según un punto de vista humanista, es percibida como ser único. La relación entre los conceptos centrales de la disciplina, el cuidado, la persona, la salud y el entorno es actualmente el núcleo del campo de los cuidados enfermeros. La disciplina enfermera se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud.

En los cuidados de enfermería no se hará distinción alguna, fundada en consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras (os) prestan servicios de salud a la persona, la familia o comunidad y coordina sus servicios con los de otros grupos relacionados. (KEROUAC, 1996)

Hemos detectado la necesidad de mejorar la información sanitaria a las mujeres discapacitadas, así como articular medidas de prevención con la capacidad de atención a patologías concretas.

Necesidad de realizar investigación específica sobre la salud partiendo de la realidad de las mujeres discapacitadas y no extrapolar conclusiones desde los estudios realizados sobre la población masculina y con un enfoque androcéntrico. Pues, hoy día, aún no se tiene presente el género de forma transversal en los programas de salud, y debemos incorporarlo para conseguir una buena calidad de vida.

La prevención es la principal medida para afrontar la discapacidad. La mujer, como madre creadora de vida, juega un papel esencial en la prevención de las discapacidades. (www.cosanuesa.com/mujer/congreso-valencia.htm)

Como Licenciados en Enfermería y Obstetricia nuestra responsabilidad primordial será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería, promoverlos en un entorno en donde se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales, de la persona, la familia y la comunidad.

6. METODOLOGÍA

El presente estudio se inicio en el mes de Mayo y se terminó en el mes de Septiembre de 2004.

Surgió un interés por investigar la Atención de las Pacientes Gestantes con Discapacidad por parte del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en una Institución Gubernamental por lo cual se llevó a cabo una recopilación de información bibliográfica en los diferentes medios que se cuenta como lo es el Internet, libros, artículos y visitas a diferentes instituciones gubernamentales y de carácter privado de donde se pudo obtener la base de información para la formación y estructuración del marco teórico. De tal forma se dio pauta a la elaboración del instrumento de trabajo.

Se diseño un protocolo de investigación el cual fue presentado a servicios administrativos para su correspondiente autorización en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Una vez que está investigación fue autorizada se llevo a cabo una búsqueda de información más amplia y especifica para la obtención de la base de esta investigación, así como la elaboración del primer instrumento de trabajo.

Posteriormente se realizó una prueba piloto de dicho instrumento a 5 pacientes gestantes que acuden al Hospital de la Mujer de la SSA. para la identificación de errores de comprensión y así realizar las correcciones pertinentes, para la aplicación en la población elegida.

Se modifican aspectos de relevancia, teniendo como resultado un instrumento de trabajo, el cual se encuentra estructurado por 7 indicadores de base que dan como resultado 44 preguntas de las cuales se dividen en 16 preguntas abiertas y las 29 restantes de forma cerrada.

La aplicación de dicho instrumento se llevo a cabo fuera de las instalaciones del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, por lo cual no se requirió una autorización por parte de la institución, solo fue requerido el consentimiento informado por parte de la paciente gestante entrevistada.

Prosiguiendo con la captura de la información en la computadora por medio del programa Microsoft Office Word 2003, una vez terminada la recopilación de datos (trabajo de campo), se introdujo en el programa SPSS Versión 9.0 obteniendo una base de datos la cual se divide en dos partes que son:

- ❖ Descripción y Frecuencias: las cuales fueron obtenidas de la ficha de identificación para la obtención de cuadros y gráficas.
- ❖ Correlación de Pearson: esta se realizó partiendo de los aspectos sociodemográficos, salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, embarazo, calidad de los servicios de salud y discapacidad obteniendo una sabana con la correlación de todos estos indicadores.

Por lo tanto se llevo acabo la impresión de la Correlación de Pearson para detectar la relación o asociación entre dos variables e identificar el valor de la prueba estadística y el nivel de significancia con que se esta rechazando la hipótesis nula, se decodifican los resultados y se elaboraron las conclusiones y sugerencias del trabajo de investigación.

6.1 Tipo de diseño.

- ❖ Tipo de Investigación.

Será Descriptiva, pues se enfocará a personas, siendo que se investigará a la población de pacientes gestantes con discapacidad; Actual y Prospectiva, porque se aplicará un instrumento de valoración; Transversal, porque se realizará la medición de variables y Observacional, porque estudiará a la población sin modificar factores que intervengan en el proceso.

- ❖ Tipo de estudio.

Será exploratorio porque se realiza con datos fieles y seguros para la sistematización de estudios futuros.

6.2 Población.

- ❖ Universo.

Población de pacientes gestantes con discapacidad que acuden al Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

❖ Población.

Población de pacientes gestantes con discapacidad que acuden al Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

❖ Muestra.

Está conformada de pacientes gestantes con discapacidad de 18 a 40 años de edad que acuden al Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

6.2.1 Tamaño de la muestra.

La muestra consta de 60 pacientes gestantes con discapacidad que acuden al Hospital General "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

6.2.2 Forma de asignación de los casos de estudio.

❖ Aleatoria.

Se optó por este tipo de muestra aleatoria por que se lleva una selección al azar con un muestreo no probabilístico por conveniencia ya que el instrumento solo se aplicará a mujeres que cumplan con los criterios de inclusión y de exclusión los cuales estarán enfocados a pacientes gestantes con discapacidad que acuden al Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

6.3 Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- ❖ Participarán pacientes gestantes con discapacidad en edad reproductiva de 18 a 40 años que acuden al Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Criterios de exclusión:

- ❖ Las mujeres en edad reproductiva que no sean gestantes, con discapacidad, menores de 18 años y mayores de 40 años y las que no sean pacientes del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Criterios de eliminación:

- ❖ No se tomarán en cuenta a pacientes gestantes que no presenten alguna discapacidad y que no estén interesadas en participar en la investigación .

6.4 Variables.

Por el planteamiento de las hipótesis presentadas anteriormente, el presente proyecto de investigación para la titulación se abocará al estudio de la siguiente variable:

Variable Independiente.

Mujeres Gestantes con Discapacidad.

Variable Dependiente.

El Actuar del Licenciado en Enfermería y Obstetricia

6.5 Indicadores.

- ❖ Ficha de Identificación.
- ❖ Aspectos Sociodemográficos.
- ❖ Problemática Sexual y Reproductiva actual en México.
- ❖ Embarazo.
- ❖ Discapacidad.
- ❖ Calidad de los Servicios de Salud.
- ❖ El Papel del Licenciado en Enfermería.

6.6 Técnica de recolección de datos.

La recopilación de datos por medio del instrumento de valoración fue realizada durante los meses de Junio y Julio, la aplicación de dicho instrumento se llevo acabo fuera de las instalaciones del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, por lo cual no se requirió una autorización por parte de la institución, solo fue requerido el consentimiento informado por parte de la paciente gestante entrevistada.

Ya que se valorará la atención de las pacientes gestantes con discapacidad por parte de Licenciado en Enfermería y Obstetricia. Con preguntas de opción múltiple y abiertas con el fin de que la entrevistada seleccione a su criterio la respuesta.

Se realizó una prueba piloto de dicho instrumento a 5 pacientes gestantes que acuden al Hospital de La Mujer de La SSA. para la identificación de errores de comprensión y así realizar las correcciones pertinentes, para la aplicación en la población elegida.

6.7 Procesamiento y Validación de Datos.

Prosiguiendo con la captura de la información en la computadora por medio del programa Microsoft Office Word 2003, una vez terminada la recopilación de datos (trabajo de campo), se introdujo en el programa SPSS Versión 9.0 obteniendo una base de datos la cual se divide en dos partes que son:

- ❖ Descripción y Frecuencias: las cuales fueron obtenidas de la ficha de identificación para la obtención de cuadros y gráficas.
- ❖ Correlación de Pearson: esta se realizó partiendo de los aspectos sociodemográficos, salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, embarazo, calidad de los servicios de salud y discapacidad obteniendo una sabana con la correlación de todos estos indicadores.

Por lo tanto se llevo acabo la impresión de la Correlación de Pearson para detectar la relación o asociación entre dos variables e identificar el valor de la prueba estadística y el nivel de significancia con que se esta rechazando la hipótesis nula, se decodifican los resultados y se elaboraron las conclusiones y sugerencias del trabajo de investigación.

6.8 Recursos.

6.8.1 Recursos humanos.

- ❖ Investigadores asesorados:
 - Castillo Ramos Juana.
 - López María Rosa.
 - Ortega Gómez Georgina.
- ❖ Director de la investigación.
 - PMASE. Raúl Rutilo Gómez López.

6.8.2 Recursos materiales.

- ❖ Material de oficina, computadoras, impresoras, disquetes y programa SPSS versión 9.0.

6.8.3 Recursos financieros.

- ❖ Parte de ellos están dados por la ENEO-UNAM (apoyo académico-administrativo) y lo restante será dado por las investigadoras.

7. DESCRIPCIÓN ESTADÍSTICA DE LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Cuadro #1: Edad de las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
15 - 20 Años	10	16.7%	16.7%	16.7%
21 - 25 Años	16	26.7%	26.7%	43.3%
26 - 30Años	25	41.7%	41.7%	85%
MAS DE 31Años	9	15%	15%	100%
Total	60	100%	100%	

FUENTE: Encuestas realizadas a 60 Pacientes Gestantes con Discapacidad en el Hospital General "José Vicente Villada" Del Instituto de Salud del Estado de México.

Gráfica #1.



FUENTE: Encuestas realizadas a 60 Pacientes Gestantes con Discapacidad en el Hospital General "José Vicente Villada" Del Instituto de Salud del Estado de México.

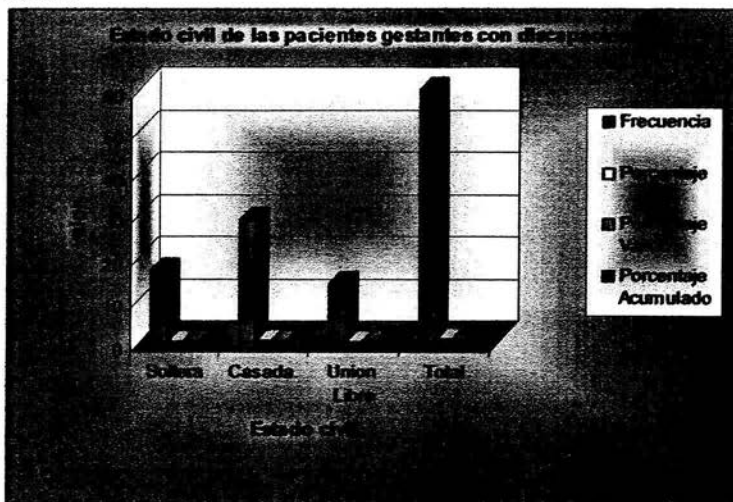
En la grafica # 1: observamos que de las 60 pacientes gestantes con discapacidad encuestas 25 de ellas están cursando entre los 26-30 años de edad con un porcentaje notorio que es de 41.7%; esto es significativo ya que a comparación de las demás pacientes encuestadas encontramos que existe una diferencia en el porcentaje que va desde un 15% hasta el 26.7% de diferencia.

Cuadro #2: Estado civil de las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Soltera	17	28.3%	28.3%	28.3%
Casada.	29	48.3%	48.3%	76.7%
Union Libre	14	23.3%	23.3%	100%
Total	60	100%	100%	

FUENTE: Misma de Cuadro 1.

Grafica #2.



FUENTE: Misma de Grafica 1.

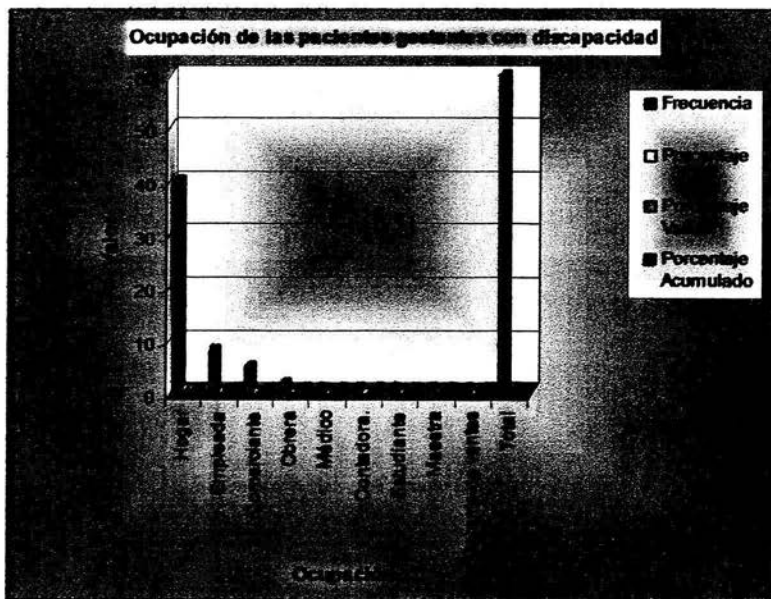
En la grafica # 2: observamos que el mayor número de pacientes gestantes con discapacidad encuestadas; son casadas con un porcentaje notorio de 48.3% que sobresale de los demás estados civiles mencionados.

Cuadro #3: Ocupación de las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Hogar	40	66.7%	66.7%	66.7%
Empleada	8	13.3%	13.3%	80%
Comerciante	5	8.3%	8.3%	88.3%
Obrera	2	3.3%	3.3%	91.7%
Médico	1	1.7%	1.7%	93.3%
Contadora.	1	1.7%	1.7%	95%
Estudiante	1	1.7%	1.7%	96.7%
Maestra	1	1.7%	1.7%	98.3%
Gerente de ventas	1	1.7%	1.7%	100%
Total	60	100%	100%	

FUENTE: Misma de Cuadro 1.

Grafica # 3.



FUENTE: Misma de Grafica 1.

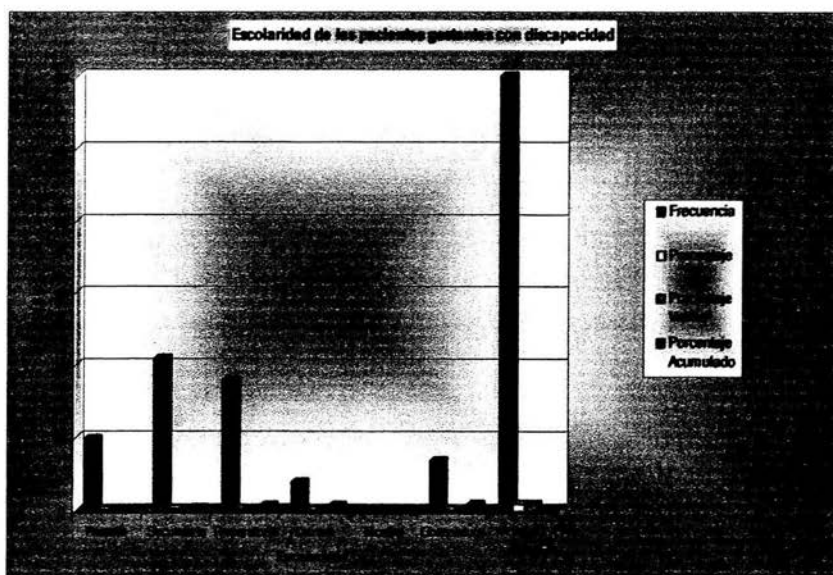
En la grafica # 3: observamos que la mayor número de pacientes gestantes con discapacidad encuestas; la ocupación que sobresale es la de el hogar que se ubica con un 66.7% sobresalen de la demás ocupaciones mencionadas.

Cuadro #4: Escolaridad de las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Primaria	10	16.7%	16.7%	16.7%
Secundaria	21	35%	35%	51.7%
Preparatoria	18	30%	30%	81.7%
Carrera Técnica	4	6.7%	6.7%	88.3%
Licenciatura	7	11.7%	11.7%	100%
Total	60	100%	100%	

FUENTE: Misma de Cuadro 1.

Grafica # 4.



FUENTE: Misma de Grafica 1.

En la grafica # 4: observamos que el mayor número de pacientes gestantes con discapacidad encuestas; la escolaridad que sobresale es el haber terminado la secundaria que se ubica con un 35% sobresalen de las demás escolaridades mencionadas.

Cuadro #5: Religión de las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Católica	47	78.3%	78.3%	78.3%
Creyente	10	16.7%	16.7%	95%
Cristiana	1	1.7%	1.7%	96.7%
Ninguna	2	3.3%	3.3%	100%
Total	60	100%	100%	

FUENTE: Misma de Cuadro 1.

Grafica # 5.



FUENTE: Misma de Grafica 1.

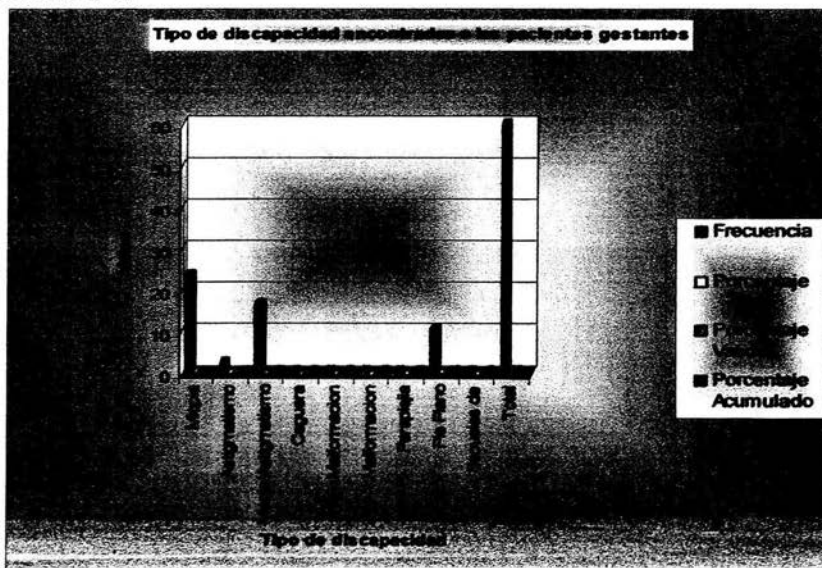
En la grafica # 5: observamos que el mayor número de pacientes gestantes con discapacidad encuestas; la religión que se destaca es la católica con un 78.3% que sobresale de las otras religiones mencionadas.

Cuadro #6: Tipo de discapacidad encontradas a las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Miopia	24	40%	40%	40%
Astigmatismo	3	5%	5%	45%
Miopia/Astigmatismo	17	28.3%	28.3%	73.3%
Ceguera	1	1.66%	1.66%	75%
Malformacion Congénita M/Torácico	1	1.66%	1.66%	76.6%
Malformacion Congénita M/Pélvico	1	1.66%	1.66%	78.3%
Parapleja	1	1.66%	1.66%	80%
Pie Plano	11	18.3%	18.3%	98.3%
Secuelas de Poliomelitis	1	1.66%	1.66%	100%
Total	60	100%	100%	

FUENTE: Misma de Cuadro 1.

Grafica # 6.



FUENTE: Misma de Grafica 1.

En la grafica # 6: podemos observar que el tipo de discapacidad que se encontró más frecuentemente en las pacientes gestantes encuestadas fue la Miopía que nos indica que este tipo de discapacidad es de mayor aceptación para la sociedad y de ello que las mismas pacientes que la padecen se arriesgan a embarazarse por que esta discapacidad es aceptada y no se le recrimina la acción tomada, a comparación de otro tipo de discapacidad que la misma paciente se contrae de realizar dicha situación al embarazarse por que su discapacidad le ha modificado su forma de pensar.

Cuadro #7: Número de embarazos de las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
1	22	36.7%	36.7%	36.7%
2	22	36.7%	36.7%	73.3%
3	7	11.7%	11.7%	85%
4	7	11.7%	11.7%	96.7%
5	1	1.7%	1.7%	98.3%
8	1	1.7%	1.7%	100%
Total	60	100%	100%	

FUENTE: Misma de Cuadro 1.

Grafica # 7.



FUENTE: Misma de Grafica 1.

En la grafica # 7: observamos que las pacientes gestantes con discapacidad oscilaban en su primer embarazo con un 36.7%, notando que el 63.3% restante se tomo encuentra para poder obtener los resultados de los partos, cesáreas y abortos que han llegado a presentar durante su vida sexual.

Cuadro #8: Partos que han tenido las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
0	36	60%	60%	60%
1	17	28.3%	28.3%	88.3%
2	7	11.6%	11.6%	100%
Total	60	100%	100%	

FUENTE: Misma de Cuadro 1.

Grafica # 8.



FUENTE: Misma de Grafica 1.

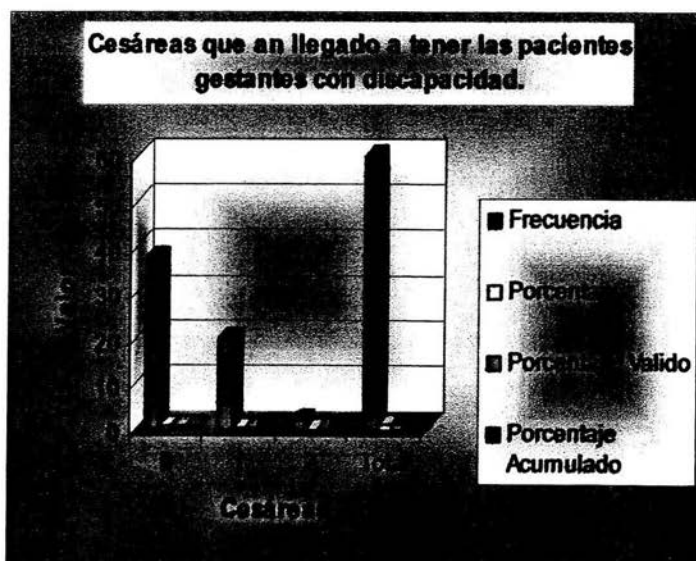
En la grafica # 8: observamos que el mayor número de pacientes gestantes con discapacidad encuestas; mencionaron que no han tenido parto alguno por el momento y se localiza con un 60% esto nos indica que solo el resto de las paciente han tenido uno o dos parto hasta el momento.

Cuadro #9: Cesáreas que han llegado a tener las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
0	38	63.3%	63.3%	63.3%
1	20	33.3%	33.3%	96.6%
2	2	3.33%	3.33%	100%
Total	60	100%	100%	

FUENTE: Misma de Cuadro 1.

Grafica # 9.



FUENTE: Misma de Grafica 1.

En la grafica # 9: observamos que el mayor número de pacientes gestantes con discapacidad encuestas; mencionaron que no se les ha realizado alguna cesárea aun y se localiza con un 63.3% sobresaliendo por mucho del resto del porcentaje.

Cuadro #10: Abortos realizados a las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
0	54	90%	90%	90%
1	3	5%	5%	95%
2	2	3.33%	3.33%	98.3%
Más de 5	1	1.66%	1.66%	100%
Total	60	100%	100%	

FUENTE: Misma de Cuadro 1.

Grafica # 10.



FUENTE: Misma de Grafica 1.

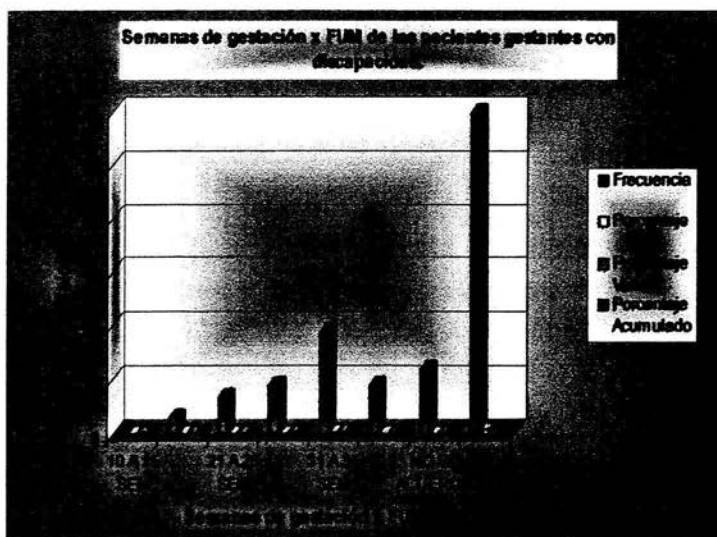
En la grafica # 10: observamos que el mayor número de pacientes gestantes con discapacidad encuestas; mencionaron que no han sufrido un aborto de ningún tipo; se localiza con un 90% que sobresale de las demás respuestas mencionadas.

Cuadro #11: Semanas de Gestación x FUM de las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
10 A 15 SEM	1	1.66%	1.66%	1.66%
16 A 20 SEM	3	5%	5%	6.66%
21 A 25 SEM	7	11.6%	11.66%	18.3%
26 A 30 SEM	9	15%	15%	33.3%
31 A 35 SEM	19	31.6%	31.66%	65%
36 A 40 SEM	9	15%	15%	80%
NO SE ACUERDA	12	20%	20%	100%
Total	60	100%	100%	

FUENTE: Misma de Cuadro 1.

Grafica # 11.



FUENTE: Misma de Grafica 1.

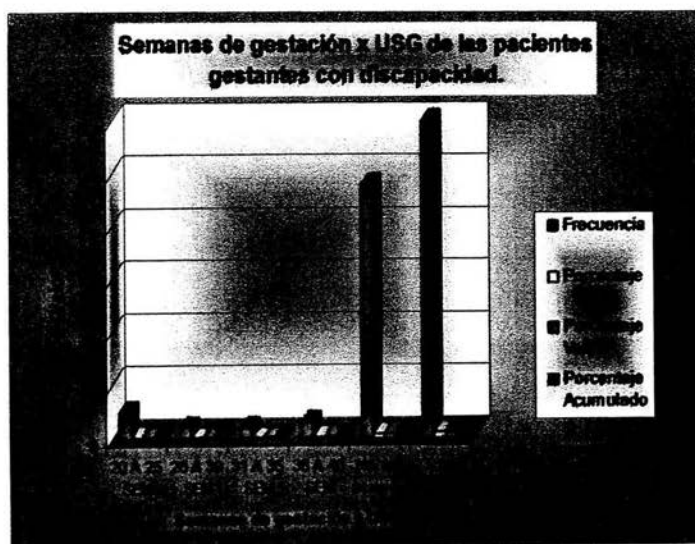
En la grafica # 11: observamos que el mayor número de pacientes gestantes con discapacidad encuestas; mencionaron que se encontraban entre la 31 a 35 semanas de gestación x fum; y se ubica con un 31.6% que sobresale del resto de semanas de gestación mencionadas.

Cuadro #12: Semanas de gestación x USG de las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
20 A 25 SEM	5	8.33%	8.33%	8.33%
26 A 30 SEM	2	3.33%	3.33%	11.6%
31 A 35 SEM	2	3.33%	3.33%	15%
36 A 40 SEM	3	5%	5%	20%
No se acuerda	48	80%	80%	100%
Total	60	100%	100%	

FUENTE: Misma de Cuadro 1.

Grafica # 12.



FUENTE: Misma de Grafica 1.

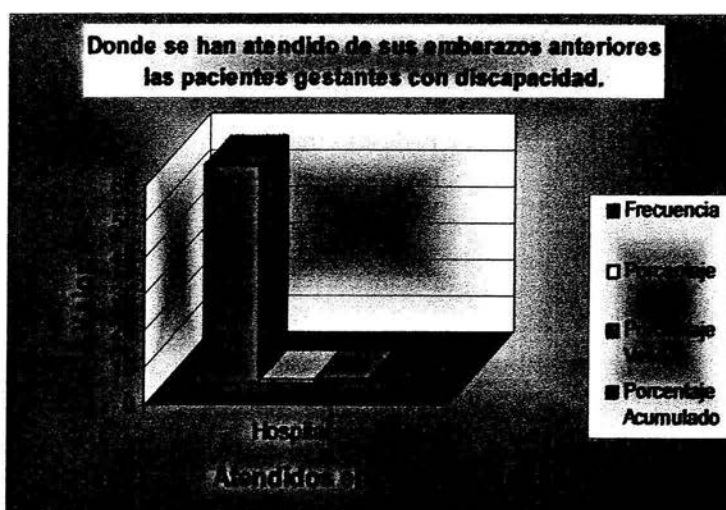
En la grafica # 12: observamos que el mayor número de pacientes gestantes con discapacidad encuestas; no recordaban cuantas semanas de gestación x usg tenían; y se ubican con un 80% que sobresale del resto de semanas de gestación mencionadas.

Cuadro #13: Donde se han atendido de sus embarazos anteriores las pacientes gestantes con discapacidad entrevistadas en el Hospital General de Cuautitlán.

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Hospital.	60	100%	100%	100%

FUENTE: Misma de Cuadro 1.

Grafica # 13.



FUENTE: Misma de Grafica 1.

En la grafica # 13: observamos que las 60 pacientes gestantes con discapacidad encuestas; mencionaron que se han y les gustaría que su embarazo se ha atendido en un hospital; obteniendo un 100%.

Faltan páginas

N° 75-77

9. CORRELACION DE PEARSON.

9.1 Introducción de la Correlacion de Pearson.

El programa SPSS para Windows es un programa de computador que se utiliza para una gran variedad de análisis estadísticos, desde los más sencillos a los más extensos; el cual ofrece un sistema eficiente, integrado, potente y fácil de usar para organizar datos; además de que se emplea para confeccionar informes y tablas numéricas, siendo que este programa esta organizado en comandos que son como elementos de lenguaje.

El SPSS fue resultado del esfuerzo de un grupo de investigadores de la Universidad de Chicago y de National Opinion Research Center (Centro Nacional de Investigación de la Opinión), para asistir a los investigadores en el análisis de datos; siendo que entre sus más sólidas cualidades se encuentra con la posibilidad de rotular con facilidad de las variables y la de aplicar los procedimientos estadísticos paramétricos y no paramétricos de uso más frecuente.

El coeficiente de correlación r de Pearson es adecuado para medir la magnitud y el signo de la relación o asociación entre dos variables. El coeficiente de correlación (r) puede adquirir valores de menos uno a uno, incluyendo el cero. La fuerza de asociación o magnitud de la relación es una función directa del valor absoluto del coeficiente r , en cuanto más se acerca al cero menor es la relación entre las variables, cuanto más se acerca al uno (en valor absoluto) mayor es la relación entre las variables. La relación perfecta se da tanto cuando el coeficiente vale uno como cuando vale menos uno, siendo que sus características son:

- ❖ El signo indica el sentido de la relación como siendo que una correlación negativa representa una asociación inversamente proporcional, es decir, a medida que una variable se incrementa, la otra disminuye; por otro lado, en una correlación positiva o directamente proporcional a medida que aumenta una, la otra también se incrementa.

- ❖ Para la representación gráfica de una correlación entre dos variables se denomina gráfica o diagrama de dispersión; para la cual hay una magnitud de la relación por el valor del coeficiente y se interpreta como sigue: 0 a .599 es una correlación baja (rojo); .600 a .799 es una correlación moderada (amarilla) y .800 a 1 es una correlación alta (verde) entre las variables.

Posteriormente de esto se debe mencionar el valor de la prueba estadística y el nivel de significancia con que se esta rechazando o aceptando la hipótesis nula.

9.2 Descripción de resultados obtenidos de la Correlación de Pearson.

Volvería a embarazarse tiene una correlación de Pearson fuerte (.905) y en relación al porque con una significancia alta (.000); ha sido rechazado por su discapacidad tiene una correlación de Pearson fuerte (.888) y en relación a donde con la significancia alta (.000); conoce los programas de salud reproductiva de la mujer tiene una correlación de Pearson fuerte (.874) y en relación a los programas conocidos con la significancia alta (.000); donde trabaja le dan un derecho de servicio de salud tiene una correlación de Pearson fuerte (.873) y en relación al servicio de salud con la significancia alta (.000); al venir al control prenatal sintió alguna diferencia en el trato tiene una correlación de Pearson fuerte (.836) y en relación a como fue con la significancia alta (.000); le ofrece condiciones que guarden su intimidad y/o pudor tiene una correlación de Pearson fuerte (.823) y en relación a si la enfermera le hace sentirse segura al atenderle con la significancia alta (.000); se interesa la enfermera por su estancia tiene una correlación de Pearson fuerte (.822) y en relación a si la enfermera le hace sentirse segura al atenderle con la significancia alta (.000).

La enfermera la saluda de forma amable tiene una correlación de Pearson moderada (.701) y en relación así se presenta la enfermera con usted con la significancia alta (.000); la enfermera lo saluda de forma amable tiene una correlación de Pearson moderada (.637) y en relación a cuando la enfermera se dirija a usted lo hace por su nombre con la significancia alta (.000); la enfermera lo saluda de forma amable tiene una correlación de Pearson moderada (.626) y en relación a la enfermera le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento con la significancia alta (.000); la enfermera lo saluda de forma amable tiene una correlación de Pearson moderado (.603) y en relación a si se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera(o) con la significancia alta (.000); se presenta la enfermera con usted tiene correlación de Pearson moderada (.772) y en relación a cuando la enfermera se dirija a usted lo hace por su nombre con la significancia alta (.000); se presenta la enfermera con usted tiene una correlación de Pearson moderada (.642) y en relación a que la enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias para su intimidad y/o pudor con la significancia alta (.000); se presenta la enfermera con usted tiene una correlación de Pearson moderada (.709) y en relación a la enfermera la hace sentirse segura al atenderla con la significancia alta (.000); se presenta la enfermera con usted tiene una correlación de Pearson moderada (.608) y en relación a se siente satisfecha con el trato que le da la enfermera con la significancia alta (.000); la enfermera le explica los cuidados tiene una correlación de Pearson moderada (.634) y en relación a la enfermera se interesa por que dentro de lo posible su estancia sea agradable con la significancia alta (.000); la enfermera le explica los cuidados tiene una correlación de Pearson moderada (.640) y en relación a la enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias para guardar su intimidad y/o pudor con la

significancia alta (.000); la enfermera le explica los cuidados tiene una correlación de Pearson moderada (.689) y en relación a que la enfermera la hace sentirse segura al atenderle con la significancia alta (.000); la enfermera le explica los cuidados tiene una correlación de Pearson moderada (.690) y en relación con la continuidad en los cuidados de enfermería las 24 hrs. del día tiene una significancia alta (.000); la enfermera se dirige a usted por su nombre tiene una correlación de Pearson moderada (.621) y en relación a la enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar con la significancia (.000); la enfermera se dirige a usted por su nombre tiene una correlación de Pearson moderada (.650) y en relación a la enfermera la hace sentirse segura al atenderla con la significancia alta (.000); la enfermera se dirige a usted por su nombre tiene una correlación de Pearson moderada (.654) Y en relación a la enfermera lo trata con respecto con la significancia alta (.000); se interesa la enfermera por su estancia tiene una correlación de Pearson moderada (.759) y en relación a que la enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias que guarda su intimidad y/o pudor con la significancia alta (.000); se interesa la enfermera por su estancia tiene una correlación Pearson moderada (.710) y en relación a la continuidad de los cuidados de enfermería las 24 horas del día con la significancia alta (.000); se interesa la enfermera por su estancia tiene una correlación de Pearson moderada (.647) y en relación se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera con la significancia alta (.000); la enfermera le hace sentirse segura al atenderle tiene una correlación de Pearson moderada (.765) y en relación a la enfermera lo trata con respeto con la significancia alta (.000); la enfermera la hace sentirse segura al atenderle tiene una correlación de Pearson moderada (.735) y en relación a la continuidad a los cuidados de enfermería las 24 horas del día con la significancia alta (.000); la enfermera la hace sentirse segura al atenderle tiene una correlación de Pearson moderada (.783) y en relación a se siente satisfecho con el trato con la significancia alta (.000); ofrece condiciones que guardan su intimidad y/o pudor tiene una correlación de Pearson moderada (.677) y en relación a la continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día con la significancia alta (.000); ofrece condiciones que guardan su intimidad y/o pudor tiene una correlación de Pearson moderada (.627) y en relación a si se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera con la significancia alta (.000); la enfermera le enseña los cuidados para su padecimiento tiene una correlación de Pearson moderada (.629) y en relación a la continuidad de los cuidados de enfermería las 24 hrs. del día con una significancia alta (.000); la enfermera le enseña los cuidados para su padecimiento tiene una correlación de Pearson moderada (.614) y en relación a se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera con la significancia alta (.000); la enfermera lo trata con respeto tiene una correlación de Pearson moderada (.679) y en relación a se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera con la significancia alta (.000);

hay continuidad en los cuidados de enfermera las 24 hrs. del día tiene una correlación de Pearson moderada (.759) y en relación a se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera con la significancia alta (.000); conoce sus derechos como mujer tiene una correlación de Pearson moderada (.658) y en relación a los derechos de la mujer con la significancia alta (.000).

10. RESULTADOS

Nuestra muestra se compone de 60 mujeres con discapacidad de las cuales 41.7% sue edad oscila entre los 26 y 30 años (ver pág. 61) este fue un estudio hecho en su mayoría a mujeres gestantes discapacitadas se encuentran casadas ya que el 48.3% de nuestra muestra lo demuestra (ver pág. 62). Un 66.7% de estas mujeres su ocupación es dentro del hogar (ver pág. 63), así como, su nivel de estudios es de la secundaria con un 35% (ver pág. 64). La religión que predominó fue la católica con un 78.3% (ver pág. 65) y el tipo de discapacidad que presentaron las mujeres gestantes fue de un 40% con miopía (ver pág. 66).

Se encontro que las pacientes gestantes con discapacidad oscilaban en su primer embarazo con un 36.7%, notando que el 63.3% restante se tomo encuesta para poder obtener los resultados de los partos , cesáreas y aborto que han llegado a presentar. Estos porcentajes son realmente notorios ya que en los partos se conto con un 60% del total de las mujeres encuestadas, en las cesáreas fue de 63.3% y en los abortos es de 90%.

Mencionaron que se encontrarón entre la 31 y 35 semanas de gestación por FUM con un 31.6% (ver pág. 71), así como, un 80% comentó no recordar cuantas semanas de gestación por USG tenían (ver pág. 72). Un 100% de ellas comentó que han ido y que les gustaría ser atendidas en un hospital.

En la pasada gráfica de correlación de Pearson se muestra que hay una asociación de variables habiendo tanto moderadas como altas; en las cuales nos demuestran que la atención que se le brindan a pacientes gestantes discapacitadas por parte del Licenciado en Enfermería y obstetricia es adecuada, con un buen trato humano, pero siempre respetandolas.

Esto quiere decir que se rechaza la hipótesis nula por este resultado obtenido ya que no necesariamente una discapacidad les impide la gran oportunidad de ser madres y el ser bien atendidas dentro de una Institución de Salud.

11. CONCLUSIONES

Enfermería podía ser considerada como una de las artes más antiguas y una de las más jóvenes profesiones, su génesis responde a una necesidad social. El trabajo actual del personal de enfermería está marcado por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinariedad pero mas hay de todos estos cambios, los cuidados son la razón de esta profesión.

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. En los cuidados de enfermería no se hará distinción alguna, fundada en consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

La realización de esta investigación fue de gran beneficio para corroborar y observar como es la atención en mujeres gestantes con discapacidad brindada por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia dentro de un servicio de salud. se comprobó que la discapacidad de las pacientes gestantes no es un factor predisponente para la atención que se le brinda, por lo que se está rechazando la hipótesis nula.

Observamos que la mayoría de las pacientes gestantes con discapacidad padecen de miopía y solo algunas de ellas fueron o se sintieron rechazadas en su niñez, pero actualmente no. Algunas discapacidades no son consideradas como tal: miopía, astigmatismo, pie plano, son aceptadas socialmente y por lo tanto no existe el rechazo hacia esas mujeres gestantes.

Por el resultado obtenido proponemos las siguientes sugerencias:

- ❖ Identificar los diferentes grados de discapacidad de las mujeres gestantes.
- ❖ Realización de más investigación relacionada con la discapacidad.
- ❖ Dar un trato digno y humanitario dentro de las escuelas.

Como Licenciados en Enfermería y Obstetricia nuestra responsabilidad primordial será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.

12. SUGERENCIAS

Identificar los diferentes grados de discapacidad de las mujeres gestantes que se presentan en el Hospital General "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, para un manejo adecuado por parte del Licenciado de Enfermería y Obstetricia.

Realización de más investigaciones relacionadas al respecto y profundizar en la discapacidad en mujeres gestantes.

Se recomienda enfatizar el trato digno y humanitario dentro de las escuelas para que en el momento de salir a trabajar se desarrolle y se brinde un trato de manejo igualitario a las demás personas y de este modo eliminar prejuicios.

Mayor énfasis en el control prenatal para concientizar el manejo adecuado de las personas con discapacidad para prevenir situaciones a futuro con un seguimiento adecuado para poder determinar la realidad que se vive dentro de la sociedad.

Realización de pláticas informativas para poder prevenir futuros embarazos.

13. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

- CAMACHO, Rosales, Juan. (2001). **Estadística con SPSS Versión 9 para Windows**. México; D.F.: Alfaomega Ra-Ma.
- CERIANI, C. José María (1999). **Neonatología Práctica**. 3ª. Ed. Madrid; España: Panamericana.
- DELGADO. Maya, Rubén (2000). **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Comentado**. México, D. F.: SISTA.
- EDGE, Valerie. (1996). **Cuidados de Salud en la Mujer**. Madrid; España.: Mosby/Doama Libros.
- HARCOURT. (2000). **Tratado de Neonatología de Every**. 7ª. Ed. Madrid; España: Harcourt Saunders.
- INPER. (2001) **Manual para Educadores en Salud Perinatal**. México; D.F. : Trillas.
- JUAREZ Francisco (2001) **Apuntes de Estadística Inferencial**. México; D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- KEROUAC, Suzanne (1996) **El Pensamiento Enfermero**. Barcelona; España: Masson.
- KING, Imagine, M. (1994) **Enfermería como Profesión**. México; D.F.: Limusa.
- LONG, B. C. (1995). **Enfermería Médico Quirúrgica**. 2ª. Ed. Vol. 6. México; D.F.: McGraw-Hill-Interamericana.
- MALAGON, Gustavo. (1999). **Garantía de Calidad en Salud**. Bogotá; Colombia: Médica Panamericana.
- MENDOZA, Lilia. (2000). **Manual de Capacitación de las Personas con Discapacidad para una Vida más Independiente**. México; D.F.: Gobierno de Distrito Federal Equidad y Desarrollo Social.
- MONDRAGÓN, Castro, Héctor. (1999). **Ginecología Básica Ilustrada**. 4ª. Reimpresión. Madrid; España: Trillas.
- MUSEO LEGISLATIVO. (2001). **Los Derechos de la Mujer Mexicana**. México; D.F.: Talleres Gráficos de la Cámara de Diputados.
- OCEANO. (2000). **Enciclopedia de la Enfermería**. Barcelona; España: Océano Centrum.

PEREZ, Fernández, Celia Josefina. (1998). **Antología de la Sexualidad**. 2ª. Ed. Tomo III. México; D.F.: Miguel Ángel Porrúa.

PLATAFORMA DE ACCIÓN. (1996). **Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer**. México; D.F.: Promotor por una Maternidad sin Riesgos.

READER'S Digest. (1998). **El Asombroso Cuerpo Humano**. Madrid; España: Selecciones.

READER'S Digest. (1999). **Diccionario Ilustrado de la Cultura Esencial**. México; D.F.: Selecciones.

TAMAYO y Tamayo, Mario. (1999). **El Proceso de la Investigación Científica**. 3ª. Ed. México; D.F.: Limusa Noriega.

TORTORA, Gerardo. (1998). **Principios de Anatomía y Fisiología**. 7ª Ed. Madrid; España: Harcourt-Brace.

VAZQUEZ, Benítez, Efraín. (1999). **Medicina Reproductiva en México**. México; D.F.: JGH.

1993-2003 Microsoft Corporación. Reservados todos los derechos Encarta

Direcciones Electrónicas Consultadas.

Asociación de Discapacitados. **I Congreso Internacional Mujer y Discapacidad**, en: http://www.casanuesa.com/mujer/congreso_valencia.htm, (16/10/04), pág. Tot. 9.

Asociación de Discapacitados. **Mujer y Discapacidad**, en: http://www.casanuesa.com/mujer/mujer_y_discapacidad.htm, (16/10/04), pág. Tot. 2.

Boletín Informativo de Farmacovigilancia. **Teratogénesis**, en: <http://www.cfnavarra.es/BIF/boletines/15/1503.htm>, (16/10/04), pág. Tot. 8.

Comisión Nacional de Derechos Humanos. **Principales Derechos de las Personas con Discapacidad**, en: <http://www.cndh.org.mx/principal/document/derechos/discapa.htm>, (16/10/04), pág. Tot. 5.

Consejo Nacional de Organizaciones de y para Personas con Discapacidad A.C., **Día Internacional de las Personas con Discapacidad**, en: <http://www.serpiente.gysca.unam/mx/conadi>, (16/10/04), pág. Tot. 1.

Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. **Anexo Técnico para el Financiamiento de Proyectos de Monitoreo y Mejora de Indicadores de Calidad**, en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/cnmicv2002.htm1>, (16/10/04), p{ag. Tot. 2.

Desarrollo Científico de Enfermería. **Holismo, Esencia del Cuidado**, en: http://www.enfermeria.com.mx/Holismo_Esencia.htm, (16/10/04), pág. Tot. 1.

Desarrollo Científico de Enfermería. **El Proceso Enfermero para brindar Atención de Calidad**, en: http://www.enfermeria.com.mx/Proceso_Enfermero_Calidad.htm, (16/10/04), pág. Tot. 1.

Iglesias Cortit Luis, Cano Sánchez Antonio, **Teratogenia y Anticoncepción Hormonal Oral**, en: <http://www.reprohumana.com/gm.htm1>, (16/10/04), pág. Tot. 2.

La Genética Médica. **La identificación de los Agentes Teratógenos**, en: <http://www.com/health-info/content/esp/genetics/identify.htm1>, (16/10/04), pág. Tot. 2.

Organización Internacional Del Trabajo. **Género, Formación y Trabajo**, en: http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/pacta/cuegen/muj_dis.htm, (16/10/04), pág. Tot. 6.

PAC Pediatría. **Mecanismo de Acción de los Teratógenos**, en: http://www.discope.com/pac/pediatría-1/d5/p1d5_p32.htm, (16/10/04), pág. Tot. 2.

Presidencia de la República. **Consideraciones acerca de la Convención Internacional propuesta para promover y proteger los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidades**, en: <http://www.sre.gob.mx/discapacidad/paperaimssesquimientohtm>, (16/10/04), pág. Tot. 13.

Presidencia de la República. **¿Qué derechos deben estar reconocidos en la Convención?**, en: http://www.sre.gob.mx/discacidad/whatrights_esp.htm, (16/10/04), pág. Tot. 5.

Salud y Diacapacidad. **Fenilcetonuria**, en: <http://www.salud.discapnet.es/discapacidadestytddeficiencia/condiciones+discapacitante/fenilcetonuria1/fenilcetonuria.htm>, (16/10/04), pág. Tot. 4.

Unika Comunicación en Discapacidad. **Concepto de Discapacidades**, en:
<http://www.revistaunika.com.mx/concepto.htm>
<http://www.revistaunika.com.mx/estad.htm>, (16/10/04), pág. Tot. 7.

Las Toxinas Ambientales y la Genética, en:
http://www.omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/124/htm/sec_7.htm, (16/10/04), pág. Tot. 32.

<http://www.salud.discapnet.es/discapacidadestydeficiencias/condiciones+discapacitantes/virus/inmunodeficienciaadquirida/htm>, (16/10/04).

<http://www.salud.discapnet.es/discapacidadestydeficiencia/condiciones+discapacitante/diabetes+13/index.htm>, (16/10/04).

Revista Consultada

SANCHEZ, Alfredo. (2004). **La Clave está en la Alimentación**, en:
Padres e Hijos, México; D.F. Televisa, Número Especial.

14. GLOSARIO

Agentes Teratogenos Humanos: El cosmos en que se desarrolla un nuevo ser puede dividirse en micro, matro y macro ambiente; el cual influye en el desarrollo del producto favoreciendo la normogénesis o provocando teratogénesis.

Anacusia o Sordera: Cuando el sujeto no percibe absolutamente ninguna imagen sonora debido a alguna lesión del órgano auditivo.

Ceguera o amaurosis: ausencia completa o casi completa del sentido de la vista. Puede estar causada por un obstáculo que impide la llegada de los rayos de luz hasta las terminaciones del nervio óptico, por enfermedad del nervio óptico o del tracto óptico, o por enfermedad o alteración en las áreas cerebrales de la visión.

Deficiencia: Pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica de un individuo.

Discriminación (derecho): aunque en general significa acción y efecto de separar o distinguir unas cosas de otras, en Derecho el término hace referencia al trato de inferioridad dado a una persona o grupo de personas por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, de filiación o ideológicos, entre otros.

Difonía: es un defecto de la voz debidas a anomalías laringeas o respiratorias.

Dislalia: es un defecto del lenguaje.

Embarazo: es una secuencia de acontecimientos que generalmente se compone de la fecundación, la implantación, el crecimiento embrionario y el crecimiento fetal, y que finaliza con el nacimiento aproximadamente 266 días después.

Enfermedad Discapacitante: Es aquella que en su evolución necesariamente producirá una disminución permanente, parcial o total, en la capacidad funcional, biológica, psicológica, laboral o social del individuo, y que puede o no dificultar o impedir el desempeño de las actividades cotidianas.

Enfermedad Potencialmente Discapacitante: Es aquella que en su evolución tiene la probabilidad de producir una disminución temporal o permanente, parcial o total, en la capacidad funcional, biológica, psicológica, laboral o social del individuo, y que puede o no dificultar o impedir el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Estrabismo: proceso también denominado bizquera, en el que una alteración de la musculatura del ojo trastorna la visión binocular normal. Las causas que conducen al estrabismo son diversas: debilidad o parálisis de cualquiera de los seis músculos que controlan el movimiento de los ojos, alteración de la coordinación del cerebro y el ojo, o lesión de los nervios que controlan la musculatura ocular.

Hipoacusia Profunda: (De 60 a 80 decibeles) cuando es capaz de percibir algunos sonidos, pero aun no alcanza a percibir la voz humana sino se le adiestra especialmente mediante el uso de prótesis auditivas.

Minusvalía: Es una situación de desventaja para una persona, a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide desempeñar una actividad normal de acuerdo con su edad, sexo y entorno social y cultural.

Parálisis: pérdida de la movilidad voluntaria en una parte del cuerpo, producida por una enfermedad o lesión en cualquier punto a lo largo de la vía motora nerviosa que discurre entre el cerebro y la fibra muscular.

La parálisis de una extremidad se denomina monoplejía; la parálisis de dos extremidades del mismo lado recibe el nombre de hemiplejía; la parálisis de ambas extremidades inferiores paraplejía o diplejía; y la parálisis de las cuatro extremidades cuadriplejía o tetraplejía.

Parálisis cerebral: término que engloba a todos los trastornos no progresivos de la función motora debidos a una lesión cerebral permanente producida antes, durante o después del nacimiento.

Personas con Discapacidades: se utiliza para englobar la gama de condiciones que afectan en diversos grados las capacidades y funciones sensoriales, intelectuales, motoras y emocionales. Por tanto, son personas con necesidades especiales cuyas limitaciones no disminuyen su dignidad como seres humanos ni su derecho a participar en la vida de la comunidad.

Pie Plano: es la ausencia del arco que forma el calcáneo con la cabeza del primer metatarsiano

Planificación Familiar: es un concepto más amplio que se refiere a la toma de decisiones sobre cuándo y cuántos niños desea tener una pareja y a la elección del método anticonceptivo para evitar el embarazo.

Salud Reproductiva: debe entenderse como el estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. Podríamos decir que es el derecho de todas las parejas de disfrutar una vida sexual y reproductiva saludable, satisfactoria y sin riesgos con el respeto a su libre decisión sobre el tamaño de su familia.

Síndrome de Down: antes llamado mongolismo, malformación congénita causada por una alteración del cromosoma 21 que se acompaña de retraso mental moderado o grave.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Una persona infectada con el VIH va perdiendo, de forma progresiva, la función de ciertas células del sistema inmune llamadas linfocitos T CD4, lo que la hace susceptible a desarrollar cierto tipo de tumores y a padecer infecciones oportunistas (infecciones por microorganismos que normalmente no causan enfermedad en personas sanas pero sí lo hacen en aquellas en las que está afectada la función del sistema inmune).

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTRETRICIA



ATENCIÓN DE LAS PACIENTES GESTANTES CON DISCAPACIDAD POR PARTE DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN "JOSE VICENTE VILLADA" DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN.

La presente investigación tiene como objetivo identificar y analizar la Atención de las Pacientes Gestantes con Discapacidad por parte del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Como estrategia para el avance del actuar profesional, mediante la evaluación cotidiana de lo que involucra la atención integral de un paciente, para con ello determinar practicas que se consideran no beneficiosas y simultáneamente brindar alternativas de solución a las mismas, por lo cual se implementa la siguiente investigación.

Si usted desea participar en dicha investigación favor de firmar en la línea.

FECHA

FIRMA DE LA ENTREVISTADA

ENTREVISTADOR

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTRETRICIA

ATENCION DE LAS PACIENTES GESTANTES CON DISCAPACIDAD POR PARTE DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN "JOSE VICENTE VILLADA" DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.

INTRUCCIONES: Favor de contestar las siguientes preguntas y marcar con una X el rubro indicado perteneciente a la respuesta.

1. FICHA DE IDENTIFICACION.

- 1.1 Nombre _____ 1.2 Edad _____ 1.3 Estado civil _____
1.4 Ocupación _____ 1.5 Escolaridad _____ 1.6 Religión _____
1.7 Tipo de Discapacidad _____
1.8 Número de embarazos _____
a) Parto _____ b) Cesárea _____ c) Aborto _____
1.9 Semanas de gestación _____ X FUM.
1.10 Semanas de gestación _____ X USG.
1.11 Atendidos en:
a) Hospital _____ b) Hogar _____ c) otro _____

2. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS.

- 2.1 ¿Con quién vive?
a) Mamá _____ b) Papá _____ c) Ambos _____ d) Pareja _____
e) Sola _____ f) Hermana _____ g) Cuñada _____ h) Hijo _____
2.2 ¿De quién dependes económicamente?
a) Mamá _____ b) Papá _____ c) Ambos _____ d) Pareja _____
e) Trabaja _____ f) Cuñada _____ g) Hermana _____ h) Pensionada _____
2.3 ¿En qué trabaja? _____
2.4 ¿Dónde trabaja le dan derecho algún servicio de salud?
a) Si _____ b) No _____ ¿Cuál? _____

3. SALUD REPRODUCTIVA.

- 3.1 ¿Qué significa para usted la salud?
a) Derecho _____ b) Bienestar _____ c) No estar enferma _____
d) Estar física y mentalmente bien _____ e) Otros _____
3.2 ¿Conoce algunos de los programas implementados por el gobierno para la salud reproductiva de la mujer?
a) Si _____ b) No _____ ¿Cuáles? _____
3.3 ¿Qué características crees que intervienen para tener una adecuada salud reproductiva?
a) Económico _____ b) Cultural _____ c) Social _____
d) Físico _____ e) Mental _____ f) Otros _____

4. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

- 4.1 ¿Conoce sus derechos como mujer?
a) Sí _____ b) No _____ ¿Cuáles? _____
- 4.2 ¿Dónde considera que puede encontrar sus derechos?
a) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos _____
b) Leyes Federales _____
c) Leyes locales _____
d) Tratados Internacionales _____
e) Otro _____
- 4.3 ¿Considera que realmente se respetan estos derechos y qué son llevados a la práctica?
a) Sí _____ b) No _____
- 4.4 Mencionan de estos lugares, ¿dónde crea que sí o no se respetan sus derechos?
a) Hogar _____ b) Trabajo _____ c) Escuela _____
d) Servicios de salud _____
- 4.5 Menciona el día en que se celebra el día internacional de la mujer.

-
- 4.6 ¿conoces los derechos que tienen las personas con discapacidad o con capacidades diferentes?
a) Sí _____ b) No _____ ¿Cuáles? _____

5. EMBARAZO

- 5.1 ¿Cuál fue su reacción al saber que estaba embarazada?
a) Alegría _____ b) Tristeza _____ c) Enojo _____
d) Preocupación _____ e) Otro _____
- 5.2 ¿A partir de qué mes de embarazo fue su primera consulta médica?
-
- 5.3 ¿Cuáles son los cambios que ha notado o notaste durante el desarrollo de su embarazo?
a) En su cuerpo _____
b) Emocionalmente _____
- 5.4 ¿Qué cuidados le mencionaron que debería tener durante su embarazo?
-
- 5.5 ¿Volvería embarazarse de nuevo?
a) Sí _____ b) No _____ ¿Por qué? _____
- 5.6 ¿Al volver al control prenatal usted sintió alguna diferencia en el trato recibido por parte del personal que lo atendió en este hospital?
a) Sí _____ b) No _____ ¿Cuál o cómo fue? _____

6. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

6.1 ¿Cómo considera qué es la atención recibida por parte del personal de salud que labora en este hospital?

- a) Excelente___ b)Buena___ c)Regular___ d)Mala___

6.2 ¿qué es para usted o que entiende por calidad de atención?

6.3 ¿Crees que hay un buen trato humano tanto al paciente y/o familiares dentro de un servicio de salud?

- a) Sí___ b)No___

6.4 ¿Qué cualidades consideras que debe de tener el personal que labora en esta institución de salud?

- a) Puntualidad___ b)Amabilidad___ c)Rapidez___ d)Cortesía___
e) Respeto___ f)Etica___ g)Otros___

6.5 La enfermera(o) lo saluda de forma amable?

- a) Siempre___ b)En ocasiones___ c)Pocas veces___
d) Nunca___

6.6 ¿Se presenta la enfermera(o) con usted?

- a) Siempre___ b)En ocasiones___ c)pocas veces___
d)Nunca___

6.7 ¿Cuándo la enfermera(o) se dirige a usted lo hace por su nombre?

- a)Siempre___ b)En ocasiones___ c)Pocas veces___
d)Nunca___

6.8 ¿La enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?

- a) Siempre___ b)En ocasiones___ c)pocas veces___
d) Nunca___

6.9 ¿La enfermera(o) se interesa porque dentro de lo posible sus estancia sea agradable?

- a) Siempre___ b) En ocasiones___ c) Pocas veces___
d) Nunca___

6.10 ¿La enfermera(o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?

- a) Siempre___ b) En ocasiones___ c) Pocas veces___
d) Nunca___

6.11 ¿La enfermera(o) le hace sentirse segura al atenderle?

- a) Siempre___ b) En ocasiones___ c) Pocas veces___
d) Nunca___

6.12 ¿La enfermera(o) lo trata con respeto?

- a) Siempre___ b) En ocasiones___ c) Pocas veces___
d) Nunca___

6.13 ¿La enfermera(o) le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que deben tener respecto a su padecimiento?

- a) Siempre___ b) En ocasiones___ c) Pocas veces___
d) Nunca___

6.14 ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas al día?

- a) Siempre _____ b) En ocasiones _____ c) Pocas veces _____
d) Nunca _____

6.15 ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera?

- a) siempre _____ b) En ocasiones _____ c) Pocas veces _____
d) Nunca _____

7. DISCAPACIDAD

7.1 ¿Qué es para usted la discapacidad?

7.2 ¿Qué tipo de discapacidad?

7.3 ¿De la siguiente lista menciona cuáles consideras que son una discapacidad?

- a) Síndrome de Down _____
b) Alcoholismo _____
c) Diabetes Mellitus _____
d) Parálisis cerebral _____
e) Tabaquismo _____
f) Sarampión _____
g) Alteraciones visuales: miopía _____ ceguera _____
h) Alteraciones auditivas: hipoacusia _____ anacusia _____
i) Alteraciones del lenguaje: disfonía _____ dislalia _____
j) Rubeóla _____

7.4 ¿Cree qué es importante las diferentes discapacidades que existen?

- a) Sí _____ b) No _____ ¿Por qué? _____

7.5 ¿Cómo afecta su discapacidad en su vida cotidiana?

7.6 ¿Alguna vez ha sido rechazada por discapacidad?

7.7 ¿En dónde?

Se agradece su participación y los resultados obtenidos de la investigación se harán llegar a usted como participante. GRACIAS.

DIRECTORIO

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

- **Alternativas de Comunicación para Necesidades Especiales, A.C. Ararú**
Comercio y Administración No. 29,
Col. Copilco Universidad, Deleg. Coyoacán,
C.P. 06360, Tel.: 5658-9309 y 5658-3257
- **Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer (IAP)**
San Francisco Tultenco No. 1 Bis, Col. Paulino
Navarro, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06870,
Tels.: 5741-2814 y 5741-3298
- **Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos**
Calle San Lorenzo 1009 of. 204, Col. del Valle,
Deleg. Benito Juárez, C.P. 03100
Tel. y fax: 5688-5800 y 5688-5774
- **Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington, A.C.**
San Carlos No. 51, Col. San Ángel,
Deleg. Álvaro Obregón, C.P. 01060,
Tel.: 5550-7626
- **Asociación de Padres para el Tratamiento del Autismo "Niño Oculto", A.C.**
(Universidad Intercontinental)
Insurgentes Sur No. 4303, Col. Santa Úrsula
Xitla, Deleg. Tlalpan, C.P. 14420
Tel. y fax: 5655-1539
- **Asociación Mexicana de Parkinson**
Ave. Coyoacán 513-4º piso, Col. Del Valle
Deleg. Coyoacán, C.P. 03100,
Tels.: 5523-2995 y 5543-9050
- **Asociación para evitar la Ceguera en México, A.C.**
Vicente García Torres No. 46, Col. San Lucas
Coyoacán, Deleg. Coyoacán,
Tels.: 5659-3597 y 5659-5072 ext. 51
- **Asociación Mexicana de Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, A.C.**
Dr. Luis Enrique Sosa
Tel.: 5294-7326
- **Asociación Pro-Integración del Hipoacúsico, A.C.**
Francisco Márquez No. 144, Col. Condesa,
Deleg. Miguel Hidalgo,
Tel. y fax: 5553-0820
- **Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C.**
Insurgentes Sur No. 594-402, Col. Del Valle,
Deleg. Benito Juárez, C.P. 03650
Tel. y fax: 5523-1526

■ **Asociación Pro-Personas**

con Parálisis Cerebral, APAC (IAP)
Doctor Arce No. 104, Col. Doctores,
Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06720
Tel.: 5761-3512, Fax: 5578-4541

■ **Centro de Rehabilitación y Terapia**

"Carmelina Ortiz Monasterio", APAC
Calle Magdalena No. 59, esq. Río Amecameca,
entre Prolongación Juan Escutia y Reforma
Agraria, Barrio de la Magdalena, Pueblo
de San Juan Ixtayopan, Deleg. Tláhuac,
Tel.: 5848-5192

■ **Centro Ecuestre de Rehabilitación**

"Las Águilas", A.C.
Camino Real a Toluca No. 1150,
Edif. 154-101, Col. Santa Fe, C.P. 01209,
Deleg. Álvaro Obregón,
Tel.: 5625-6029 Fax: 5625-6663

■ **Comité Internacional Prociegos (IAP)**

Mariano Azuela No. 218, Col. Santa María La
Ribera, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06400
Tel.: 5574-5167

■ **Comunidad Down, A.C.**

Calzada de las Águilas 1681, Col. Lomas de
Guadalupe, Deleg. Álvaro Obregón, C.P. 01720
Tel.: 5635-2462

■ **CONFIE (IAP)**

Carretera México-Toluca No. 5218,
Col. El Yaqui, Deleg. Cuajimalpa, C.P. 05320
Tel.: 5292-1390, Fax: 5292-1892

■ **Enséñame, A.C. (lengua señas mexicanas)**

Durango 272-5, Col. Roma,
Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06700
Tel.: 5514-0991

■ **Familias Anónimas**

Amatlán 84, Col. Condesa,
Deleg. Cuauhtémoc,
Tel.: 5249-0956

■ **Fundación Alzheimer,**

"Alguien con quien contar", IAP
San Borja y Div. Del Norte. No. 1144, Col.
Del Valle. C.P. 03020, Deleg. Benito Juárez,
Tels.: 5575-8320, 5575-8323, 5575-0910

■ **Fundación John Langdon Down, A.C.**

Selva No. 4, Col. Insurgentes Cuicuilco,
Deleg. Coyoacán, C.P. 04530,
Tel.: 5666-8580

■ **Grupo Aceptación de Epilépticos, GADEP**

Hospital 20 de Noviembre, Félix Cuevas
y Av. Coyoacán, Col. Del Valle.
Deleg. Benito Juárez,
Tels.: 5575-7022 ext. 1252 y 5575-8782

■ **Hospital Conde de Valencia**

Chimalpopoca No. 14, entre Eje Central y
Bolívar, Col. Obrera, Deleg. Cuauhtémoc,
C.P. 06800,
Tel.: 5588-4644

■ **Industrias de Rehabilitación y Trabajo
para el Inválido, A.C.**

Calzada México-Tacuba No. 398, Col. Popotla,
Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11400,
Tel.: 5674-2672

■ **Industrias Protegidas No. 1**

"Profa. Florentina González Cipres"
Av. Río Churubusco No. 374, Col. Ampliación
Sinatel, Deleg. Iztapalapa, C.P. 09079
Tel.: 5694-2672

■ **Instituto Mexicano de Sexología**

Tepec No. 86, Col. Roma,
Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06700,
Tel. y fax: 5564-2850

■ **Integración Down, A.C.**

Callejón Congreso No. 36, Col. La Joya,
Deleg. Tlalpan, C.P. 14000,
Tel.: 5573-7576

■ **Oirá y Hablará, A.C.**

Antonio Maura No. 178, Col. Moderna,
Deleg. Benito Juárez, C.P. 03510,
Tel.: 6590-0097, fax: 5595-3706

■ **Very Special Art's, México, A.C.**

"Arte para Todos"
Carretera México-Toluca No. 5218,
Col. Yaqui El Pueblo, Deleg. Cuajimalpa,
C.P. 05320,
Tel.: 5292-1390, fax: 5292-1892

■ **Centro Nacional de Medicina
de Rehabilitación**

Mariano Escobedo No. 150, Col. Anáhuac,
Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11320,
Tel.: 5545-1594

■ **Centro Tlazocihualpilli, DIF-Nacional,
Centro de Desarrollo Comunitario**

Isidro Tapia s/n, esq. Francisco Presa, Col. San
Sebastián, Tulyehualco, Deleg. Xochimilco,
C.P. 16730,
Tels.: 5842-4933 y 5842-1395

■ **Comisión de Derechos Humanos del D.F.**

Ave. Chapultepec No. 49, Col. Centro,
Deleg. Cuauhtémoc, C. P. 06040,
Tels.: 5578-1717 y 5229-5600 ext. 451 y 452,
Fax: ext. 464

■ **DIF-DF**

San Francisco No.1626, 2 ° piso, Col. Del Valle,
Deleg. Benito Juárez, C.P. 03100
Tel.: 5524-7372

■ **Escuela Nacional Para Ciegos**

"Lic. Ignacio Trigueros"
Mixcaco No. 6, Col. Centro,
Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06020
Tels.: 5702-30 37 y 5702-3334

■ **Locatel**

Ave. Miguel Ángel de Quevedo No. 270,
esq. Salvador Novo, Col. Villa Coyoacán,
Deleg. Coyoacán, C.P. 04000,
Tel.: 5658-1111

■ **Dirección General de Equidad
y Desarrollo Social**

Prevención de la Violencia Familiar D.F.
Calzada México-Tacuba 235, planta baja,
Col. Un Hogar para Nosotros,
Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11330,
Tel.: 5341-9691

INSTANCIAS GUBERNAMENTALES

■ **Centro de Rehabilitación y Educación
Especial Iztapalapa DIF Nacional**

Guerra de Reforma s/n, esq. Leyes de Reforma,
Col. Leyes de Reforma,
Deleg. Iztapalapa, C.P. 09310
Tels.: 5663-3728 y 5694-0113

■ **Centro de desarrollo DIF-DF**

Calle Carlo A. Vidal esq. Quintana Roo s/n,
Pueblo de San Francisco Tlaltemco,
Deleg. Tláhuac,
Tel.: 5841-2891

**HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD
DEL GOBIERNO DEL D.F.**

Centro de Salud "Atanasio Garza Rios"

Dr. Vertiz, esq. Dr. Erazo,
Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc,
Tels.: 5588-6144 y 5588-6033

**Centro de Salud "Beatriz Velasco
de Alemán"**

Eduardo Molina, esq. Peluqueros,
Col. 20 de Noviembre,
Deleg. Venustiano Carranza,
Tel.: 5795-4452, fax: 5795-4487

Centro de Salud "Dr. Manuel Pesqueira"

Av. Sur 16, esq. Oriente 245, Col. Agrícola
Oriental, Deleg. Iztapalapa.

Centro de Salud "Dr. Rafael Ramírez"

Av. Montevideo y 17 de Mayo,
Col. San Bartolo Atepehuacán,
Deleg. Gustavo A. Madero,
Tel.: 5586-5633

Centro de Salud "Juan Duque de Estrada"

Oriente 170 No. 154, Col. Moctezuma,
2da. Sección, Deleg. Venustiano Carranza,
Tels.: 5571-2572 y 5571-4605

Centro de Salud "México-España"

Mariano Escobedo No. 148, Col. Anáhuac,
Deleg. Miguel Hidalgo,
Tels.: 5531-1594 y 5545-3715

**Centro de Salud Mental "Dr. José Castro
Villagrana"**

Carrasco y Coapa s/n,
Col. Toriello Guerra, Deleg. Tlalpan,
Tels.: 5603-3516 y 5606-6516

■ **Centro de Salud "Mixcoac"**

Rembrant No. 32, Col. Mixcoac,
Deleg. Álvaro Obregón,
Tels.: 5563-3738, 5563-3728 y 5563-3753

■ **Hospital de Urgencias Balbuena**

(Urgencias Médico-Quirúrgicas)
Av. Cecilio Robelo, esq. Sur 103, Col. Jardín
Balbuena, Deleg. Venustiano Carranza,
Tels.: 5764-1386, 5552-1603 y 5552-1607

■ **Hospital de Urgencias Cuauhtepc**

(Materno-infantil)
Emiliano Zapata No. 17, Col. Cuauhtepc Barrio
Bajo, Deleg. Gustavo A. Madero,
Tels.: 5391-0406 y 5319-2896

■ **Hospital de Urgencias de la Villa**

(Clínica de columna)
Calzada San Juan de Aragón No. 285,
Col. Granjas Modernas,
Deleg. Gustavo A. Madero
Tels.: 5577-3908, 5577-8978 y 5577-9700

■ **Hospital de Urgencias M. Contreras**

(Materno-infantil)
Av. Luis Cabrera, esq. Presa Reventada,
Col. San Jerónimo Lídice,
Deleg. Magdalena Contreras,
Tels.: 5683-5108 y 5683-5094

■ **Hospital de Urgencias Rubén Leñero**

(Cirugía de mano y atención integral
del adulto quemado)
Plan de San Luis, esq. Salvador Díaz Mirón,
Col. Santo Tomas, Deleg. Miguel Hidalgo,
Tels.: 5341-4520 y 5341-4580



















■ **Hospital de Urgencias Xoco**




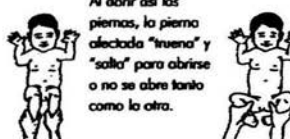






Calzada México-Coyoacán, esq. Bruno Traven,
Col. Pedro María Anaya, Deleg. Coyoacán,
Tels.: 5688-9015 y 5688-9115











- **Hospital General de México**
(General)
Dr. Balmis y Av. Cuauhtémoc,
Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc,
Tels.: 5588-0188 y 5578-8582
- **Hospital General G. A. González**
Calzada de Tlalpan No. 4810,
Col. Huipulco, Deleg. Tlalpan,
Tel.: 5665-3511
- **Hospital General de la Mujer**
Salvador Díaz Mirón No. 374,
Col. Santo Tomás, Deleg. Miguel Hidalgo,
Tels.: 5341-11 00 y 5341-4309
- **Hospital Infantil de México**
Dr. Federico Gómez
(Pediátrico)
Dr. Márquez No. 162, esq. Dr. Jiménez,
Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc,
Tel.: 5761-0333
- **Hospital Infantil Peralvillo**
(Terapia intensiva neonatal)
Tolnahuc No. 14, esq. Prolongación Zarco,
Col. San Simón, Deleg. Gustavo A. Madero,
Tels.: 5583-3801, 5583-3812 y 5583-4841
- **Hospital Infantil Tacubaya**
(Atención del niño quemado, cirugía de labio
y paladar hendido)
Av. Arquitecto Carlos Lazo y Av. Gaviota,
Col. Tacubaya, Deleg. Miguel Hidalgo,
Tels.: 5277-6151 y 5516-3507
- **Hospital Infantil Xochimilco**
(Pediátrico)
16 de Septiembre, esq. Prolongación Nativitas,
Col. Barrio Xaltocan, Deleg. Xochimilco,
Tels.: 5676-4993, 5676-0555 y 5676-0466
- **Hospital Juan N. Navarro**
(Psiquiátrico infantil)
San Buenaventura s/n,
Col. San Fernando, Deleg. Tlalpan,
Tel.: 5573-2855
- **Hospital Juárez de México**
General
Av. Politécnico No. 5160, Col. Magdalena
de las Salinas, Deleg. Gustavo A. Madero,
Tels.: 5752-1787 y 5752-2147
- **Hospital Materno Infantil de Tláhuac**
Av. Hidalgo, esq. Cuauhtémoc,
Col. Barrio San Miguel, Deleg. Tláhuac,
Tel.: 5842-0111
- **Hospital Pediátrico de la Villa**
Av. Hidalgo, esq. Cantera s/n,
Col. Estanzuela, Deleg. Gustavo A. Madero,
Tel.: 5577-8878
- **Hospital Pediátrico San Juan de Aragón**
(Atención médica externa a la tercera edad,
pediátrico)
Av. 506 y Av. 519, primera sección,
Col. San Juan de Aragón,
Deleg. Gustavo A. Madero,
Tels.: 5551-0007 y 5551-0039
- **Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino
Álvarez**
(Psiquiátrico)
Calle Niño Jesús No. 2, esq. Buenaventura,
Col. Tlalpan, Deleg. Tlalpan, C.P. 14000
Tels.: 5573-0388 y 5573-0751
- **Hospital de Perinatología**
(Embarazo de alto riesgo)
Montes Urales No. 800, Col. Lomas
de Chapultepec, Deleg. Miguel Hidalgo,
Tel.: 5259-1704











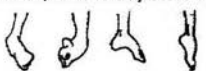
GUÍA PARA IDENTIFICAR DISCAPACIDADES


SEÑAS QUE SE PRESENTAN DESDE EL NACIMIENTO O POCO DESPUÉS DE ÉSTE

LA NIÑA SI EL NIÑO TIENE ESTO	Y TAMBIÉN ESTO	QUIZÁS TENGA
<p>Nació débil o "flácido" (aguardado).</p>  <p>Se tarda en empezar a levantar la cabeza o mover los brazos.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Muchas veces el parto fue difícil. El bebé se tardó en respirar. Nació azul y aguardado. Nació antes de tiempo o muy chico. Cara redonda. Ojos rasgados. Lengua gruesa. Cabeza chica o angosta por arriba.   <p>Nada de lo anterior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Parálisis cerebral. Lentitud en el desarrollo. Síndrome de Down. Hipotiroidismo. Microcefalia (cerebro chico). Discapacidad intelectual. Lentitud en el desarrollo por otras razones.
<p>No mama bien o se ahoga con la leche o la comida.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Devuelve la leche con la lengua o no mama. No mama bien. Se ahoga o le sale leche por la nariz. 	<ul style="list-style-type: none"> Parálisis cerebral. Vea si tiene el paladar hendido. Posible discapacidad intelectual profunda. 
<p>Uno o los dos pies volteados hacia adentro o hacia atrás.</p> 	<p>Ninguna otra señal</p> <ul style="list-style-type: none"> Manos débiles, tiesas o curvas. Algunas coyunturas tiesas, ya sea dobladas o derechas.  <p>Bola oscura en la espalda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pie zambo Artrogriposis Espina bifida
<p>"Bolsa" o bola oscura en la espalda.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Pies zambos. O pies muy doblados hacia arriba. O falta de sensibilidad y movimiento. 	<p>Espina bifida (a veces no se ve la bola, pero están presentes las señas de los pies).</p>
<p>Cabeza demasiado grande y sigue creciendo.</p> 	<p>Puede tener:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ojos en "caída de sol". Aumento de la discapacidad física y/o mental. Ceguera. 	<p>Hidrocefalia (agua en el cerebro).</p> <p>Si es de nacimiento, usualmente es señal de espina bifida.</p> <p>En un niño mayor, posiblemente solitario en el cerebro o tumor cerebral.</p>
<p>Labio superior y/o paladar incompletos.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para comer. Más tarde, dificultad para hablar. 	<p>Labio leporino y paladar hendido.</p>
<p>Defectos de nacimiento, deformidades o partes que faltan.</p> 	<p>(Pueden o no estar asociados con otros problemas.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Defectos de nacimiento. Amputaciones. Síndrome de Down. Lentitud en el desarrollo.
<p>Rigidez o Posiciones inadecuadas.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> De nacimiento. Algunos músculos débiles. Algunas coyunturas tiesas. Mente y control de la cabeza normales. Los músculos se aprietan involuntariamente y más en ciertas posiciones. Quizás se agarre con fuerza el dedo gordo (pulgar). 	<p>Artrogriposis</p>  <p>Parálisis cerebral espástica</p> <p><i>Nota: la rigidez muscular (espasticidad) usualmente aparece semanas o meses después del parto.</i></p>

SI LA NIÑA O EL NIÑO TIENE ESTO	Y TAMBIÉN ESTO	QUIZÁS TENGA
<p>Un brazo débil o en una posición extraña.</p> 	<p>No mueve mucho el brazo. Lo mantiene así.</p>  <p>A menudo la pierna del mismo lado también está afectada</p>	<p>Parálisis de Erb (debilidad a causa de un daño de los nervios del hombro durante el parto).</p> <p>Parálisis cerebral hemipléjica (de un lado).</p>
<p>Cadera dislocada (zafada) de nacimiento. Una pierna más corta: lo detiene de modo diferente: un calgajo de piel cubre parte de la vulva.</p> 	<p>Al abrir así las piernas, la pierna afectada "trueno" y "salta" para abrirse o no se abre tanto como la otra.</p> 	<p>Cadera dislocada de nacimiento (A menudo ambas caderas). Puede presentarse con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espina bífida. • Síndrome de Down. • Artritis.
<p>Se tarda en empezar a reaccionar a los sonidos o en mirar las cosas.</p> 	<p>(Puede deberse a un problema o a una combinación de problemas.)</p>	<p>Vea si hay señas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentitud en el desarrollo. • Parálisis cerebral. • Ceguera. • Sordera.
SEÑAS EN NIÑA O NIÑO		
<p>Más lento que otros niños para hacer diferentes cosas (voltearse, sentarse, usar las manos, mostrar interés, caminar, hablar).</p> 	<p>Lento en todas o casi todas las áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cara redonda. • Ojos rasgados. • Un solo pliegue hondo en la mano. • Respuesta y movimientos lentos. • Piel seca y fría. • A menudo el pelo cubre la frente. • Párpados hinchados. <p>Movimientos o posiciones extrañas y continuos, y/o rigidez.</p> 	<p>Retraso del desarrollo, vea si hay señas de:</p> <p>Síndrome de Down.</p> <p>Hipotiroidismo.</p> <p>Parálisis cerebral. También busque señas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceguera. • Sordera. • Desnutrición.
<p>No reacciona a los sonidos; a los 3 años todavía no ha empezado a hablar.</p> 	<p>Puede que reaccione a unos sonidos pero no a otros. Revise si tiene una infección en el oído (pus).</p>	<p>Revise si tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sordera. • Lentitud severa en el desarrollo (con o sin sordera). • Parálisis cerebral grave.
<p>No volteo a ver las cosas ni las agarra sino hasta que la tocan.</p> 	<p>Los ojos pueden o no verse normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceguera y/o • Discapacidad intelectual profunda. • Parálisis cerebral grave.
<p>Los párpados o los ojos "brincan" o hacen movimientos rápidos y extraños.</p> 	<p>Revise si tiene uno o una combinación de estos problemas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceguera. • Convulsiones. • Demasiados medicamentos. • Parálisis cerebral. • Otros problemas que afecten o dañen el cerebro.





SI LA NIÑA EL NIÑO TIENE ESTO	Y TAMBIÉN ESTO	QUIZÁS TENGA
<p>Debilidad, usualmente con rigidez o espasticidad de los músculos. No hay pérdida de sensibilidad.</p>	<p>Generalmente afecta el cuerpo en alguna de estas maneras. 1. Un lado 2. Dos piernas 3. Todo el cuerpo</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • 1: Parálisis cerebral (o derrame cerebral). • 2 y 3: Parálisis cerebral. • De vez en cuando otras causas.
<p>Los músculos se entiesan y resisten el movimiento por el dolor en las coyunturas.</p>		<p>Dolor de coyunturas (muchas causas, véase abajo).</p>
<p>DOLOR DE COYUNTURAS</p>		
<p>Una o más coyunturas adoloridas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Empieza con o sin fiebre. • Va empeorando poco a poco pero hay periodos en que mejora o empeora. 	<p><i>Artritis juvenil</i></p>
<p>CAMINA CON DIFICULTAD O COJEA</p>		
<p>Se hunde hacia un lado a cada paso.</p> 	<p>Muchas veces una pierna más débil y corta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usualmente empieza entre los 4 y 8 años. • Quizá se queje de dolor en la rodilla. 	<p>Vea si hay señas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polio. • Parálisis cerebral. • Cadera dislocada.
<p>Camina con las rodillas juntas.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidez muscular (espasticidad). • Poco afectada la parte superior del cuerpo. 	<p>Parálisis cerebral espástica dipléjica o parapléjica.</p>
<p>Se para y camina con las rodillas juntas y los pies separados. No hay otros problemas.</p> 	<p>Pies separados menos de 3 pulgadas (7 1/2 cm) a los 3 años.</p>  <p>Pies separados más de 3 pulgadas a los 3 años.</p> 	<p>Normal de los 2 a los 12 años de edad.</p>
<p>Camina torpemente con un pie de punta.</p> 	<p>Músculos tensos (espásticos) y con poco control de ese lado. A menudo la mano de ese lado está afectada.</p>	<p>Parálisis cerebral hemipléjica (Derrame cerebral o embolia en adultos).</p>
<p>Camina torpemente con las rodillas dobladas y las piernas usualmente abiertas.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasos inseguros, mal equilibrio. • Movimientos involuntarios, repentinos, que pueden hacer que se caiga. • Camina despacio, como "borracho". • Se tarda en aprender a caminar y se cae mucho. 	<p>Parálisis cerebral atetoide.</p> <p>Mal equilibrio (ataxia)-muchas veces con parálisis cerebral. Síndrome de Down. Hipotiroidismo.</p>
<p>Camina con los dos pies de punta.</p> 	<p>Debilidad, sobre todo en piernas y pies. <u>Gradualmente empeora.</u> Los piernas y los pies se entiesan (espasticidad de los músculos). No hay otros problemas.</p>	<p>Distrofia muscular.</p> <p>Parálisis cerebral espástica.</p> <p>(Algun/as/os niño/as/os al principio caminan de puntitas.)</p>

SI LA NIÑA EL NIÑO TIENE ESTO	Y TAMBIÉN ESTO	QUIZÁS TENGA
Cintura hundida. 	<ul style="list-style-type: none"> • A menudo barriga salida. • Puede deberse a contracturas o a debilidad de los músculos del estómago. 	"Lordosis"-puede ocurrir con: <ul style="list-style-type: none"> • Polio. • Espina bifida. • Parálisis cerebral. • Distrofia muscular. • Síndrome de Down. • Hipotiroidismo. • Eronismo. • Muchas otras discapacidades.
Espalda jorobada. 		"Cifosis"-o menudo ocurre con: <ul style="list-style-type: none"> • Artritis. • Daño de la médula espinal. • Polio severa. • Huesos quebradizos.
Bulto duro o "doblez" en la espina dorsal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empieza lentamente y sin dolor. • A menudo ha habido casos de tuberculosis en la familia. • Puede causar parálisis en la parte inferior del cuerpo. 	Tuberculosis de la espina dorsal.
Bola oscura y blanda sobre la espina dorsal. 	<ul style="list-style-type: none"> • De nacimiento. • A veces sólo un área blanda o un poco hinchada sobre la espina. • Debilidad y pérdida de sensibilidad en los pies o en la parte inferior del cuerpo. 	Espina bifida ("bolsa en la espalda").
OTRAS DEFORMIDADES		
Partes que faltan	Nació así. 	Defecto de nacimiento.
	Pérdida de un miembro en un accidente o por operación (amputación). 	Amputaciones.
	Pérdida gradual de los dedos de las manos o de los pies, generalmente en personas que no sienten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Osteomielitis (infecciones del hueso). A veces se ve en casos de: • Espina bifida (sólo en los pies).
Problemas de las manos	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis flácida o aguada (sin espasticidad). • Sin cuidados pueden formarse contracturas que no permitirán que se abran los dedos. • Rigidez involuntaria de los músculos (espasticidad). • Movimientos extraños. • O puño apretado.  	Pueden ocurrir con: <ul style="list-style-type: none"> • Polio. • Distrofia muscular. Atrofia muscular. • Daño de la médula espinal (Al nivel del cuello). • Nervios o tendones de los brazos dañados. Todos pueden causar contracturas.
	Cicatrices de quemaduras y deformidades. 	Quemaduras
Pies zambos o doblados	Pueden estar débiles y aguados al principio, y después perder flexibilidad a causa de las contracturas, si éstas no se previenen. 	Pueden ocurrir con: <ul style="list-style-type: none"> • Polio. • Parálisis cerebral. • Espina bifida. • Distrofia muscular. • Artritis. • Daño de la médula espinal.

LA NIÑA SI EL NIÑO TIENE ESTO	Y TAMBIÉN ESTO	QUIZÁS TENGA
<p>El cuerpo entero o partes del cuerpo hacen movimientos involuntarios, extraños.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Comienzan de repente: el niño puede caerse o desmayarse. El niño se ve como los demás entre una convulsión y otra. 	<p>Ataques epilépticos (varían mucho de niño a niño, y hasta en un mismo niño).</p>
	<p>Movimientos lentos, repentinos o rítmicos; bastante continuos (excepto al dormir); no se desmaya.</p>	<p>Parálisis cerebral atetóide.</p> <p>(Nota: Un mismo niño puede tener epilepsia y parálisis cerebral.)</p>
<p>El cuerpo entero o partes del cuerpo se entesan en ciertas posiciones: poco control de algunos o todos los movimientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Diferentes posiciones en diferentes niños. Se entesa el cuerpo hacia atrás y se cruzan las piernas. 	<p>Parálisis cerebral espástica.</p>
PARTES DEL CUERPO DÉBILES O PARALIZADAS		
<p>Partes del cuerpo débiles, aguadas (o el cuerpo entero).</p> <p>No pierde la sensibilidad en las partes afectadas.</p> <p>No hay espasticidad (músculos que se entesan involuntariamente).</p> <p>Normal al nacer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Usualmente empieza con un "catarro fuerte" y fiebre antes de los 2 años. Partes afectadas de forma irregular: muchas veces una o ambas piernas, a veces un brazo, un hombro, una mano, etc. Empieza poco a poco y va empeorando. Más o menos igual en ambas lados del cuerpo. Muchas veces, otros parientes también lo tienen. 	<p>Polio</p> <p>• Distrofia muscular.</p> <p>• Atrofia muscular.</p> <p>Parálisis causada por garrapatas. Parálisis de Guillain Barré (usualmente temporal).</p> <p>Parálisis causada por pesticidas, químicos, alimentos (botulismo).</p> <p>Tuberculosis de la espina.</p>
<p>Debilidad "flácida" (aguada).</p> <p>Usualmente pierde algo de sensibilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> En uno o los dos pies o manos. Aparece lentamente en un niño mayor. Va empeorando. El niño nació con una bolsa en la espalda. (Busque la cicatriz.) Pies débiles. A menudo no sienten. Usualmente a causa de un daño en la espalda o en el cuello. Debilidad, pérdida de la sensibilidad bajo el nivel del daño. Puede o no tener espasmos musculares. Pérdida del control para orinar y defecar. Daño de los nervios que van a cierta parte del cuerpo. 	<p>Bola en la espalda</p> <p>Leprosia (mal de Hansen).</p> <p>Espina bifida.</p> <p>Daño de la médula espinal. Paraplejia (parte baja) Cuadriplejia (parte alta y baja).</p> <p>Debilidad de las manos, a veces por usar mal los muletos.</p>

DISCAPACIDADES SECUNDARIAS

(Las que comúnmente ocurren con otras discapacidades)

<p>Lentitud del desarrollo:</p> <p>El niño se tarda en aprender a usar el cuerpo o a desarrollar habilidades básicas.</p> 	<p>Causado por el funcionamiento lento o incompleto del cerebro, o por una discapacidad física grave o por ambas cosas.</p>	<p>A menudo se ve con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad intelectual. • Parálisis cerebral. • Niños con discapacidades múltiples o severas.
<p>Contracturas Coyunturas que ya no se enderezan porque los músculos se han encogido.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Usualmente debido a espasticidad o debilidad muscular. • Muchas veces, los músculos que jalan una coyuntura en una dirección son más débiles que los que la jalan en la dirección contraria (desequilibrio muscular). <p>A veces se deben a las cicatrices de quemaduras o heridas.</p>	<p>A menudo secundarias a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polio. • Parálisis cerebral. • Espina bifida. • Artritis. • Distrofia muscular. • Parálisis de Erb. • Amputaciones. <p>Quemaduras</p>
<p>Problemas de conducta.</p> 	<p>Pueden ser a causa de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daño cerebral. • Dificultad para entender las cosas. • Sobreprotección. • Situación difícil en la familia. <p>(Algunos niños con daño cerebral y epilepsia quizá se jalan el pelo, se muerdan, etc.)</p>	<p>Los problemas de conducta son comunes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad intelectual. • Convulsiones (epilepsia). • Parálisis cerebral. <p>Y por razones emocionales con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daño de la médula espinal. • Distrofia muscular. • Sordera. • Problemas de aprendizaje.
<p>Sólo se tarda en aprender ciertas cosas; en general es inteligente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A menudo es nervioso o demasiado activo. • A veces presenta problemas de conducta. 	<p>Problemas de aprendizaje</p>
<p>Problemas de lenguaje y comunicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A menudo, pero no siempre, a causa de sordera o lentitud en el desarrollo (o ambas cosas). • Algunos niños pueden oír bien y son  <p>pero no pueden hablar.</p>	<p>Pueden ocurrir con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sordera. • Lentitud en el desarrollo. • Parálisis cerebral. • Síndrome de Down. • Niños que crecen poco. • Huesos quebrados. • Paladar y labio hendido. <p>(La sordera puede ocurrir junto con estas y otras discapacidades).</p>