

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



LICENCIATURA

Guatemala, Octubre de 1,999

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada María Ileana Godoy Calzia
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS



cc.: Control Académico
Depto. EPS.
archivo

REG. 817-99

CODIPs. 1263-99

ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE EPS.

Octubre 29 de 1999

EGICAS
Atlixco, Zona 12
Tel. 490-1
F. fax 4769914
www.eg
AMERICA

Señor Estudiante
Gustavo Adolfo Torres Benavente
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señor Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGESIMO QUINTO (25o.) del Acta SESENTA Y UNO NOVENTA Y NUEVE (61-99) de Consejo Directivo, de fecha 27 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"VIGESIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO - EPS, titulado: "ATENCION A NIÑOS/AS E IMPLEMENTACION DE TECNICAS DE ESTIMULACION TEMPRANA A MADRES Y PERSONAL DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE AMATITLAN", de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

GUSTAVO ADOLFO TORRES BENAVENTE

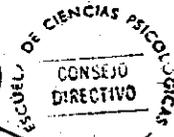
CARNET No. 94-14662

El presente trabajo fue supervisado por el Licenciado Erick A. Judiel Corzantes y revisado por el Licenciado Hugo Antonio Velásquez Velásquez.

Después de conocido el expediente, Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional, en lo que sea aplicable."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "



Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce c.
SECRETARIA

/Rosy



Handwritten: 24/10/99



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
760905, ext. 490-1
097219, fax 4769914
PSC@edu.gt
INTROAMERICA

E.P.S. 119/99

Reg. 817-99

Universidad de San Carlos
FSC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS
RECIBIDO
28 OCT 1999
Handwritten signature

octubre 26, de 1999

Señores Miembros Consejo Directivo.
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio M5
Ciudad Universitaria

REGISTRADO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CONSEJO DIRECTIVO
Fto. 28 / 61-99
Fecha 27/10/99
CODIF. 1263-99

Respetables Señores:

Informo que tuve a mi cargo la asesoría y supervisión de la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado del estudiante GUSTAVO ADOLFO TORRES BENAVENTE Carné 9414662 titulado:

"ATENCIÓN A NIÑOS/AS E IMPLEMENTACION DE TECNICAS DE ESTIMULACION TEMPRANA A MADRES Y PERSONAL DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE AMATITLAN".

La revisión del Informe Final de dicho trabajo estuvo a cargo del Licenciado Hugo Antonio Velásquez Velásquez por lo que se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Sin otro particular me suscribo a sus apreciables ordenes,

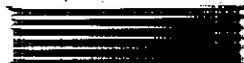
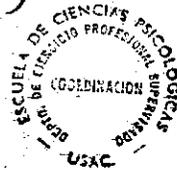
"DID Y ENSEÑAR A TODOS"

Handwritten signature of Erick A. Gudiel Corzantes

Licenciado Erick A. Gudiel Corzantes
COORDINADOR DEPARTAMENTO
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

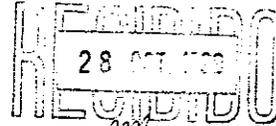
c.c. archivo E.P.S.

medeva





A DE
COLOGICAS
Universitaria, Zona 12
760985, ext. 490-1
767219, fax 4769914
USC@eda.g
CENTRO AMERICA



Reg. 817-99

octubre 18, de 1999

HORA

Licenciado Erick Gudiel Corzantes
COORDINADOR E.P.S.
Escuela de Ciencias Psicológicas
Ciudad Universitaria

Licenciado Gudiel:

Tengo el agrado de comunicarle que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado del estudiante GUSTAVO ADOLFO TORRES BENAVENTE Carné 9414662 titulado:

"ATENCION A NIÑOS/AS E IMPLEMENTACION DE TECNICAS DE ESTIMULACION TEMPRANA A MADRES Y PERSONAL DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE AMATITLAN".

En tal sentido y dado que dicho trabajo cumple con los lineamientos establecidos por el Departamento, me permito dar mi APROBACION para que se continúe con el trámite respectivo.

Sin otro particular me suscribo atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

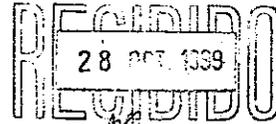
Licenciado Hugo ~~Antonio~~ Velásquez
REVISOR



c.c. archivo E.P.S.

/medeva





Reg. 817-99

septiembre 29, de 1999

HORA

Señores Miembros Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio M5
Ciudad Universitaria

Respetables Señores:

Informo a ustedes que he concluido la asesoría y supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, del estudiante GUSTAVO ADOLFO TORRES BENAVENTE Carné 9414662 titulado:

"ATENCION A NIÑOS/AS E IMPLEMENTACION DE TECNICAS DE ESTIMULACION TEMPRANA A MADRES Y PERSONAL DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE AMATITLAN".

En tal sentido y dado que dicho trabajo cumple con los requisitos establecidos por este Departamento, me permito dar mi APROBACION, para dar continuidad al siguiente trámite.

Sin otro particular me suscribo atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Erick A. Gudiel Corzantes
~~ASESOR SUPERVISOR~~

medeva





DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGICAS
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio 1, 4760983, ext. 450-1
S. 4767219, Fax 4769914
CENTRO AMERICA

cc.: Control Acad.
Depto. EPS.
Asesor
Archivo

REG. 817-99

CODIPs. 699-99

DE APROBACION REALIZACION PROYECTO DE
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

Agosto 11 de 1999

Señor Estudiante
Gustavo Adolfo Torres Benavente
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señor Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGESIMO PRIMERO (21o.) del Acta VEINTITRES NOVENTA Y NUEVE (23-99) de Consejo Directivo, de fecha 20 de mayo del año en curso, que copiado literalmente dice:

"VIGESIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el proyecto de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO (E.P.S.), denominado: "ATENCION A NIÑOS/AS E IMPLEMENTACION DE TECNICAS DE ESTIMULACION TEMPRANA A MADRES Y PERSONAL DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE AMATITLAN", de la Carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por:

GUSTAVO ADOLFO TORRES BENAVENTE

CARNET No. 94-14662

Dicho proyecto se desarrollará en Amatitlán, ubicándose a la Doctora Ana Leticia Pons, como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y al Licenciado Erick A. Gudiel Corzantes por parte de esta Unidad Académica.

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos, resuelve **APROBAR SU REALIZACION.**" - - - - -

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Rosy

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "



ACTO QUE DEDICO

- A DIOS: Por ser el alfarero que con un soplo me diò la vida, gratitud por darme la oportunidad de alcanzar uno mis sueños.
- A MIS PADRES: Maria Consuelo Benavente y Cèsar Humberto Torres Polanco(+), por haberme guiado y hecho un hombre de bien, mil gracias.
- A MIS HERMANOS: Cèsar (YUYO), Eddie, Henry, Erick, Sandra, Silvia, y en especial a Paty por brindarme apoyo y confianza incondicional, con cariño.
- A MIS SOBRINOS: En especial a Marvin por su confianza y comprensión, con mucho cariño.
- A MIS AMIGOS: Nelson, Harold, Enrique, Hary, Hilton, Erick Yanes, Jaime, Osmar, Edgar, Miguel, German, Gustavo, Estuardo, Eduardo, Cecilia, Denice, Mara, Sandra, Angelita, Irma, Carlota, Susy, Vilma, Aleida y a usted en especial.



AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y su Escuela de Ciencias Psicológicas. Por haberme forjado como estudiante y profesional.

**Al Centro de Salud de Amatitlán.
Por darme la oportunidad de realizar mi ejercicio profesional supervisado.**

**A la Empresa Colgate Palmolive.
Por haberme apoyado en el seguimiento de mi carrera profesional.**

A mis padrinos:

**Ing. Manuel Arenas, Lic. Erick Gudiel, Lic. Domingo Romero Reyes y Dr. Guillermo René Pérez Guzmán.
Por brindarme apoyo durante la realización del presente trabajo.**



CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR

El Municipio de Amatitlán es uno de los 17 Municipios del Departamento de Guatemala, con municipalidad de segunda categoría, donde se sitúa uno de los grandes lagos del país. Se ubica a 28 Km. de la ciudad Capital, comunicándose por carreteras asfaltadas, una conocida como Ruta Nacional Tres, y la otra que pasando por el municipio de Villa Canales comunica con este lugar. También existe la vía férrea que atraviesa el municipio, pero que en la actualidad se encuentra inhabilitada como medio de transporte.

Amatitlán tiene una ciudad, 14 aldeas y 9 caseríos. Aldeas que son: El Durazno, Las Trojes, Agua de las Minas, El Llano de Animas, Laguna Seca, San Carlos, El Pepinal, Loma Larga, Calderas, Tacatón, Mesías Bajas, Los Humitos, El Eje Quemado y El Cerrito. Además cuenta con 9 caseríos, siendo éstos: El Rincón de Ants, El Chajil, Mesías Altas, Manuelón, El Zapote, Casas Viejas, El Cerro, El Salitre y Chulamán.

La cabecera, con categoría de ciudad, cuenta con los barrios: El Rosario, Hospital, Ingenio, La Cruz, San Antonio, San Juan y San Lorenzo y con varias Colonias Residenciales. Así también de algunos asentamientos humanos improvisados e invadidos.

Reseña histórica

Los pobladores del Municipio de Amatitlán, fueron en principio de origen Pocomán, descendientes de los cinco pueblos indígenas que estaban asentados en las riberas del Lago, cuando se llevó a cabo la famosa Reducción de Indios. En este lugar que le cedieron al Español, Antonio Diosdado en cabildo abierto en la capital del Reino de Guatemala, el 14 de julio de 1,536 para dedicarse a la siembra de cañaverales.

Desde hace algún tiempo, se conmemora como fecha de fundación el 24 de junio, porque según consta en el libro II, Capítulo IV, de la historia del Remesal, en el año de 1,549 el presidente de la Real Audiencia de los Comités don Alonso López Cerrato, donó la Laguna a los Padres de Santo Domingo, fue Fray Jerónimo o Diego de Martínez quién paso el pueblo donde está ahora.

La cita Remesal dice: "Por cédula real del 18 de enero de 1,575 se lo mandó devolver el Lago a los hijos del pueblo de San Juan de Amatitlán".

El nombre se deriva de TLAN, que quiere decir cercado y AMATE por la abundancia del árbol de Amate, que crece en los alrededores de la Laguna y en algunas cercas y patios. El nombre de origen PIPIL que también significa la CIUDAD DE LAS LETRAS, debido al uso que hacían los indígenas de la fibra y corteza de los árboles para escribir sus jeroglíficos y hacer sus pinturas, en épocas remotas deben haber existido árboles que producían esta fibra y corteza finísima a manera de pergamino sobre las cuales escribían sus códices a semejanza de los antiguos Egipcios.

Entre las fechas importantes figuran: el 24 de junio de 1,549, posible fecha de fundación de Amatitlán, 20 de mayo de 1,680, Amatitlán es elevado a categoría de Villa, 28 de agosto de 1,835, la Villa de Amatitlán es elevada a ciudad, 6 de septiembre de 1,839, Amatitlán, Palín y Villa Nueva formaron un distrito independiente para el gobierno, 8 de mayo de 1,866, se dispuso que el entonces conocido como corregimiento de Amatitlán, fuera en lo sucesivo departamento, 29 de abril de 1,935, desaparece el departamento de Amatitlán, y se agregó al de Guatemala por Decreto Legislativo 2,081 y 3 de mayo de 1,947, año en que se inicia la tradición de la Procesión Acuática del Niño de Atocha de Amatitlán.

Ubicación del área urbana de la ciudad de Amatitlán

El Municipio de Amatitlán, ocupa la parte sur del departamento de Guatemala y esta limitado por el departamento de Sacatepéquez y Escuintla, limita al norte con los municipios de Villa Nueva, Petapa y Villa Canales, al sur con Villa Canales, Palín y San Vicente Pacaya, al este con Villa Canales, al oeste con Santa María de Jesús y Magdalena Milpas Altas, la sección noroeste, esta ocupada por el Lago, más o menos la mitad de la extensión del lago y sus riberas se considera parte del municipio.

El Instituto Nacional de Estadística ha indicado que la extensión aproximada del municipio es de 204 Km²; conforme a estimaciones del Instituto Geográfico Nacional, tiene 114 Km². Nombre

Geográfico Oficial: Amatitlán.

El monumento de elevación (BM) del IGN en el parque de Amatitlán se encuentra a 1,185 m.s.n.m., con Latitud Norte 14° 28' 42", Longitud Oeste 90° 37' 08".

1.2 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

El Centro de Salud Modelo de Amatitlán, está ubicado en la 10a. Avenida y 5ta. calle, de Amatitlán, es una Institución del estado cuya construcción fue efectuada por la División de Servicios Rurales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, siendo Ministro el Dr. Carlos Sosa Barillas. Pertenece al Ministerio de Salud Pública y principalmente al usuario comprende la prevención, curación, recuperación y docencia.

Fue fundado el 26 de enero de 1,956, construido con ayuda económica del Gobierno y de la Capellanía del Hospital "San Juan de Dios" que donó el terreno para su construcción, encontrándose en remodelación sus instalaciones, en el cual se ampliarán las oficinas de servicio de la Jefatura del Área de Salud.

7

Su función es atender a pacientes de escasos recursos económicos, dentro de sus funciones educativas, fue el Centro de Capacitación de Auxiliares de Enfermería, Estudiantes de Enfermería y Técnicos en diferentes disciplinas.

Atiende actualmente las siguientes especialidades en consulta: Atención materno prenatal y perinatal, Planificación familiar, Control de niño sano, Enfermedades inmunoprevenibles, Atención buco-dental, Profilaxis sexual, Atención del programa de rabia y Saneamiento ambiental, recientemente integrado el Departamento de Psicología a través de 2 Epesistas asignados.

Los Programas de Trabajo tales como: Saneamiento ambiental, Salud materno infantil, Inmunizaciones (vacunas), Control pediátrico, Planificación familiar, Adiestramiento de comadronas y promotores de salud, Control de basuras, Atención de adultos, Alimentación complementaria, Trabajo comunitario, Servicio farmacéutico, Servicio psicológico, tiende a cumplir con lo planificado por el Ministerio de Salud, buscando estrategias para alcanzar las metas que se requieren para el año 2,000.

El Centro de Salud, cuyo propósito esta enfocado al respeto y la dignidad del individuo y a la proyección de sus servicios hacia la población guatemalteca con el lema "Salud para todos los guatemaltecos" cumple actualmente con las siguientes funciones:

- Brindar atención médica a las personas sin discriminación de sexo, raza, religión, nivel social o cultural.
- Coordinar actividades con organismos nacionales e internacionales para el desarrollo de la Salud en los diversos programas de control y erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles y vigilancia epidemiológica.
- Promover la capacitación a personal voluntario en adiestramiento de comadronas y promotores de salud, a nivel urbano y rural.

- Establecer adecuados mecanismos de coordinación con los distintos Puestos de Salud en el municipio, orientados a mejorar la calidad en la prestación de sus servicios.
- Organización de los servicios de del Centro de Salud, para el manejo de casos de emergencia, epidemias o desastres.

Para su coordinación y funcionamiento el Centro de Salud de Amatitlán, pretende aumentar su cobertura, incrementar los servicios hacia la población y mejorar sus políticas de desarrollo administrativo a través de la siguiente organización.

Dirección: Desempeñando un papel fundamental en velar por el funcionamiento adecuado del Centro.

Secretarías: Cumpliendo sus funciones a nivel a administrativo.

Servicios Médicos: Personal médico en diferentes especialidades, el cual ofrece atención a niños/as, adolescentes y adultos en los diferentes horarios de consulta programados de lunes a viernes.

Servicios Técnicos de Apoyo: Constituida en los siguientes servicios: Laboratorio, Bodega de medicamentos, Enfermería, Maternidad, Recién Nacidos, Clínica del Niño Sano (Pre y Post parto), Clínica de Hipodermia, cada uno con sus propias atribuciones en las prestaciones del servicio.

Servicios Administrativos: Ubicándose los siguientes:

Sala de espera: Lugar donde se brinda la recepción de pacientes y la asignación a los distintos servicios y clínicas.

Saneamiento ambiental: Personal encargado de llevar el control de basuras y excretas, calidad de agua, exhumaciones etc., impartiendo cursos a manipuladores de alimentos.

Mantenimiento: Personal encargado de velar por el buen funcionamiento de la infraestructura del Centro de Salud.

Transporte: En casos especiales, se presta este servicio a los pacientes.

Objetivos de servicio de psicología

Objetivo general

- Brindar asistencia psicológica a pacientes que presentan problemas de trastornos de conducta, psicopatologías y enfermedades psicológicas, utilizando métodos y técnicas de servicio. Para el mejoramiento de los mismos.

Objetivos específicos

- Brindar al paciente un servicio psicoterapéutico con la finalidad de adaptarlo a un mejor estilo de vida.
- Proporcionar técnicas al paciente que le permitan reintegrarse a sus actividades diarias en el menor tiempo posible.
- Atender a pacientes en sus necesidades psicológicas y orientarlos en el desarrollo de sus habilidades y el control de sus conflictos.

- Implementar pláticas a padres de familia, promoviendo la salud tanto física como psicológica.
- Divulgar a niveles del personal por medio de talleres planificados, la labor y el trabajo del psicólogo, y las funciones dentro del proceso de recuperación de la salud del paciente externo.

Recursos con que contó el servicio

Recursos Institucionales

El servicio de atención psicológica contó con recursos de la institución y los proporcionados por la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala a través de dos estudiantes epesistas.

Recursos Humanos

Un supervisor del Departamento de Psicología, siendo jefe del mismo y 2 personas en el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS).

Recursos Financieros

La institución financió con lo disponible, las actividades desarrolladas por el Departamento de Psicología proporcionando material y equipo, el estudiante cubrió sus gastos personales: tests, copias, libros, lapiceros, hojas de papel bond, etc.

Recursos Físicos

Dos clínicas psicológicas.

Horarios de Atención

El Departamento de Psicología prestó sus servicios en los siguientes horarios:

08:00 a 12:00 Horas

13:00 a 16:00 Horas

1.3 DESCRIPCION DE LA POBLACION BENEFICIARIA

Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado, se trabajó con la población que a continuación se describe:

- Niños/as de 0 a 6 años que presentaron problemas en el desarrollo de sus habilidades reforzando las áreas motora-gruesa, fina, cognoscitiva, socioafectiva, lenguaje, entre otros.
- Se beneficiaron las madres de 15 a 35 años de éstos niños/as, quienes fueron orientadas con charlas psicoeducativas y técnicas adecuadas para el reforzamiento del desarrollo del infante, ya que la mayoría de ellas tienen un nivel escolar bajo, otro primaria o analfabeta y algunos con un nivel educativo medio.
- Madres que se encontraban en período de gestación y personal de enfermería a quienes se implementó, sobre las técnicas de estimulación temprana y temas relacionados al cuidado del niño/a.

La población, en mayoría pertenece a un estrato psicobiosocial muy pobre, ya que por la existencia de problemas económicos y culturales en este municipio, no les ha permitido tener conocimientos básicos sobre los cuidados del niño/a.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el presente Ejercicio Profesional Supervisado, interesó y preocupó en gran medida la problemática de Salud y Educación que se observa en el municipio de Amatitlán, tomando en cuenta los factores limitantes que tiene la niñez, para alcanzar niveles aceptables de desarrollo biológico, psíquico, cultural y moral, asimismo la carencia de atención psicológica, por lo que fue necesario, la apertura del departamento de psicología, para brindar servicio a la población guatemalteca, encaminados a brindar estimulación temprana a niño/as, capacitar a madres y personal de enfermería sobre el desarrollo psicológico del niño/a y salud materna desde el período de gestación hasta el nacimiento.

Según datos estadísticos realizados por UNICEF, demuestran que actualmente, la población de este municipio, mantiene el 80% de nivel de problemas, que afectan el normal desarrollo infantil, agudizado como consecuencia de la catástrofe del huracán "Mitch", en los que cabe mencionar: deficiencia en el desarrollo del niño/a, falta de vivienda, salud y educación entre otros.

La falta de recursos económicos, y alimenticios constituye uno de los problemas que más afecta a la población en especial al niño/a, por lo que el 75% que asiste a la escuela se ve en dificultades para cumplir de forma adecuada al requerimiento del sistema educativo.

Pudo observarse también que en la población atendida en el Centro de Salud Modelo de Amatitlán, existe un alto índice de mortalidad en el neonato o recién nacido por diagnóstico de: asfixia, cordón umbilical al cuello, infecciones vaginales, ingesta de medicamentos inapropiados, etc. Morbilidad en el infante por diagnóstico: resfriado común, amigdalitis, parasitismo, neumonía, enfermedades de la piel, diarreas, micosis, conjuntivitis, infección urinaria entre otras. Conjuntamente algunos niños/as presentan bajo peso, anemia, problemas de lenguaje, desadaptación social, en sí, problemas que lo afectan en el desarrollo. Todo esto, consecuencia de la interacción que determina la atmósfera hogareña, ya que la familia, es un grupo dinámico que organiza las

interacciones de sus miembros, proporcionando aspectos básicos como alimentación, seguridad y bienestar emocional.

Partiendo de la problemática mencionada, se planteó la opción de brindar atención a niños/as con problemas en el desarrollo de sus habilidades, aplicando técnicas de estimulación hasta la adquisición del aprestamiento básico para el desenvolvimiento en la escuela. Asimismo la implementación a madres de éstos niños/as, madres en periodo de gestación y personal de enfermería, abarcando temas relacionados al cuidado del infante, tomando siempre en cuenta que la familia es la fuente principal de experiencias positivas y negativas para el desarrollo del mismo.

CAPITULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 ABORDAMIENTO TEÓRICO METODOLÓGICO

El comportamiento que refleja una adquisición de conocimientos o habilidades a través de la estimulación temprana, oportunamente ayuda al niño/a a enriquecer su desarrollo físico y psíquico. Dicha actividad puede involucrar objetos sencillos y simples exige una relación constante entre el niño/a y su mamá, que puede ser desde murmullos y actividades positivas; cantos, todo tipo de expresión y sobre todo mucha constancia en los diferentes y sencillos ejercicios, que se realizan con el niño. Son técnicas formativas y educativas que profundizan y sistematizan las que tradicionalmente habían venido aplicando nuestros padres buscan una comunicación atenta afectuosa y constante con el niño, desde que nace a lo largo de su desarrollo.

Procuran estimular y habilitar cada vez más las aptitudes perceptuales a través del contacto con los colores, sonidos, olores, texturas, sabores y ejercicios. Se trata de que con paciencia y continuidad se desarrollen las condiciones motoras; las finas y gruesas para que el niño se prepare para un avance gradual, por medio de mensajes y movimientos van presentándole el conocimiento del mundo, que inicia el niño/a desde que nace, a través de una comunicación constante, que incluya imágenes, relaciones, números, cuentos y una sensación de seguridad y de afecto. El aspecto social de estimulación es que en primer lugar debe aplicarse oportunamente sobre la estimulación temprana, se sabe poco, siempre se ha tenido la idea de que ayuda en una de las etapas más importantes en la vida de cada persona y que es básica para su formación de donde se parte con problemas difíciles de resolver con posterioridad. Tomando en cuenta que el perfil de los niños/as que mencionamos, no solo los que presentan problemas durante su nacimiento, como bajo peso, anoxia, premadurez etc., si no estamos hablando de todos los niños ricos o pobres protegidos o abandonados, queridos o rechazados, de ambientes cómodos e higiénicos o de ambientes marginales

y carentes de las más primarias necesidades. Esto incluye a todos los niños/as porque todos necesitan afecto, ayuda para crecer, estímulo para desarrollarse y guía para independizarse, pues un niño/a es susceptible a toda clase de riesgos, por exceso de cuidado o por carencia absoluta de protección, riesgos que pueden presentar daños emocionales o intelectuales de los que será muy difícil recuperarse.¹

En la etapa del desarrollo cognoscitivo de los niños/as durante los 2 primeros años de vida, según Piaget, los infantes experimentan el mundo casi absolutamente a través de los sentidos y de la actividad motora, así es pues, este tiempo constituye la etapa sensoriomotriz, periodo durante el cual los bebés cambian de criaturas que responden, primeramente a través de reflejos y conductas al azar a seres con una meta fija y que organizan sus actividades en relación con la gente y cosas a su alrededor.

Esta etapa sensoriomotriz, es la primera etapa en el desarrollo de la teoría de Piaget, durante la cual los niños/as adquieren conocimientos a través de la experiencia sensorial y actividad motriz, en ella la permanencia de los objetos es el concepto mediante el cual aún cuando no podamos ver los objetos o las personas, sabemos que no existen.

Así también en la etapa preoperacional: (de los 2 años a los 7 años), los niños/as son capaces de pensar haciendo uso de sus símbolos, pero están limitados por su incapacidad para usar la lógica, ya que a medida que comienzan a caminar empiezan a estar capacitados para el pensamiento, a medida que trabajan con ideas y solucionan problemas por medio de la presentación mental, sin embargo, no pueden ir más allá de la información que reciben a través de los sentidos, y de las actividades motrices que se encuentran en la etapa preoperacional, en la cual pueden pensar representaciones mentales. Segundo periodo principal del desarrollo cognoscitivo en el cual los niños son capaces de pensar, en símbolos, signos, significados, etc.

¹ UNICEF., "Mi niño de 0 a 6 años", Pág. 14.

Seguido la etapa de las operaciones concretas: (de los 7 años a los 11 años), el modo de pensar ahora esta caracterizado por la habilidad de aplicar principios lógicos a situaciones reales. los niños en esta etapa son más lógicos, y menos egocéntricos que en la etapa previa, en esta etapa pueden aplicar principios lógicos a situaciones concretas o sea reales, resolviendo problemas situados en el que, aquí y el ahora, esto significa que puede realiza muchas tareas de un grado más alto de lo que podía en la etapa anterior. En esta etapa, clasifica objetos agrupándolos en categorías similares; entiende conceptos de tiempo y espacio; distingue entre realidad y fantasía así como entiende el principio de conversación.

Finalmente la etapa de operaciones formales: (de los 11 años a la adolescencia), la explicación dominante de la naturaleza de los cambios en el modo de pensar ha sido, que los adolescentes entran al más alto nivel de desarrollo cognoscitivo, el cual Piaget considera que se caracteriza por la capacidad para el pensamiento abstracto. Esta etapa logra operaciones formales; que da a los adolescentes una nueva manera de manipular u operar información. Esta etapa es la terminación o sea el estadio final de desarrollo cognoscitivo, caracterizado por la capacidad de abstracción.²

Para poder encontrar características manifiestas en el desarrollo de la infancia, se debe comprender y pensar en: función de modos de conducta, etapas de madurez y tendencia de crecimiento, tanto en su estado físico como nutricional. Las edades claves a saber en el desarrollo normal del niño son: 4, 16, 28 y 40 semanas; 18 meses, 2 y 3 años, asimismo son de mucha importancia para un diagnostico evolutivo, las edades de 4 y 5 años, las cuales presentan las etapas esenciales en la maduración para ser posible por medio de la observación de la conducta del infante, y poder predecir un estimación, a fin de subrayar la continuidad del desarrollo y la similitud esencial del los métodos de examen: y así poder identificar los modos de conducta e interpretar la significación evolutiva en función de las pautas normales. Las edades claves

² Piaget, Jean, "Estudios de psicología". Pág. 20-26.

corresponden a los 3 periodos evolutivos o zonas de madurez.

Posición supina (boca arriba); posición prona (boca abajo); posición sentada implica la existencia de respaldo hasta las 36 o semana.

Suele manifestarse que a las 3 semanas o menos el niño/a: no sostiene un sonajero, atiende al sonido de una campanilla, la mano se cierra hacia el contacto con un objeto, rueda parcialmente hacia el costado, suspendido en posición ventral la cabeza cuelga, fija la mirada hacia el entorno.

A las 16 semanas: existe un control mejor de todo panorama visual, la cabeza permanece firmemente erguida, inicia la relación social, sonríe ante el reflejo de su imagen ante un espejo, tiende a girar el cuerpo de posición supina a prona, reconoce su biberón, inspecciona a sus alrededor, sostiene y lleva un aro a la boca. Estas señales registran el crecimiento personal, emocional y una progresiva organización neuromotriz.

A las 28 semanas: se sienta con apoyo, mantiene el tronco recto y cabeza firme. Se lleva los pies a la boca, levanta la cabeza cuando las personas alzan las manos para levantarlos, transfiere un juguete de una mano a otra, sonríe, vocaliza y acaricia cuando alguien le sonríe y le habla, el bebe de 28 semanas es siniestro (usa ambas manos), el neonato es unidextro (sin predominio de uno u otro miembro), el ambidextrismo es común a los 3 años.³

A las 40 semanas: Se para, apoyándose, gatea hacia delante, se sienta con buen control, vocaliza mamá y papá, imita sonidos, responde a su nombre, mueve las manos diciendo adiós, camina cuando se le sostiene de ambas manos, señala con el dedo índice, sostiene con fuerza una taza.

A los 12 meses (un año): Permanece sentado sin ayuda, recibe un juguete

³ Gesell, Arnold. "Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño". Pág. 1

,cuando se lo ofrecen, ofrece una pelota a una persona, coopera en vestirse, puede caminar sostenido de una mano.

A los 15 meses: Camina solo, se sienta y se para por sí mismo, se lleva los alimentos a la boca, voltea las paginas de un libro, chapotea el agua, durante el baño.

A los 18 meses: Regula la función de esfínteres, se sienta por si mismo en una silla baja, coloca algún juguete el corral cuando se le ordena hacerlo, arrastra algún juguete, imita trazos, identifica un dibujo, vuelve la s paginas de un libro, 2 o 3 por vez, llena una taza con aserrín o tierra.

A los 3 años: Vuelve las paginas de un libro, una por una, pone cubos en línea, o uno sobre de otro, expresa oraciones simples, puede recitar rimas infantiles, pateo una pelota, sube gradas, realiza trazos circulares, come solo, pide comida, corre sin caerse, dice su primer nombre y garabatea con un lápiz.

De 4 a 5 años: se pone calcetines sin ayuda, copia un circulo, copia puntos, copia líneas, se para solo en un pie, se pone los zapatos , pedalea un triciclo, se pone una playera, expresa oraciones simples, puede recitar rimas infantiles

De 5 a 6 años: apuña con una mano una playera, dobla un papel 2 veces diagonalmente, copia figuras geométricas, puede contar de 7 a 10 objetos o más, domina los adverbios cerca y lejos.

Las características de las técnicas de aplicación presentan una modalidad nueva porque se pueden realizar en cualquier ámbito, incluso individualmente en cada casa, o se pueden reunir los esfuerzos de las comunidades y de las instituciones del estado. Necesita que exista un interés real por el desarrollo del niño/a, un deseo de observar su crecimiento y un anhelo de que ese pequeño tenga las más adecuadas oportunidades de formarse y alcanzar la plenitud de sus capacidades. Es una labor de extensión de las instituciones que de manera sectorial atienden aspectos relacionados con la salud, higiene, el bienestar, la educación y la formación de los niños/as.

Representan un efecto a la cultura de cada familia, pues incorporan todo lo que de la tradición ha sido positivo en la crianza del niño/a y enfatizan los aspectos constructivos, para introducir nuevas modalidades que significan apoyos oportunos y convenientes para el mejor desarrollo del infante.

Las vías de realización de estas técnicas no exigen la adopción de organizaciones sofisticadas y costosas, más bien implican la extensión de actividades para encontrar soluciones a las demandas de servicios públicos. La participación de la comunidad, al enseñar a aplicar técnicas sencillas y útiles, genera una iniciativa de mejoramiento que logra que todos los miembros de la sociedad permitan un plan de compromiso responsable y de colaboración que puede ser fuente de una verdadera incorporación al progreso.

Lo más importante es que estas técnicas son enseñanza personal, inolvidable, que va a favorecer a todo niño que espera afecto, apoyo y estímulo para ser un miembro útil de nuestra sociedad.*

En la escala de técnicas de aplicación, para el mejoramiento del desarrollo del niño/a, se detallan a continuación ejercicios de estimulación, que son apropiados para cada etapa de crecimiento, tomando en cuenta la madurez esperada, deberá utilizarse alternativas que se acople a su edad cronológica.

En la edad de 0 a 1 mes: Se estimula la planta de los pies del niño con: una pluma, con un algodón, con el dedo índice, con granos de arroz, se estimula al infante colocando el dedo meñique doblado en sus labios, el que sirve para observar la capacidad que tenga el niño de succionar. El evaluador utiliza los dedos índices para que el niño lo sujete. Al niño se le presionan las manos con los dedos, para que el extienda los suyos. Se toma al niño de la cintura, se levanta y se rosa en almohadilla o colchoneta, para que sienta reflejos en los pies y de pasos de marcha. Se toma al niño de la cintura, una vez se levanta observando si sostiene la cabeza o la dobla hacia los lados o hacia abajo. Se le coloca un lápiz en cada mano, para observar si el niño es

capaz de sujetarlo con fuerza. Se le coloca un juguete enfrente para observar si el niño

fija la mirada en él. Se puede utilizar también una campanita o el ruido de las manos detrás del niño, para observar si el niño percibe el sonido y lo busca. Se observa si el niño llora, ante situaciones desagradables para él, se tomara al niño de los brazos de la madre. Se le colocara la colchoneta, dejándole unos segundos solo. Se observará también si el niño cuando tiene hambre, llora. Se le preguntará a la madre cuanto tiempo duerme el niño durante el día y durante la noche, o si duerme sin interrupción.

A la edad de 1 a 2 meses: Se toma al niño sujetándole la quijada, se tomará al niño/a de los pies, jalándoselos. Se le pondrá un juguete, para que lo sujete. Se le da al niño, una pelota pequeña, para observar si la aprieta o la deja caer. Se coloca al niño boca arriba (posición supina), se utiliza un juguete con colores primarios, colgándole y poniéndole en movimiento. Cuando esta boca arriba, se extienden los brazos del niño paralelos a la cabeza, y luego regresarlos paralelos hacia la cadera. En la misma posición se le deben extender los brazos hacia los lados y luego se le colocan uno sobre el otro sobre el pecho. Se le debe colocar al niño en las manos objetos de diferente color y textura, aptos para que los pueda agarrar.⁴

A la edad de 2 a 3 meses: La madre deberá de cambiar al niño, de posición a cada media hora (posición supina y posición prona). La madre deberá aproximarse al niño y brindarle mucho afecto, durante el aseo, el baño, el cambio de ropa y al darle pecho. La madre deberá tomarlo y balancearlo hacia los lados suavemente. La madre deberá sonreírle, hablarle, contarle, hacerle mímicas, durante el tiempo en que el niño coma o se le bañe. Es conveniente frotar con suavidad el cuerpo del niño, con cremas o aceite. Se recomienda que se vacune al niño, acariciándolo y arruyándolo. Se deberá hacer cosquillas en la palma de la mano, para ejercitar la presión palmar. Se deberá realizar la misma operación en la planta del pie, con una pluma. Se deberá utilizar música suave (instrumental, de Mosarth), para ayudar al niño en su relajamiento y evolución. Es necesario cambiar de lugar al niño, para que su campo visual sea más estimulante. Es recomendable colocar al niño/a brazaletes con cascabeles. Se deberá

⁴UNICEF. "Mi niño de 0 a 6 años". Pág.11

estimular al niño/a, con objetos llamativos (colgantes), especialmente de colores primarios.

A la edad de 3 a 6 meses: Es aconsejable mecer al niño, en amacas por períodos cortos. Debe presentarse siempre en una oposición cara a cara con el niño y permitirle que explore el rostro que tiene enfrente. Se deberá colocar al niño en posición supina y levantarlo con las manos, hacia arriba de sus brazos, estirándoselos con suavidad. Se deberá tomar al niño por debajo de los brazos para iniciarlo en el soporte de su propio cuerpo. Es aconsejable cargar al niño, mirándolo hacia atrás y hacia delante después. Se deberá llamar al niño por su nombre. La madre deberá ir ayudándolo, a que se ejercite en su posición de sentado, esto se realiza por medio de: almohadones en la cuna o en el regazo materno. Se deberá colocar objetos que el niño pueda llevarse a la boca pero sin coaccionar peligro. La madre deberá realizar juegos con el niño, por ejemplo, jugar a las escondidillas o algún otro para que el niño pueda explorar su cuerpo. Iniciar ejercicios de pedaleo, sujetándole las piernas al niño, suavemente. Con las dos piernas juntas, estiradas, algo flojas, levantarlas hacia arriba.

A la edad de 6 a 9 meses: Se deberá hablar al niño con palabras suaves, pero bien vocalizadas. Se deberá sentar al niño en el suelo, sobre una colcha o petate, limpios. Es recomendable, que la madre traslade al niño hacia donde se encuentren reunidos, para que participe en la vida familiar. La madre al tomarlo al momento de bañarlo, deberá enseñarle al niño, a chapotear en el agua, utilizando los pies y las manos. Se recomienda que la madre practique, tapándole la cara y luego destapándosela con un pañal, ya que esto constituye una variación del juego de escondidas, con el propósito de estimular la interpelación e iniciarlo en actividades intencionales.

Reunir los objetos que tira constantemente y devolvérselos, durante el juego se deberá realizar lo siguiente: Se le deberá dar al niño, una cuchara de plástico o de metal, para que golpee mesas o envases que no se quiebren. Se le deberá colocar una tela en diferentes partes del cuerpo, para que el niño mueva los brazos y se lo quite. Se deberá colocar objetos a distancia del niño, para que el pueda alcanzarlos.

A la edad de 9 a 12 meses: Es conveniente ayudarlo a caminar, ya sea con las manos, con un andador, con una araña, con un corral, colocándolo también en la orilla de una cama o empujando algún carruaje. Si el niño practica con movimientos sobre las rodillas puede mejorar el balanceo previo al caminar, y así se facilita que pueda andar sin tropiezos. Es conveniente que utilice juguetes de montar, como carruajes, arañas y otros. Se le debe permitir la oportunidad de que se golpee hay que darle la oportunidad de que sopla, enseñándole a apagar velas o fósforos. Colocar objetos flotantes dentro de un recipiente, para que el los agarre, y algunos recipientes pequeños para que el los llene de agua y los vuelva a vaciar. Se le debe motivar para que pueda llevarse algunos alimentos a la boca, por si mismo. Hay que emitir sonidos, para que el los pueda imitar, como besos y chasquidos con la lengua, sonidos de algunos animales, (como ejemplo un maullido) y trompetillas etc. Puede aprender a cumplir ordenes verbales simples, como abrir o cerrar, acostarse, sonreír, alzar las manos, levantarse, o recoger un objeto. Debe establecerse un patrón regular en su alimentación. Es necesario vocalizar claramente el nombre de las cosas, así como repetir con sílabas, para que el niño las pronuncie.

Edad de 12 a 18 meses: Debe enseñársele al niño, como subir o bajar de una grada, ejercitándolo constantemente y con ayuda. Proporcionarle juguetes que él pueda empujar, por ejemplo, algún carruaje, caballito con ruedas etc. Es aconsejable proporcionarle plastilina, para que pueda ejercitar los movimientos de las manos y desarrollar su creatividad. Enseñarle juegos simples para que pueda ir identificando, las partes de su cuerpo, indicándole el nombre de cada parte, por ejemplo, esta es la cabeza, estos son los ojos, esta es la nariz etc. Fomentar su independencia, enseñándolo a abotonar su ropa, subir o bajar cremalleras, atar y desatar correas, haciendo gasas. Estimularle a realizar actividades imitativas, como sacudir, barrer y batir. Repetir los nombres de los alimentos, utensilios, objetos, juguetes, figuras de animales, nombres de familiares, etc. estimularlo y elogiarlos cuando realiza actividades, y corregir sus errores inmediatamente. Animarlo a tomar los utensilios en **que se le sirve la comida, y enseñarle los nombres de estos, tomando en cuenta que los**

utensilios que se proporcionen sean hondos para que no derrame fácilmente los alimentos y además los pueda tomar con mayor facilidad.

A la edad de 18 a 24 meses: Es conveniente brindarle libertad al niño para que afirme sus habilidades, que camine y corra, que lleve algún juguete de un lado a otro, que realice actividades de acuerdo a su edad. Es conveniente que se dibujen dos líneas paralelas en el piso, para que sirvan de guía para caminar ya que esto puede mejorar su equilibrio postural. Es conveniente darle papel periódico y crayones grandes o pintura hecha de añelina para que el niño pueda pintar con los dedos. Es conveniente darle recipientes de roscas, con ranuras pequeñas, alcancías hechas de plástico, para que el niño introduzca monedas o botones, así mismo se le debe enseñar algún libro de historietas cómicas para visualizar los colores, y que aprenda el nombre de las cosas además se le puede enseñar a abrir y cerrar el mismo.

Con algún material como cartón, piedra poma, gramos y trozos de madera se le puede enseñar a realizar alguna construcción. Se debe realizar constantemente juegos con el niño, con el objetivo de enseñarle el nombre de cada parte del cuerpo. Al comunicarse con el niño, es aconsejable asociar las palabras con las acciones. Es recomendable que se le ponga mucho interés al niño, al momento que el este hablando, ya que de esta forma se estaría reforzando su seguridad.

Es muy importante insistir en los hábitos de limpieza, ayudando a que se lave los dientes, las manos y la cara. Proveerlo de diferentes experiencias sensoriales como imágenes, sonidos, olores, diferentes texturas. Es aconsejable enseñarle canciones que incluyan posiciones en el espacio, arriba, abajo, atrás, adelante, enfrente, adentro, afuera. Se le debe contar cuentos y hacerle preguntas sobre el mismo.

A la edad de 2 a 3 años: es bueno que se ejercite un área de juego al aire libre, puede utilizarse cajones, pelotas, llantas, colchonetas. Para estimular su capacidad de movimiento, la madre puede necesitar darle al niño, a soplar burbujas de jabón, a coger tierra del suelo y trasladarlo a otro lugar.

Se le deberá estimular al niño, a subir a bajar gradas. Es conveniente estimular al niño a que utilice palitos, lápices, plastilina, para que pueda realizar construcciones de objetos que más le guste. Se deberá estimular al niño para que acomode piezas de rompecabezas y juegos de legos. Se le deberá enseñar al niño a que pele alguna fruta, o un caramelo. Se le puede poner a caminar como enano, como gigante, utilizando alguna fruta en la cabeza, para mejorar su equilibrio. Se deberá iniciar al niño en la distinción de colores, utilizando frutas, papel de colores, algodón y juguetes. Se le deberá enseñar al niño, canciones sencillas, en las que pueda aprender, nombres de mascotas o juguetes. Se le deberá contar cuentos, y realizar preguntas sencillas sobre el mismo.

A la edad de 3 a 4 años: Habrá que felicitar al niño por los avances que él halla alcanzado, durante la etapa de desarrollo y en adaptación en la preparatoria. se le debe enseñar al niño a correr, saltar, trepar, siempre teniendo cuidado en sus actividades peligrosas.

Se deberá imperar el respeto y corrección oportuna en el dialogo con el niño. Se le pueden asignar actividades sencillas tales como: recoger sus zapatos, ordenar sus cuadernos, para estimularlo en sus actividades. No se deberá interrumpir los juegos creativos del niño. Se recomienda planificar visitas a museos, zoológicos, playas etc.

A la edad de 4 a 6 años: Se deberá enseñar al niño a saltar con los pies juntos. Se deberá enseñar a saltar al niño en un pie utilizando cuerda. Se debe estimular al niño a perfeccionarse en el juego enseñándole a lanzar pelotas y recibirlas. Se debe enseñar a contar algunos objetos y reconoce colores.

Es conveniente estimularlo con música, con juegos en los que participe con palmadas, brincos y pasos de danzas de manera coordinada. Debe seguirse las actividades de engomar y pegar imágenes, asimismo pintar y cortar. Se le debe

estimular los gestos de cortesía del niño, como decir buenas tardes, buenas noches, muchas gracias, etc.

Es importante que se tengan juegos y juguetes en la cuna, habitaciones y áreas comunes del centro de salud de Amatitlán, siempre deben haber juguetes y otros objetos para entretener a los niños y estimular su imaginación y movimientos. Muchos juguetes pueden fabricarse fácilmente y a bajo costo, usando cajas de cartón, recipientes de plástico, latas vacías y otro material desechable. Se debe enseñar a las madres como hacerlos para que los copien, para evitar el aburrimiento, esos juguetes y objetos deben ser acordes a la edad y desarrollo del niño y se le debe cambiar con frecuencia. Para mantener un ambiente higiénico y evitar accidentes, deben ser lavables, no se deben usar materiales inflamables o tóxicos y no deben tener piezas que se pueda tragar o lastimar al niño.

El ejercicio y actividad física, además de estimular la coordinación de movimientos y el desarrollo motriz, favorecen la síntesis de masa magra y el crecimiento lineal (estatura) de los niños durante el proceso de rehabilitación nutricional.

La frecuencia, duración e intensidad de estas actividades, deben aumentar a medida que las condiciones generales y estado nutricional del niño mejoren, cuidando el espacio físico lo permita se debe establecer un área de entretención en la afueras del hospital o centro de rehabilitación nutricional, para que el niño no se asolee y observe otro ambiente mientras juega y se asolea.

El aumento en la actividad física se logra mediante un programa de juegos que requiera desplazamiento o movimientos corporales. En el caso de niños muy pequeños o debilitados, se deben aplicar ejercicios pasivos en las extremidades y se le puede estimular a que se muevan o chapoteen en un baño de agua tibia. en el caso de niños que gateen o caminan, los juegos deben incluir actividades tales: como rodar o hacer piruetas en una colchoneta, patear o lanzar pelotas y correr o gatear tras ellas.

Durante los periodos embrional y fetal: La vida intrauterina comprende dos fases principales: el periodo embrionario y el periodo fetal, se suele considerar que el periodo embrionario abarca las 8 primeras semanas de crecimiento, tiempo en que el óvulo se diferencia rápidamente, formando un organismo que presenta casi todas las características anatómicas humanas.

El periodo comprendido entre las 12 y las 40 semanas de gestación se caracteriza por un crecimiento acelerado y la aparición de las diferentes funciones sin embargo se consideran que el feto no es viable hasta las 24 y 26 semanas.

En el desarrollo neurológico, el feto empieza a manifestar actividad a partir de la octava semana de gestación momento en que se aprecian contracciones musculares aisladas como respuesta a la estimulación, las palmas y las plantas empiezan a producir reflejos; a las 13 y 14 semanas. Se pueden provocar movimientos glaciares y fluidos estimulando cualquier parte del cuerpo menos la espalda, la nuca y la coronilla, en ese momento la madre empieza a percibir los movimientos del feto.⁵

Los problemas de la vida embrionaria y fetal, la mortalidad es muy superior a la de cualquier otro periodo de la vida, sus principales causas son las anomalías genéticas y cromosómicas y las enfermedades maternas. Las cuales pueden estar interrelacionadas. Por ejemplo, la edad avanzada de la madre predispone a ciertas anomalías cromosómicas.

Las infecciones maternas o la administración de ciertos fármacos a la madre durante el primer trimestre pueden alterar el proceso de diferenciación fetal y provocar anomalías congénitas. Existen así mismo factores intrauterinos que pueden ser causa de morbilidad durante el periodo fetal como lo son: alteraciones de la oxigenación secundarias a problemas de la placenta o del cordón umbilical, infecciones por bacterias, virus, lesiones por radiaciones, traumatismos o productos químicos nocivos,

⁵ R.E.Behrman, V.C. Vaughan. Tratado de Pediatría. Pág .6,7

los trastornos neurológicos por sensibilización materna y por transferencias de anticuerpos y los problemas nutricionales de la madre.

En el aspecto físico, el recién nacido medio pesa aproximadamente 3.4 Kilogramos. Los niños pesan algo más que las niñas. El 95% de los recién nacidos a término pesan entre 2.5 y 4.6 Kilogramos. La talla media es de 50 cm; aproximadamente el 95% de los niños miden entre 45 y 55cm. El perímetro cefálico medio es de 35cm.

En el aspecto fisiológico, la necesidad prioritaria del recién nacido es la de iniciar una respiración adecuada para el intercambio gaseoso, la frecuencia respiratoria oscila generalmente entre 35 y 50 por minuto; los reajustes cardíacos del periodo neonatal suelen ir acompañados de soplos pasajeros. La frecuencia cardíaca oscila entre 120 y 160 latidos por minutos.

La actividad del recién nacido se dirige fundamentalmente a sus necesidades alimenticias, llora cuando tiene hambre; y tiende a girar la cabeza o a aproximarse al pezón o a cualquier otro estímulo cercano a la zona bucal inicialmente, el niño demuestra su hambre a intervalos irregulares, pero a finales de la primera semana se le puede alimentar razonablemente a intervalos de 2-5 horas.

El niño suele expulsar las primeras heces que estarán formados por meconio, en las primeras 24 horas del día; cuando se inicia la lactancia estas heces meconiales empiezan a ser sustituidas al tercero o cuarto día por unas heces de transición, que son de color marrón verdoso y pueden llevar cuajos de leche.

En el desarrollo neurológico: gran parte de las características del comportamiento y las respuestas neurológicas del recién nacido dependen del grado de madurez.

Brazelton, ha reunido una serie de datos sobre la conducta neonatal y ha creado una escala de comportamientos que puede ayudar a valorar el estado del recién nacido,

esta escala valora el comportamiento del niño en cuatro dimensiones:

Procesos interactivos (orientación, alerta, consolación, muestras de cariño); y procesos motores (tono muscular, madurez muscular, reacciones de defensa, actividad manual y bucal)⁶.

En los aspectos psicosociales, el niño nace en un entorno social en el que ya ha sufrido una incidencia importante durante algún tiempo merced a las expectativas y temores de los padres, especialmente a la experiencia de la madre durante el embarazo. A estas experiencias se añaden acontecimientos que rodean al parto. Todo ello liga afectivamente, en mayor o menor grado a los padres con su hijo. Esta ligazón consiste en la formación de los lazos y compromisos emocionales que caracterizan las relaciones entre cada uno de los progenitores y con la sociedad.

La parte que el niño aporta a la ligazón y unión sorprende por su complejidad, empezando por la observación de que en los primeros minutos de vida, el niño responde a la vista profundamente a las figuras que se parecen al rostro humano. Por ejemplo la mirada fija del niño en los ojos de su madre supone un importante estímulo para la creación de los lazos afectivos entre ambos; además los niños responden con movimientos al escuchar la voz de las personas que tratan de relacionarse con ellos.

Existen tres principios generales que pueden afirmarse en relación al desarrollo anormal del primer año de vida del niño:

Durante esta etapa, la experiencia principal para el niño/a es la dependencia de la madre en la satisfacción de sus necesidades. La angustia fundamental es, por tanto, la insatisfacción de esas necesidades y el miedo al abandono. Un desarrollo adecuado del psiquismo en éste año engendra confianza en los demás y en el futuro. Para lograrlo, es imprescindible que la importancia de las frustraciones que el niño/a viva sea

⁶ Idem pág. 10-12

menor que de las gratificaciones.

Los trastornos afectivos del lactante, hacen referencia, casi siempre a dificultades en la relación materno infantil. Todas las inseguridades y angustia de la madre repercuten en la relación afectiva que estas tienen con sus hijos, favoreciendo la aparición de trastornos emocionales en el lactante, y a su vez incrementa la ansiedad en la mujer, creándose así un círculo vicioso.

En el primer año, el niño/a expresa sus problemas emocionales por medio de su cuerpo así pues, gran parte de los síntomas son psicosomáticos, siendo los más frecuentes los de tipo digestivo y alimentario, al ser ésta la principal fuente de satisfacción y frustración psíquica del bebe.

Las principales alteraciones que podemos encontrar en esta etapa son:

Cólicos del primer trimestre, o "gritos paroxísticos del recién nacido", suelen iniciarse a los diez días de vida y evolucionan espontáneamente hacia su desaparición a los dos y tres meses. Ocurren en niños/as voraces que tragan rápidamente lo que comen.}

Anorexia del segundo semestre, suele aparecer con el destete y al paso a la alimentación sólida y variada, con cambios y sabores, olores y consistencia de la comida. Si la instauración es brusca y rígida, el niño/a tiende a rechazar la comida.

Vómitos psíquicos, se suelen presentar al término de una comida forzada en la que ha habido enfrentamiento madre e hijo/a. Pueden llegar a volverse frecuentes y diarios causando en forma secundaria patología orgánica. Suelen sobrevenir a continuación de una etapa de anorexia vencida a base de insistencia por parte de la madre.

Mericismo, se caracteriza por regurgitación autoprovocada con rumiación. Sobreviene entre los seis y diez meses de nacido, se le considera como una manifestación de

autoerotismo, como otras más banales: succión del pulgar, balanceo, etc. Puede observarse en niños/as poco estimulados/as por sus madres.

Eczema del lactante, su inicio se sitúa con anterioridad a los cuatro meses de vida y evoluciona espontáneamente hacia su desaparición entre los dieciocho y veinticuatro meses. Se ha puesto en relación con madres hiperemotivas pero poco afectivas que no deseaban tener hijos/as y que mantienen poco contacto cutáneo con el niño/a.

Espasmo de sollozo, ha sido encontrado con frecuencia en niños que posteriormente desarrollan cuadros asmáticos. Suele interpretarse como un llanto reprimido y traduce dificultades de relación en la diada madre y niño/a.

Los rasgos que son fundamentales en la etapa del desarrollo anormal del primer al tercer año, que la definen son:

El desarrollo psicomotor se caracteriza por la adquisición de la marcha del lenguaje y el control de esfínteres, son estos tres logros los que permitirán la exploración de su mundo y avanzar hacia la conquista de su independencia y autonomía.

El juego es la forma esencia de exploración del mundo material que le rodea y el vínculo de su desarrollo intelectual tiene una función compensadora de las frustraciones de la vida real.

Vive un mundo absolutamente egocéntrico. Se considera centro del universo material, social y afectivo.

Las explicaciones del mundo físico son animistas. Todas las cosas están vivas y sienten y piensan como el mismo. Las palabras son tan poderosas como los actos. Los buenos y los malos deseos también pueden hacerse realidad.

En esta etapa el pensamiento es precausal. El niño/a es indiferente a las contradicciones lógicas. Tiene un pensamiento esencialmente mágico.

En el desarrollo normal del niño en edad pre-escolar, el desarrollo físico en términos estrictos, abarca entre los tres y los seis años y su nominación "pre-escolar" obedece a un criterio puramente operativo. El crecimiento físico en esta etapa es menos dramática que en la etapa anterior, y es más gradual, más variado y más relacionado a pautas de experiencia y práctica.

Las características que podemos señalar en lo que respecta a peso, talla y habilidad motora son las siguientes:

Diferencias individuales: Son más marcadas que en el período anterior y ya expresan pautas motrices bien diferenciadas y dependientes del aspecto genético del niño/a.

Diferencias atendiendo al sexo: Los niños tienden a ser más independientes y agresivos en su exploración del medio ambiente y suelen tener una motricidad gruesa más desarrollada que las niñas. Estas por el contrario desarrollan pautas más pasivas y dependientes y una mejor habilidad motriz fina.

Diferencias según las actividades de los padres. Por estar esta etapa más influenciada que la anterior, por experiencias ambientales directas, la actividad de los padres determina en gran medida la orientación en el desarrollo de ciertas habilidades con preferencia de otras. El niño/a inicia en esta etapa el desarrollo de un sentido de autosuficiencia, expresado principalmente en las actividades de: comer, vestirse parcialmente y jugar.

El desarrollo intelectual durante este período lo más característico es la aplicabilidad, validez y confiabilidad que resulta en la aplicación de test mentales los cuales adquieren un valor predictivo más confiable y ello por dos razones.

Son capaces de obedecer instrucciones orales y responder oralmente. En

general tienen menos dificultades para interactuar con desconocidos por lo que la posibilidad de establecer rapport resulta más factible.

En el desarrollo sensorial la percepción se manifiesta principalmente a través de la discriminación visual expresada por la capacidad de reconocimiento de letras, números y objetos. En las áreas gustativas y olfativas también hay un avance discriminatorio expresado principalmente por la predicción o rechazo por determinados alimentos. En el área auditiva se expresa su mejor desarrollo por la capacidad para cantar de memoria.

En el desarrollo social, el tema central lo constituye la autoconciencia y el desarrollo de actitudes frente a sí mismo, hechos que son motivados principalmente por su maduración física.

En lo que se refiere a la conciencia de su propio cuerpo, ésta se expresa en la capacidad de reconocerse como individuo y las dimensiones de su propia corporeidad, hechos que traen tres consecuencias inmediatas:

Interés por su crecimiento y por las variaciones exteriores accidentales (ronchas, erupciones, picaduras de insectos, etc.). Conciencia de diferencias físicas entre sexos, lo que da inicio al establecimiento de sentimientos de identidad masculino-femenina. Preocupación por lesión o pérdida (heridas cortantes, "castración")⁷

La familia como base fundamental de la sociedad enriquecida y compensada por el apoyo emocional, la riqueza de sentimientos y valores, es el órgano social donde la persona crece evoluciona y muere. Los padres, hermanos/as, abuelos, etc., son los encargados de brindar los cuidados precisos y necesarios al niño, para que se sienta protegido y amado; parte de este núcleo familiar es el ambiente propicio para un desarrollo integral que facilite el crecimiento.

La función de los padres dentro de la integración familiar es muy importante, ya que son los encargados de conducir a sus hijos/as, con credibilidad para sembrar inquietudes, despertar iniciativas y creatividad, proyectar sentimientos que formen nuevas formas de proceder, pensar, hacer y sentir.

⁷ Apuntes de práctica psicológica III. Lic Roberto Mazariegos 1996.

La familia normal es un tipo de familia en el que, el padre o madre es maduro/a, masculino y femenina, acepta su función y se siente cómodo con el, ama y respeta a su esposo/a con la cual comparte todo. Funda un hogar con bases firmes y sólidas de amor, comprensión y mucha colaboración. La madre satisface sus funciones como esposa y madre, respeta a su esposo, al mismo tiempo que el esposo participa recíprocamente con ella.

En la familia anormal, la madre o el padre aborrece su feminidad o masculinidad, ambos aceptan a medias sus funciones. Estas actitudes a veces son inconscientes. Es una especie de matriarcado o patriarcado donde alguno de ellos es casi la autoridad absoluta, se critican y empuerqueñecen unos a otros dentro de la integración familiar, son muy prejuiciosos, dan rienda suelta por igual a sus emociones en mayor medida de lo normal.

En muchos hogares desintegrados, la presencia de los abuelos/as juegan una función muy importante para el desarrollo integral del niño/a aún más cuando existe la carencia de identificación materna o paterna y frustraciones en el infante.

Pueden a veces cumplir la función de padres sustitutos en períodos en los que alguno de los padres se encuentran ausentes, fallecidos o simplemente separados, las cuales modifican la estructura familiar lo que resulta ser muy frecuente en nuestro país.

Después de la familia la escuela es la más importante agencia de socialización del niño/a, ya que con el ingreso a ella el infante entra en un contexto social más amplio y diferenciada.

La escuela representa la primera experiencia de relaciones más amplias y constantes fuera del círculo familiar, acá el maestro/a juega una función muy importante en el desarrollo emocional del niño/a, tanto en el éxito o fracaso escolar, tomando en cuenta la función que desempeña los padres o madres en la educación del niño/a. La relación que existe en su estructura y ámbito social en que se desenvuelve.

niño/a. La relación que existe en su estructura y ámbito social en que se desenvuelve.

La relación que deberá existir entre el personal de enfermería y el/la paciente, será de mucha comprensión, tolerancia y cariño ya que muchas veces el/la paciente viene de un hogar muchas veces que le es hostil y traumático, necesita personas que lo/la ayuden, que lo/la valoren, que comuniquen presencia, paz y amor. Por lo que el acercamiento de las personas que lo cuidan son determinantes y significativas para el/la paciente.

La violencia intrafamiliar constituye una flagrante violencia a los Derechos Humanos que ocurren en la más absoluta impunidad afectando principalmente a miles de mujeres no importando su condición económica, social, religiosa, cultural, política u otros factores que concurren y se conjugan con los siguientes elementos típicos a saber:

La relación de parentesco entre la o las víctimas y el agresor. La dependencia afectiva y económica entre la o las víctimas y el agresor. La situación de ventaja que ejercen los agresores contra sus víctimas ya que estas violaciones de los Derechos Humanos, que constituyen delitos, se cometen a puerta cerrada, en la intimidad del hogar.

La causa principal de la violencia intrafamiliar es la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, y entre éstos, los niños, niñas y ancianos. Y esta situación de desigualdad es mantenida y reproducida por el sistema y consecuentemente por la mayoría de los medios de comunicación masiva que presentan una imagen estereotipada de los roles sexuales y discriminatorios de la mujer.

Ciertamente las carencias económicas no deben ser justificantes al uso de métodos que humillan la dignidad humana, sin embargo, está comprobado que la ausencia de satisfactores esenciales para la sobrevivencia diaria desembocan en reacciones hostiles entre otros rasgos. Ello sin dejar de tomar en cuenta que los patrones culturales orillan a la subestimación en la familia de las mujeres y los/as menores.

Muchas personas han vivido y siguen viviendo actos de violencia, sólo por el

hecho de ser considerados/as más débiles. El derecho al respeto y dignidad de la persona consiste en la inviolabilidad de la integridad física psíquica y moral del niño/a.

Abarcando la preservación de la imagen, identidad, autonomía, valores y creencias de los espacios y objetos personales.

En el desarrollo y cuidado del niño, su alimentación debe ser buena y se necesita de la cooperación entre la madre y el hijo, empezando por las primeras tomas del niño, y continuando durante todo el período de dependencia del mismo, si las comidas son desde un principio tranquilas y satisfactorias, contribuirán en gran parte al estado emocional entre la madre y el hijo, el momento de la comida debe ser adecuado para ambos, como el niño percibe fácilmente los sentimientos de la madre y condiciona el entorno afectivo en el que se desarrolla la toma, es muy probable que las madres tensas, ansiosas, irritables fácilmente frustradas o emocionalmente inestables, tengan momentos difíciles, en la hora de alimentar a su hijo y se sientan mejor y más confiadas si un médico, un amigo o un pariente, los orienta y apoya adecuadamente. Tan pronto como un recién nacido pueda tolerar sin problemas la alimentación (basándose en su actividad), grado de alerta, succión y llanto" se deben iniciar las comidas para mantener un metabolismo y un crecimiento normal durante la transición de la vida fetal a la extraterrena cuando por razones físicas o neurológicas surge alguna duda sobre la tolerancia a los alimentos, se deben suprimir las comidas e iniciar la nutrición parental.

Para alimentar al lactante y que este sea sano, hay que saber interpretar sus necesidades nutricionales específicas en los alimentos normales de su apetito y actitud hacia la comida, ya que el estómago del lactante pueden tardar en vaciarse de 1 a 4 horas o más, casi todos los niños sanos alimentados con biberón, precisan de 6 a 9 tomas diarias a fin de su primera semana de vida.

Algunos comen lo suficiente en una sola toma, para quedarse satisfechos unas 4 horas; otro "más pequeño o cuyo estómago se vacía más rápidamente" piden el biberón cada 2 y 3 horas; los niños que lactan de la madre suelen preferir intervalos más breves. la mayoría de los niños a término pasan rápidamente de 30 ml a 80 y 90ml

cada 3 y 4 horas, a los cuatro y cinco días de vida. Es importante comprender que los niños/as no solo lloran por hambre y que hay que alimentarlos a cada vez que lloran, algunos niños son activos otros pasivos y otros muy irritados.

Los niños enfermos suelen perder el interés en la comida, los que se despiertan constantemente y lloran a cada rato suelen hacerlo porque no reciben suficiente leche en cada toma o por otra causa distinta al hambre, como por ejemplo el exceso de ropa, pañales o ropa mojada, succión o malestar, cólicos, ingestión de aire (gases), ambiente frío o caluroso, o enfermedades. como también algunos niños lloran para llamar la atención mientras que otros que no reciben el cariño materno

Adecuado, se muestran indiferentes. La satisfacción de las necesidades alimenticias del niño cuando da muestras de hambre, tiene múltiples ventajas' se satisfacen inmediatamente, el niño no aprende a relacionar el llanto y el malestar con las comidas y hay menos posibilidades que adquiera los hábitos alimenticios, como tirar de golpe las comidas o tomar pequeñas cantidades con mucha frecuencia.⁸

La lactancia natural sigue teniendo una serie provechosa de ventajas físicas y psicológicas y son de mucha conveniencia, tomando en cuenta cuando la madre elige el método de alimentación. La leche humana es la más apropiada de todas las existentes para el niño, ya que esta adaptada exactamente a sus necesidades, asimismo la leche materna es el alimento natural, para los niños al término de los primeros meses de vida. Esta siempre disponible a temperatura adecuada y su preparación no tiene tiempo, es fresca y no contienen bacteria contaminantes por lo que disminuye las posibilidades de trastornos gastrointestinales aunque no existen diferencia en los índices de mortalidad en los niños o proveniente de trastornos en el retraso psicomotor. El niño/a que se alimenta con leche materna tiene más probabilidades de vivir en un entorno socioeconómico bueno o en malas condiciones sanitarias.

⁸ Congreso de la República. "Codigo de la niñez" Artículo 15

La alergia y la intolerancia a la leche de vaca, causa muchos problemas y trastornos alimenticios que no aparece en los niños que reciben la lactancia natural. Los síntomas de estos trastornos son: la diarrea y la hemorragia intestinal. En los niños/as que reciben la leche humana son menos frecuentes los cólicos, los anticuerpos que posee la leche materna, puede inhibir el crecimiento de los virus de las paperas, gripe, la vacuna y la encefalitis, los anticuerpos ingeridos con el calostro humano, pueden conferir inmunidad local al tubo digestivo contra los organismos que penetran en esta vía.

Casi todas las formas de lactancia artificial se basan en la leche entera, de vaca o sus variantes, aunque también se pueden utilizar otras leches y sus sustitutos, para los niños que no la toleran, la esterilización y refrigeración de la leche reduce mutablemente la morbilidad y mortalidad por infecciones gastrointestinales.

Se considera que la lactancia natural es mejor que la artificial. Para los niños/as normales, muchos lactantes los reciben desde el nacimiento, los cambios naturales y sociales han fomentado la lactancia artificial, ya que en nuestro medio la mayor parte de madres trabajan fuera de la casa; no les pueden dar pecho a sus hijos/as, como también existen que les niegan la lactancia materna, porque temen fracasar o consideran que el aumento de tamaño y la pérdida de firmeza de las mamas resulten antiestéticas.

En estudios realizados con niños en fase de crecimiento (velocidad, de aumento de peso y estatura), las formulas comerciales consisten en una base de leche, vacuna modificada con menos proteína, para que sea familiar al de la leche humana y reducir la sobre carga renal, se sustituye las grasas saturadas de la leche vacuna por otros ácidos, grasa vegetales insaturadas y se les añade vitaminas. La leche de vaca lleva menos lactosa que la humana, algunas preparadas contienen más lactoproteínas que la leche materna, en particular los niños de bajo peso al nacer se pueden beneficiar del aumento de la cistina, debido a los lactoproteínas.

Se considera que en todo el mundo, la mala nutrición es una de las principales

causas de morbilidad y mortalidad infantil ya que esta puede deberse a una ingesta apropiada e inadecuada o a una absorción inadecuada de los alimentos. Así mismo puede verse limitada por un suministro insuficiente, malos hábitos dietéticos, caprichos alimenticios y determinados factores emocionales. La mal nutrición puede ser aguda o crónica reversible o irreversible. Los trastornos importantes son muy patentes, pero los leves pueden pasar inadvertidos incluso durante un reconocimiento médico; el diagnóstico de la mal nutrición se basa en la historia dietética, en la variación de la desviación de la talla, el peso, el perímetro cefálico y la velocidad de crecimiento, con relación a los valores normales; en la mal nutrición es frecuente la inmunodeficiencia en los efectos de la mal nutrición.

La minimización en las capacidades del niño y la aparición de la apatía. En los primeros 6 meses de vida existe una interferencia con el área cognitiva y lenguaje algunos autores indican que existe una clara relación entre la persistencia de los efectos, en el rendimiento mental y la edad de aparición y duración de la mal nutrición. Prematuridad y bajo peso. Prematuridad: niños cuya gestación ha sido menor de las 37 semanas. Bajo peso: niños que pesan 1,500 g. o menos al nacer. El ritmo del desarrollo intelectual es limitado durante la infancia.

En los efectos de mal nutrición, el marasmo es una consecuencia de mal nutrición infantil grave, es frecuente en las áreas donde existe escasez de alimento, poca higiene; los sinónimos de marasmo, se refieren a los cuadros clínicos y destacan una o más características de la carencia de proteico o calórico. Insuficiente por usar una dieta escasa, anomalías metabólicas o modificaciones congénitas, por lo que cualquier trastorno grave que afecte a cualquier órgano puede causar mal nutrición.

Entre algunas de las manifestaciones clínicamente observadas, se pueden mencionar: Pérdida de peso, desaparición de grasa subcutánea, aspecto arrugado de la piel, abdomen plano o distorsionado, atrofia de músculos y edemas, pulso lento, apatía, temperatura inferior a la normal.

La mal nutrición proteica (Kwashiorkor), se observa en el niño/a durante las

etapas de crecimiento, debe recibir suficiente nitrógeno, en la dieta para tener un balance. nitrógeno positivo, mientras que los adultos solamente tienen que mantener su equilibrio nitrogenado, aunque la deficiencia de calorías y otros nutrientes complica el cuadro clínico y bioquímico. Los principales síntomas de la mal nutrición proteica, se deben al aporte insuficiente de proteínas de alto valor biológico, también puede estar alterada su absorción (como ocurre en la diarrea crónica), o aumentada su pérdida por proteinuria (refrosis), infección, hemorragias o quemaduras, el Kwashiorkor es un síndrome secundario a una carencia grave de proteínas y una ingesta calórica insuficiente, es una forma de mal nutrición más grave y frecuente hoy en el mundo, sobre todo en los países en vías de desarrollo. Kwashiorkor significa (niño/a destronado), niño/a que ya no mama; puede ponerse desde los primeros meses hasta la edad de 5 años, normalmente tras el destete al niño. Aunque en el tratamiento se acelera el aumento de estatura y de peso. Estos niños nunca llegan al alcanzar a los niños/as bien nutridos.

Las primeras manifestaciones clínicas de la mal nutrición proteica son vagas:

Letargo, apatía o irritabilidad, falta de crecimiento, pérdida del vigor y tejido muscular, mayor susceptibilidad a las infecciones y edemas pero dentro de las manifestaciones más constantes graves, por ejemplo el sarampión, que es un enfermedad relativamente benigna en el niño/a bien nutrido, puede ser catastrófico y mortal para el mal nutrido, puede desarrollarse además: anorexia, flacidez subcutánea, pérdida del tono muscular, las zonas de piel irritadas, se vuelven oscuras, pero no ocurre así con las zonas expuestas a la luz.

Para la elaboración de este informe se procedió a un amplio proceso de consulta social, grupos e individuos. Entre ellos la Comisión Pro-Convención sobre los Derechos del Niño (PRODEN), de Guatemala, es una instancia de coordinación integrada actualmente por 38 organizaciones no gubernamentales (ONG's) y gubernamentales (OG's) que desarrollan programas en beneficio de la niñez, según lo consultado con esta organización menciona que la definición del niño en la estructura jurídica de

Guatemala está fuertemente permeada por el concepto de menor. De esa cuenta se considera como menores según el actual Código de Menores (Decreto 78-79 del Congreso de la República a quienes no hubiesen cumplidos los 18 años de edad.

Por otra parte la forma como se concibe el ser niño/a o adolescente está influenciada por una cultura autoritaria, machista discriminatoria y excluyente, que visualiza al niño/a como un ser con mínimos derechos y que posterga el pleno goce de sus derechos hasta la mayoría de edad. De los cuales se mencionan:

Todos los niños/as tienen derecho a: la vida, un nombre y una nacionalidad, al amor y cuidado de sus padres, a ser tratados iguales, a vivir en una casa, comer estar limpios y abrigados, a la salud, la educación, protección laboral, respeto como niños/as, protección a todo uso de violencia, agruparse u organizarse.

Desde el ámbito de las políticas sociales la atención del sector infantil se encuentra diluida dentro del marco de la política educativa, de salud y de vivienda principalmente. Debe observarse que en algunos aspectos específicos los esfuerzos son evidentes, aunque la calidad de los servicios sociales han mejorado o empeorados observa que la cobertura se incrementa levemente en materia de educación preprimaria y primaria y en salud materno infantil, sobre todo en las regiones rurales del País.

2.2 OBJETIVOS

Objetivo general

- Brindar Estimulación Temprana a niños (as). Capacitar a madres en salud materna desde el período de gestación hasta el nacimiento y realizar una investigación descriptiva referente a la importancia que tiene la nutrición en el período de gestación y lactancia materna.

Objetivos específicos

Servicio

- Implementar el servicio de atención psicológica en el Centro de Salud en forma coordinada con la Dirección de la institución y en forma conjunta del proyecto.
- Brindar atención en estimulación temprana a niños/as que presenten deficiencia en sus áreas de desarrollo, para estimularlos.

Docencia

- Implementar a madres en período de gestación, madres de niños que manifiesten problemas en sus habilidades y personal de enfermería sobre temas relacionados con el desarrollo del niño (a).
- Capacitar e implementar a madres sobre técnicas de cooperación familiar que estén en función de la Estimulación Temprana y de patrones de crianza para mejorar el desarrollo del niño (a).

Investigación

- Realizar una investigación en forma descriptiva referente a la importancia que tiene la nutrición en el período de gestación y lactancia materna en el desarrollo del lactante.

2.3 METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO

A partir de observar, las condiciones económicas, sociales y psicológicas de la población que vive en el municipio de Amatitlan, como características principales se incluyen: una población mas o menos de 2,000 familias las cuales viven en un área promedio de 6 por 18 mts. En su mayoría las viviendas están construidas de pared, es común encontrar parejas con mas de tres hijos, a nivel laboral parte de esta población, se desempeña como obreros, ya que además tienen un nivel educativo bajo, contando con un nivel de escolaridad primaria o incluso analfabeta. Todo esto influye en el desarrollo del niño/a, por lo que se vio la necesidad de brindar atención psicológica que ayude a la niñez guatemalteca a minimizar un poco su problemática. Tomando en cuenta la importancia que tiene la Estimulación Temprana en el niño/a con problemas en su desarrollo. Se utilizó una metodología la cual fue de tipo explicativo – participativa y reflexiva tomando en cuenta los siguientes aspectos:

Subprograma de servicio

- Se coordinó con la directora de la institución y con el personal médico y paramédico de consulta para implementar el Departamento de Psicología y obtener referencia de pacientes, organizando las primeras citas individuales de atención en la que se atendió inicialmente a la madre para indagar los aspectos de la historia del desarrollo del niño/a, antecedentes e historia actual a través de una entrevista estructurada, dicha atención se llevó a cabo en forma secuencial donde participó madre e hijo.
- Se evaluó el nivel de desarrollo del niño/a en sus habilidades de acuerdo a su edad cronológica, en la cual se utilizó la escala de desarrollo psicomotor de Arnold Gessell y conjuntamente con la Tabla de Monitoreo elaborado por UNICEF. En el departamento de psicología en el centro de salud en compañía de las madres de familia, teniendo para ello previa cita.
- La reevaluación del desarrollo psicomotor en el infante se llevó a cabo a través de la observación, en base a la experiencia de la primera fase, para obtener los alcances logrados del niño, utilizando los mismos procedimientos de la evaluación inicial, involucrando a las madres y al personal de enfermería.

- La orientación a las madres de acuerdo al resultado de la evaluación del niño/a se realizó en forma secuencial e individual, atendiéndolas dos veces por semana o semanalmente, utilizando lenguaje claro y sencillo para que fuera más comprensible la forma de participar en el desarrollo del programa.

Subprograma de docencia

- Se coordinó con el personal de la dirección y con el programa de organización del Centro de Salud de Amatitlán, se informo a las madres que asisten al servicio de control prenatal ya que ellas se encontraban en periodo de gestación, a las madres de niños/as que manifestaron problemas en el desarrollo de sus habilidades y personal de enfermería acerca de charlas que formaron parte de la capacitación sobre las técnicas de estimulación temprana.
- La programación de las actividades se realizaron de tal forma que las madres pudieran asistir con mayor posibilidad en días y horas hábiles.
- Se organizó el calendario de capacitación e implementación a las madres sobre técnicas de Estimulación Temprana y reforzamiento en los niños/as acordes a las necesidades y horarios de la población las cuales fueron de forma explicativa-participativa y reflexiva.
- Dentro de la capacitación e implementación se llevó a cabo el desarrollo de las técnicas de aplicación en la que participaron madre e hijo. Así también hubo necesidad de realizar visitas domiciliarias para observar los patrones de crianza.

Subprograma de investigación

- La investigación referente a la importancia que tiene la nutrición en el período de gestación y lactancia materna, se realizó con 65 madres entre 15 y 35 años de edad, se llevó a cabo utilizando la técnica descriptiva como recurso de consulta bibliográfica, métodos de observación, dirigidos a las madres y entrevistas, indagando sobre los cuidados nutricionales de la madre durante este período, así mismo factores que influyan en el desarrollo del niño/a durante la etapa del crecimiento.

CAPITULO III

3.1 PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

Subprograma de servicio:

Inicialmente se implementó el departamento de psicología en el centro de salud de Amatitlán para poder prestar el servicio a la población guatemalteca. Contando con escritorios, pizarra, sillas, y material de apoyo para brindar de manera eficaz la atención al paciente, se contó con organizaciones O.N.Gs. para apoyar la realización del programa.

Durante el período de ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado del 01 de febrero al 28 de septiembre de 1,999 se brindó atención de estimulación a un total de 48 niños/as comprendidos entre las edades de 22 días a 6 años. Pertenecientes al municipio de Amatitlán, coordinando con la directora de la institución y personal medico para obtener referencia de pacientes.

Evaluación y diagnóstico del desarrollo del niño/a:

- Se coordinó con la directora de la institución y personal médico para obtener la implementación del Departamento de Psicología y la referencia de pacientes.
- Se citó en forma individual a las madres en periodo de gestación y a las madres de los niños referidos que presentaron problemas en su desarrollo, para indagar aspectos de la historia del desarrollo del niño/a a través de una entrevista estructurada.
- Se evaluó el nivel de desarrollo del niño/a en sus habilidades de acuerdo a su edad cronológica a través de la escala de desarrollo de Arnold Gessell conjuntamente con la tabla de monitoreo de crecimiento y desarrollo elaborada por UNICEF y métodos de observación. (Anexos)
- Se reevaluó al niño/a en base a la experiencia en la primera fase. Para ello se

utilizó material y juguetes adecuados a su edad. (Cuadro 3)

- Se orientó a 48 madres de diferentes edades de acuerdo al resultado de la evaluación del niño/a en forma individual utilizando lenguaje claro y sencillo para que fuera más comprensible su participación en la aplicación de las técnicas de estimulación en el niño/a, brindándoles atención psicológica semanalmente. (Cuadro 4).

Los resultados de las evaluaciones fueron las siguientes:

Cuadro 1

Distribución de la Población Infantil Atendida por sexo y edad en el Centro de Salud Amatitlán

Rango	niños	niñas	Total	%
0-1 mes	2	1	3	6.24
1-2 meses	2	2	4	8.32
2-3 meses	0	2	2	4.16
3-4 meses	0	4	4	8.32
4-5 meses	3	3	6	12.48
5-6 meses	2	1	3	6.24
6-7 meses	1	1	2	4.16
7-8 meses	1	2	3	6.24
8-9 meses	2	2	4	8.32
9-10 meses	1	1	2	4.16
10-11 meses	1	1	2	4.16
11-12 meses	3	2	5	10.40
1-2 años	1	0	1	2.08
2-3 años	1	1	2	4.16
3-4 años	2	0	2	4.16
4-5 años	0	1	1	2.08
5-6 años	1	1	2	4.16
Total	23	25	48	100
%	48	52	100	

Fuente: Pacientes atendidos en el Departamento de Psicología, Programa de Aplicación de Técnicas de Estimulación Temprana. Centro de Salud, Amatitlán Septiembre de 1,999.

Cuadro 2

Distribución de resultados por áreas de desarrollo del grupo de niños/as de 0 a 6 años, evaluados con el perfil de monitoreo y crecimiento UNICEF y Arnold Gessell.

Áreas	Socio Afectiva		Motora Gruesa		Motora Fina		Cognoscitiva		Lenguaje		Nutrición	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Resultados												
Desarrollo bajo	6	86	6	75	2	40	4	44	2	40	12	86
Desarrollo adecuado	1	14	2	25	3	60	5	56	3	60	2	14
Totales	7	100	8	100	5	100	9	100	5	100	14	100

Fuente: Grupo de 48 niños/as de los cuales 23 son de sexo masculino y 25 de sexo femenino pacientes evaluados en el Centro de Salud Amatitlán.

Cuadro 3

Respuesta a las actividades de aplicación de estimulación temprana para reevaluar a niños/as a través de la experiencia en la primera fase donde se utilizó material y juguetes acordes a su edad en el Centro de Salud de Amatlán.

ACTIVIDAD	TECNICAS	MATERIAL DE APOYO	RESPUESTA
Report	Dinámicas de grupo.	Titeres	Satisfactoria
Trabajo De reforzamiento del Área sensoriomotora	Ejercicio de estimulación	Material natural de deshecho, papel de colores y papel corrugado	Muy satisfactoria
Reforzamiento en el área motora gruesa	Ejercicio de estimulación	Cuerdas, cajas de cartón, pelotas, plasticina y cubos.	Satisfactoria
Reforzamiento del área motora fina.	Ejercicio de estimulación	Hojas naturales, flores, retazos de colores y algodón	Satisfactoria
Reforzamiento en el área de lenguaje	Canciones infantiles	Cassette y grabadora	Muy satisfactoria
Reforzamiento en el área socioafectiva	Ejercicios de estimulación	Carteles	Satisfactoria

Fuente: Grupo de 48 niños/as de los cuales 23 son de sexo masculino y 25 de sexo femenino reevaluados en el Departamento de Psicología.

Cuadro 4

Distribución por edades de madres que fueron orientadas en la aplicación de las técnicas de estimulación en el niño/a en el momento de evaluación por sesiones de seguimiento.

EDAD DE LOS PARTICIPANTES	TOTAL	%
15-18 años	21	44
19-25 años	8	17
26-35 años	19	39
Total	48	100

Fuente: Grupo de 48 madres atendidas en el Departamento de Psicología en el Centro de Salud de Amatlán.

Subprograma de Docencia

Se llevó a cabo la implementación y capacitación principalmente a:

- 65 madres en período de gestación quienes manifestaron la necesidad de brindarles charlas que les ayudaran a tener mas conocimientos sobre el cuidado que debían tener durante el período prenatal, en la cual se coordinó con la directora del centro de salud y personal de enfermería, el horario y los días de la implementación sobre los temas relacionados con el desarrollo del niño.

De la misma forma se implemento a:

- 48 madres participando de manera conjunta con sus hijos/as que manifestaron retraso en el desarrollo de sus habilidades. Durante el desarrollo de las actividades participaron también de manera continua:
- 9 Auxiliares de enfermería establecidos dentro de los servicios de consulta.
- 16 practicantes de enfermería asignados al Centro de Salud, provenientes de la Escuela de auxiliares de enfermería del Hospital San Juan de Dios de Amatlán.

A continuación se presenta el cuadro que muestra el total de participantes que asistió al la capacitación e implementación sobre técnicas de estimulación temprana y las temáticas abordadas tomando en cuenta 6 temas los cuales no se contemplaban dentro del programa, siendo solicitados por la directora de la institución.

Cuadro 5

Población que asistió a la capacitación e implementación sobre las técnicas de estimulación temprana y las temáticas abordadas.

POBLACION	Nº. PARTICIPANTES	%
Madres en período de Gestación.	65	47
Madres de niños/as que manifestaron problemas en sus habilidades.	48	35
Auxiliares de Enfermería	9	6
Estudiantes Auxiliares de Enfermería	16	12
Total	141	100%
TEMAS IMPARTIDOS		
<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos Generales del Desarrollo del niño/a • Cuidados e higiene en el niño/a • Importancia de la afectividad en el niño/a • Desnutrición en el niño/a • Disciplina en el infante • Aspectos esenciales de la estimulación • Importancia de la estimulación temprana • Importancia de la estimulación en el niño/a prematuro/a • Importancia de la estimulación en niños/as menores de 1 año • Importancia de la estimulación en niños/as mayores de 1 año. • Motivación • Autoestima • Comunicación • Metas en la vida • Violencia Intrafamiliar • Educación sexual. 		

Fuente: Participantes del Subprograma de Docencia en el Centro de Salud de Amatitlán en los meses de febrero a septiembre.

Subprograma de investigación

- Se utilizó una ficha clínica indagando la dinámica familiar de las madres en periodo de gestación especialmente Edad, Estado Civil, Ocupación, Escolaridad y estado económico.
- Se realizó este Subprograma indagando los cuidados nutricionales de 65 madres en periodo de gestación a través de una entrevista estructurada en forma individual utilizando la técnica descriptiva como recurso de consulta bibliográfica y método de observación espontánea.
- Se indagó el estado nutricional de lactante a través de la entrevista con las madres utilizando la ficha de monitoreo de crecimiento y desarrollo del niño/a menor de 5 años elaborada por UNICEF y referencia médica, evaluando principalmente: Peso y edad para determinar el grado de desnutrición que presentan.
- A continuación se presentan cuadros de resultados de las madres y niños/as objeto de estudio.

Grupo de madres en periodo de Gestación a quienes se les lleno ficha clínica en el Centro de Salud de Amatitlán, tomando en cuenta la edad, estado civil, ocupación laboral, escolaridad y estado económico.

EDADES DE LOS PARTICIPANTES

Edades	Total	%
15-20	32	49
21-26	10	15
27-30	13	20
31-35	10	15
Total	65	100

ESTADO CIVIL

Estado Civil	Total	%
Casadas	18	28
Unidas	14	22
Viudas	4	6
Madres solteras	29	44
Totales	65	100

OCUPACION LABORAL

Ocupación	Total	%
Amas de casa	20	31
Operarias	31	48
Secretarias	6	9
Varias	8	12
Totales	65	100

ESCOLARIDAD

Escolaridad	Total	%
Ninguna	5	8
1ro -3ro primaria	23	35
4to -6to primaria	28	43
Medio	9	14
Totales	65	100

ESTADO ECONOMICO

Estado Económico	Total	%
Bajo	57	88
Medio	8	12
Alto	0	0
Total	65	100

RESPUESTA A LA ENTREVISTA REALIZADA SOBRE EL CUIDADO NUTRICIONAL DE LA MADRE EN PERIODO DE GESTACION Y LACTANCIA MATERNA.

CUIDADOS NUTRICIONALES DE LAS 65 MADRES ENTREVISTADAS

NUMERO DE HIJOS/AS PROCREADOS

Numero de Hijos/as	Total	%
1 Hijo/a	36	55
2-3 hijos/as	13	20
4-5 hijos/as	10	15
6 a más hijos/as	6	10
Total	65	100

BENEFICIO DE LA BUENA ALIMENTACION EN PERIODO DE GESTACION

Opiniones	Total	%
Si sabe	23	35
No Sabe	42	65
Total	65	100

EI BENEFICIO DE TOMAR LIQUIDOS DURANTE EL EMBARAZO

Opiniones	Total	%
Si sabe	7	12
No Sabe	58	88
Total	65	100

LIBRAS AUMENTADAS DURANTE EL EMBARAZO

Peso	Total	%
10 libras	37	57
15 libras	18	28
20 libras	10	15
Total	65	100

ALIMENTOS SOLIDOS MÁS NUTRITIVOS Y QUE UTILIZO MÁS

Alimentos Sólidos	Total	%
Pastas	18	28
Lácteos	21	32
Fibras	14	22
Todas	12	18
Total	65	100

DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Duración	Total	%
No dio lactancia	12	18
Menos de 6 meses	31	48
Más de 6 meses	22	34
Total	65	100

LECHE MÁS NUTRITIVA

Tipos de Leche	Total	%
Materna	52	80
Artificial	13	20
Total	65	100

ORIENTACION PREVIA RECIBIDA EN NUTRICION Y ESTIMULACION A SU HIJO/A

Orientación	Total	%
Sí	13	20
No	36	56
Poco	12	18
Mucho	4	6
Total	65	100

RELACION AFECTIVA MADRE E HIJO/A EN LA LACTANCIA ARTIFICIAL

Opinión	Total	%
Sí	12	18
No	22	34
No sabe	31	48
Total	65	100

RELACION CONYUGAL

Respuesta	Total	%
Buena	24	37
Regular	31	48
Mala	10	15
Total	65	100

NIÑOS/AS EVALUADOS/AS ATRAVES DE LA FICHA DE MONITOREO D CRECIMIENTO Y DESARROLLO ELABORADA POR UNICEF QUE PRESENTARON PROBLEMAS DE DESNUTRICION

Tipo de desnutrición	Total	%
D. P. C. Grado I	12	86
D. P. C. Grado II	2	14
D. P. C. Grado III	0	0
Total	14	100

D. P. C. = Desnutrición proteico calórica

- D. P. C. Grado I:** Sus síntomas específicos son retraso en el peso y un ligero descenso en el mismo, lloriqueo, tristeza y descontento.
- D. P. C. Grado II:** La pérdida de peso se acentúa y en un 10-15% con posibilidades de pérdidas mayores. La fontanela y los ojos se deprimen, el menor duerme con los ojos entre abiertos y es presa fácil de enfermedades respiratorias y diarreicas.

1000

1000

1000

CAPITULO IV

4.1 ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

A continuación se presentan análisis y resultados de la realización del Ejercicio Profesional Supervisado desarrollado en el Centro de Salud, Amatitlán donde se desarrollaron actividades en cada uno de los subprogramas de servicio, docencia e investigación. Que permitieron cumplir los objetivos planteados:

Subprograma de servicio:

Primeramente se estableció comunicación con la directora del centro de salud, personal medico, jefatura de área y personal de enfermería del centro de salud implementando el departamento de psicología para brindar atención a pacientes de este municipio, efectuando de la misma forma gestaciones para obtener material de apoyo por medio de organizaciones O.N.Gs. Encargados de programas que ayuden a la población guatemalteca, se coordinó asimismo la referencia de pacientes.

Se organizó las citas individuales con las madres en periodo de gestación y madres de los niños/as que presentaron problemas de deficiencia y desarrollo en sus habilidades, lo cual se llevó a cabo por medio de la coordinación con la directora y personal médico y de enfermería dentro de la Institución lo que permitió el acercamiento con cada una de las madres e indagar tanto sus necesidades como las que tienen con sus hijos/as. De esta forma se estableció las primeras citas individuales donde se permitió la atención de 48 niños/as en total, presentando resultados positivos durante la aplicación de técnicas de estimulación temprana ayudando en su recuperación. Los niños/as estuvieron comprendidos entre las edades de 22 días a 6 años.

Con los resultados obtenidos de la primera evaluación cada uno de los grupos presentó problemas en el desarrollo de sus habilidades, tomando en cuenta el rango de edades: en el área socioafectiva el 86% manifestó desarrollo bajo, debido a que la mayoría de padres dedican poco tiempo a sus hijos ya que dedican la mayor parte de tiempo al trabajo en el campo, mientras que el 14% manifestó un desarrollo adecuado. En el área motora gruesa El 75% mostró un desarrollo bajo pues la nutrición inadecuada limita el progreso en el desarrollo físico y psicológico de los niños, así

mismo se observó que la falta de estimulación por parte de los padres es otro de los factores limitantes en su desarrollo, ya que ellos manifestaron dedicar poco tiempo a sus hijos debido a que tienen que trabajar para solventar los gastos de la casa, mientras que el 25% de los niños/as muestran un desarrollo adecuado ya que su alimentación es mas completa y el grado estimulación por parte de sus padres es un poco mayor. En el área motora fina el 40% de los niños/as mostraron un desarrollo bajo, manifestando este problema en la acción retardada al momento de tomar objetos y manipularlos con sus manos, mientras que el 60% manifestó un desarrollo adecuado, ya que la destreza que mostraron progresivamente en el uso de sus manos y dedos al momento de tomar algún objeto fue cada vez mas precisa. En el área cognoscitiva 44% mostró un desarrollo bajo, siendo esto el resultado de problemas relacionados con la alimentación inadecuada de la madre durante el periodo de gestación, inseguridad afectividad, infecciones vaginales durante el período de gestación, violencia intrafamiliar, padres drogadictos, falta de educación psicoeducativa, ambiente en que se desarrollaron los niño/as, entre otros. Mientras que el 56% mostró un desarrollo cognoscitivo adecuado, siendo esto el resultado de principios culturales, sociales y educativos de los padres, lo que logró que sus hijos se desarrollaran en un ambiente integral adecuado. En área del lenguaje 44% de los niños/as mostraron un desarrollo bajo, debido a que la mayoría de los padres manifiestan poco interés en la enseñanza verbal a sus hijos, debido a tanto el padre como la madre dedican mas tiempo a los que haceres del trabajo o de la casa. Mientras que el 60% de los niños/as mostró un desarrollo adecuado. En el área nutricional 86% de los niños/as manifestaron problemas de nutrición debido a que los padres carecen de recursos para abastecer a sus hijos de la alimentación necesaria, y 14% adecuado ya que en algunos de estos casos tanto el padre como la madre aportan un ingreso monetario para la mantención del hogar.

Determinando que en la mayoría de niños/as las áreas mas afectada son, la socioafectiva, motora gruesa y nutrición.

De acuerdo a la experiencia en la primera evaluación se evaluó a los niños/as en las áreas afectadas en la cual la respuesta de cada uno durante la aplicación de las técnicas de estimulación se hizo más evidente su mejoría.

Se observó por medio de entrevistas realizadas a las madres, que ellas oscilaban entre 15 a 35 años, quienes fueron orientadas en forma individual durante la aplicación de las técnicas de estimulación en sus hijos/as desde el momento de evaluación, siendo un total de 48 madres orientadas en el Centro de Salud de Amatitlán.

Subprograma de docencia:

Para el desarrollo del subprograma de docencia se realizaron diferentes actividades de las que se obtuvieron resultados satisfactorios de acuerdo a los objetivos planteados.

En cuanto a la implementación de técnicas de estimulación temprana a madres en período de gestación, se llevaron a cabo actividades donde cada una de ellas participaron en forma conjunta con las madres de los niños que manifestaron problemas de deficiencia en sus habilidades, con los niños/as atendidos, con auxiliares de enfermería incluyendo estudiantes de enfermería provenientes del Hospital San Juan de Dios de Amatitlán quienes se integraron para adquirir conocimientos sobre técnicas de estimulación temprana.

Determinándose para su ejecución, la coordinación con el personal de la Dirección con quienes se organizó la primera reunión donde se informó acerca de las charlas que formaron parte de la capacitación e implementación de las técnicas de estimulación temprana que ayudaron a los niños/as en su desarrollo psicobiosocial y a cada una de las madres a tener un acercamiento afectivo con sus hijos/as.

En la segunda sesión se reunió a las madres, personal de enfermería y estudiantes auxiliares de enfermería para explicar acerca del desarrollo de este subprograma, estableciéndose una relación conjunta, la cual sirvió para identificar las diferentes problemáticas y necesidades que ellas mismas tenían y las de sus hijos/as.

Para el efecto se desarrollaron 16 charlas de las cuales 10 estaban contempladas en el subprograma y 6 sugeridos por la Dirección.

Cada tema impartido fue relacionado con el desarrollo físico, intelectual y social del niño/a dentro del contexto familiar y ambiental.

En cada una de las charlas se integraron los estudiantes de enfermería, donde de forma explicativa, participativa y reflexiva se desarrolló y aplicó las técnicas de estimulación en las que participaron las madres conjuntamente con sus hijos/as. Reforzando las áreas motora gruesa y fina, cognoscitiva, socioafectiva y lenguaje.

Para ello se utilizó dinámicas de grupo psicodramas, carteles, proyección de slides y películas que sirvieron para despertar el deseo de participación y la motivación necesaria durante la realización del subprograma.

Pudo observarse la inquietud de cada participante a través de su asistencia, puntualidad así como a través de dudas y cuestionamientos que manifestaron verbalmente. Una variable muy remarcada fue la ausencia de los padres durante las charlas y estímulo de sus hijos/as argumentando no tener tiempo debido a la necesidad de trabajar y obtener ingresos para satisfacer sus necesidades básicas. En cuanto a la asistencia de las madres, personal de enfermería y estudiantes auxiliares a las charlas se registraron 65 madres en periodo de gestación, 48 madres de niños/as que manifestaron algún retraso en el desarrollo de sus habilidades, 9 auxiliares de enfermería y 16 estudiantes, siendo un total de 141 participantes.

Subprograma de investigación:

Se desarrolló en el Centro de Salud de Amatitlán, a través de una entrevista estructurada con las madres en período de gestación para indagar sobre el cuidado nutricional durante el tiempo de su embarazo, se indago con las madres atendidas sobre el cuidado nutricional de sus hijos/as. Se llevo a cabo dicha investigación en forma descriptiva por medio de material bibliográfica referente al tema de estudio, métodos de observación espontanea y entrevistas, lo que determinó las condiciones que influyeron en las madres para tener una adecuada alimentación y los factores determinantes en la alimentación de los niño/a, utilizando la ficha clinica primeramente para indagar la dinámica familiar, donde se entrevistó a las madres en forma individual, obteniendo datos de referencia, para ello se utilizo lenguaje claro y sencillo para ser más comprensible la forma de entrevistarlas. Tomando en cuenta los datos referidos por 65 entrevistadas.

Se indagó el cuidado nutricional de 48 niños/as atendidos/as utilizando para su evaluación la Ficha de Monitoreo, Crecimiento y desarrollo elaborado por UNICEF conjuntamente con la escala de desarrollo de Arnold Gessell y referencia medica, evaluando principalmente talla, peso y edad lo que permitió conocer más sobre la nutrición del niño/a.

A continuación se analizan los datos del grupo de madres en período de gestación a quienes se les lleno la ficha clinica en el centro de Salud de Amatitlán indagando principalmente, Edad, Estado Civil, Ocupación, escolaridad y estado económico.

Del total de 65 madres, las edades oscilan entre 15 a 35 años, el 44% son madres Solteras, el 28% Casadas, el 22% Unidas y el 6% Viudas. En la ocupación laboral el 48% son Operarias, el 31 % Amas de casa, el 12 % varias ocupaciones y el 9 % son secretarias. tienen escolaridad el 43 % de 4to. a 6to. de primaria, el 35 % de 1ro. a 3ro. primaria, el 14% tiene nivel medio y el 8% es analfabeta, referente al estado económico, el 88 % es Bajo y el 12 % medio.

Respecto a la entrevista aplicada a las 65 madres se obtuvieron los siguientes datos:

En la pregunta uno, muestra el conocimiento de hijos/as procreados, las cuales el 55% de las madres tienen un hijo/a, mientras que el 45% tienen mas de un hijo. Siendo esto el resultado de una educación inadecuada, falta de cultura, de orientación sexual y falta de comunicación dentro de la dinamita familiar.

En la pregunta dos, referente al beneficio que tiene la alimentación durante el período de gestación, el 35% del total de 65 madres, opinaron saber sobre lo importante que es la nutrición, pero manifestaron que carecen de recursos económicos para lograr llevar una dieta balanceada durante este periodo y el 65% indicaron no saber acerca del beneficio de una buena alimentación durante el mencionado período, debido a la falta de orientación que le permitiera obtener conocimientos sobre los cuidados alimenticios.

En la pregunta tres, según las opiniones que manifestaron las madres sobre el beneficio que tiene el tomar líquidos durante el periodo de gestación el 12% opinó saber sobre su beneficio y el 88% opinó lo contrario. Pero en ambos casos la ingestión de líquidos fue muy poca debido a que el tiempo que dedican a sus propios cuidados es muy poco, en la mayoría de casos, las madres indicaron tomar uno o dos vasos de agua al día o en otro caso tomaban atoles.

En la pregunta 4, referente al peso de cada una de las madres durante el periodo de embarazo se obtuvieron los datos siguientes: el 57% del total de 65 madres aumentaron solo 10 libras, el 28% 15 libras y el 15% 15 libras, lo que indica que el 85% de las madres tienen problemas en su cuidado nutricional.

En la pregunta 5, se obtuvo que de los alimentos más nutritivos que las madres en período de gestación consumían son: el 32% lácteos, el 28% pastas, el 22% fibras y solo el 18% utilizan todo tipo de alimento, debido a los escasos recursos económicos y falta de orientación nutricional de este período de su vida.

Referente a la nutrición del lactante se obtuvieron los datos siguientes, según las referencias de las madres atendidas.

La pregunta 6, indica el tiempo de proporción de lactancia materna donde el 48% de las madres dio leche materna al niño/a menos de 6 meses, manifestando la mayoría de ellas que tenían que trabajar parte del día para sostener a sus hijos, siendo este el motivo principal por el cual suspendieron la lactancia a corto tiempo. el 18% no dio lactancia, debido a que son dedicaban a trabajar todo el día y dejaban el cuidado de sus hijos a otras personas. El 34% dio más de 6 meses, pero en forma irregular, lo que indica que el 66% de las madres no alimentan bien a su niño/a Siendo esto la causa de que en esta región exista un alto índice de niños/as con desnutrición.

La pregunta 7, referente a la consideración de que si la leche materna es más nutritiva para el niño/a o la artificial, se obtuvo que el 80% de las madres manifestaron que la leche materna es nutritiva y el 20% que la artificial, aunque en ambos casos manifestaron que suspendían la lactancia materna por el factor trabajo o tiempo de dedicación a sus hijos, lo que las obligó a alimentar a sus hijos con leche de bote o algún atol.

La pregunta 8, hace referencia a la orientación recibida respecto a la nutrición y estimulación temprana, donde prevalece que 56% no contaban con orientación antes de implementar el programa, debido a que son personas que trabajan y no cuentan con los suficientes recursos que les permita tener mayor conocimiento. El 20% respondió que si pues ya habían recibido información por medio del Charlas que se les brindaba en el Centro de Salud de Amatitlán antes de implantar el Departamento de psicología en dicho Centro, el 18% respondió , que tenían poca información y el 6% respondió que ya habían recibido mucha información, tomado en cuenta lo manifestado, se oriento a las madres sobre la importancia que tiene la buena alimentación tanto para ellas como para sus hijos y la estimulación adecuada que sus hijos deben adquirir durante su desarrollo.

La pregunta 9, respecto a la opinión de las madres sobre si al alimentar al niño/a con leche artificial recibe el amor de madre y estimula sus sentidos el 48% opinó no saber, el 34% opinó que el niño/a no recibe afecto y el 18% opinó que sí. Lo que indica la causa de no saber alimentar efectivamente al niño/a. Lo que proporcione un interés en orientar a las madres con temas relacionados al cuidado y el desarrollo del niño.

En la pregunta 10, prevalece que las relaciones conyugales son regulares en un 48 % debido muchas veces a problemas intrafamiliares, sociales y económicos. En el 37 % las relaciones conyugales son buenas debido al respeto mutuo, confianza y buena comunicación. En 15 % respondió tener malas relaciones conyugales debido a la incomprensión, infidelidad, falta de cultura, diferentes creencias religiosas entre otras. lo que conduce a que la situación proporciona una barrera emocional para el crecimiento y desarrollo físico y psicológico del niño/a.

Los resultados de los niños/as evaluados con la ficha de Monitoreo, crecimiento y desarrollo elaborada por UNICEF quienes presentaron grado de desnutrición proteico calórica fueron los siguientes:

El 89 % de los niños/as presentaron desnutrición proteico calórica grado I , y el 14% desnutrición proteico calórica grado II, debido a la falta de cuidados alimenticios tanto el la madre en periodo de gestación, como en los cuidados nutricionales de los niños/as, lo que indica que en la mayoría de casos existan problemas que limiten su desarrollo tanto físico como psicológico.

ANALISIS DE CONTEXTO

Personalmente fue una experiencia única e inolvidable, el hecho de que anteriormente no se había realizado ejercicio profesional supervisado en este lugar, limito un poco el trabajo al principio, pues por no existir anteriormente atención psicológica en el Centro de Salud de Amatitlán no existía credibilidad y confianza por parte de los padres de familia, la cual se fue ganando a través de la participación directa en actividades realizadas durante la ejecución del programa de estimulación temprana, al inicio se les explico a las madres con palabras claras y sencillas lo que se iba a trabajar tanto con lo niños como con ellas, se inició con un grupo pequeño de niños y madres, que de forma conjunta participaron en diferentes actividades donde se observo el interés de cada participante y esto permitió el crecimiento del grupo asistente incluyendo al personal de enfermería del Centro y a estudiantes provenientes del Hospital San Juan de Dios de Amatitlán, estos últimos participaron en la dirección de algunas dinámicas de grupo, lo que permitió un mejor desarrollo de las actividades.

De esta manera el servicio de psicología se proyectó efectivamente el la población en general atendida en el Centro de Salud del Municipio de Amatitlán.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Conclusiones generales

El trabajo realizado durante el ejercicio profesional supervisado fue proyectado efectivamente en la atención a niños/as/ y aplicación de técnicas de estimulación temprana a madres y personal de enfermería incluyendo a estudiantes auxiliares de enfermería, provenientes del Hospital Nacional de Amatitlán. Mejorando calidad de atención a la población beneficiada.

Subprograma de servicio:

La apertura del departamento de psicología en el centro de salud de Amatitlán permitió brindar atención psicológica a parte de la población de este municipio. La atención que se brindó a los niños/as quienes presentaron problemas en el desarrollo de sus habilidades es determinante para el logro emocional y recuperación integral de los mismos.

Los niños/as que presentaron problemas de desnutrición son limitantes de progreso en el desarrollo físico y psicológico lo cual los hace más vulnerables a enfermedades si no reciben tratamiento rápidamente.

Tanto en la población atendida como en la sociedad guatemalteca la desnutrición es un problema muy remarcado debido a la carencia de recursos económicos.

Al trabajar con los niños/as las técnicas de estimulación, permitió hacer cambios

en su desarrollo, que dieron como resultados mejoras en las áreas afectadas, principalmente en el área socioafectiva y motora gruesa.

La falta de estimulación y del ambiente en que se desarrolla y demás patrones de crianza, trae como consecuencia que el desarrollo psicomotor del niño/a sea afectado.

Subprograma de docencia

La capacitación y orientación a madres en período de gestación, madres de los niños/as que manifestaron problemas en sus habilidades, personal de enfermería, incluyendo a estudiantes auxiliares de enfermería dio como resultado el nivel de comunicación y afecto con sus hijos/as y ampliar conocimientos en cuanto al cuidado del niño/a.

La implementación sobre las técnicas de estimulación y temas relacionados con el desarrollo del niño/a mejoraron el nivel de autoestima, apariencia personal y cambio de actitudes en cada uno de las participantes.

La ejecución de las técnicas de estimulación de las madres hacia sus hijas, mejoró el estado emocional en ellas y el desarrollo del niño/a en sus habilidades.

Subprograma de Investigación:

Los trabajos de investigación realizados con las madres en período de gestación, madres de los niños/as evaluados, quienes dieron referencias sobre la alimentación de sus hijos/as y la observación que se tuvo en los niños/as que presentaron problemas de desnutrición, permitió a cada una de ellas tener conocimientos sobre lo importante que es la nutrición para el desarrollo físico y psicológico del niño/a.

La lactancia materna es un alimento completo que satisface las necesidades físicas y emocionales del niño/a.

La nutrición de la madre en período de gestación es determinante para el desarrollo adecuado del niño/a.

La nutrición del lactante es determinante para el desarrollo de sus habilidades en sus primeros tres años de vida.

Existen factores de tipo emocional, cultural, social y económico que limitan a la madre a que no de o suspenda lactancia antes del tiempo establecido

Se encontraron diferencias significativas en los niños/as que presentaron problemas en el desarrollo de sus habilidades, tomando en cuenta la edad el peso actual y el peso que deberían tener de acuerdo a la tabla estandarizada de UNICEF.

En base a las entrevistas hechas a las madres se pudo observar que la mayoría son de aspecto e higiene inadecuada, por lo general presentan sentimientos de inferioridad y depresión, lo cual deduce su relación y efecto con sus hijos/as, pues su estado emocional no les permite tener una relación adecuada y por lo tanto trae consigo la pérdida de apetito.

5.2 RECOMENDACIONES:

Recomendación General

Que se continúe con la participación del Psicólogo profesional dentro del Centro de Salud y se promueva programas de estimulación temprana abarcando en su totalidad el desarrollo nutricional de las madres en período de gestación como en los lactantes para contribuir de manera integral con la comunidad guatemalteca.

Subprograma de servicio:

Que se establezca comunicación con algunas organizaciones para mejorar el estado nutricional del niño/a en forma permanente.

Que la participación del Psicólogo se de a conocer dentro de los Centros de Salud, para hacer más frecuente la atención de los niños/as abarcando especialmente las áreas marginales.

Que se siga orientando a las madres de los niños/as que presenten problemas en su desarrollo, como también en los niños/as desnutridos en cuanto a la manera más efectiva de contribuir en la recuperación física, psicológica e integral de los mismos.

Nombrar profesionales de la Psicología en los Centros de Salud, a efecto de que los niños/as tengan atención adecuadas a sus necesidades y extender dicha atención a través de las madres cuando sea conveniente.

Que se siga implementando programas de estimulación temprana para ayudar al mejoramiento de la niñez guatemalteca.

Subprograma de docencia:

Que las madres en período de gestación sean implementadas con charlas que ayuden al mejoramiento de su estado en particular emocional y nutricional.

Que las madres de los niños/as que manifiesten problemas en el desarrollo de sus habilidades a través del proceso de implementación logren compartir más tiempo con sus hijos/as tanto en calidad como en cantidad.

Que la capacitación e implementación del personal enfermería sea más frecuente ya que ellos tienen más comunicación con los padres y los niños/as en la atención de consulta.

Se considera necesario formar y hacer énfasis tanto en los padres de familia como personal de enfermería de otras instituciones de la necesidad de capacitación, sobre técnicas de estimulación temprana y temas acordes al desarrollo del niño/a tomando en cuenta el medio ambiente, las necesidades y posibilidades de cada persona.

Al Centro de Salud:

Que se integre dentro del programa de capacitación con el personal de enfermería, temas que les permita tener un acercamiento con los pacientes e integrantes de la institución tanto en el tratamiento como a nivel personal.

Subprograma de investigación:

A las organizaciones encargadas del Centro de Salud que provean alimentos nutritivos, tanto a las madres que se encuentran en período de gestación como en los niños/as con problemas de desnutrición. Lo cual los ayude a mejorar su estado físico y psicológico.

Al Centro de Salud:

Se considera necesario crear programas de investigación haciendo énfasis al cuidado nutricional de las madres que se encuentren en período de gestación y al cuidado nutricional de los niños/as durante su desarrollo.

Que dentro de las instituciones laborales, educativas y áreas de salud se eduque también a las niñas en cuanto a la responsabilidad de ser madres a temprana edad y la importancia que tiene la leche materna y una alimentación adecuada cuando a ellas jueguen este papel.

Que se realicen investigaciones más profundas sobre problemas de tipo psicológico que intervienen en las madres a que suspendan la leche materna en sus hijos/as.

Que de manera más práctica y teórica se eduque a las madres sobre las formas más adecuadas para dar de lactar a sus niños/as y su importancia que tiene durante los primeros tres años de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Azurdia Carlos y Castro Ernesto. "Diccionario de Psicología General". Editorial Paidós. México. 1,980.
2. Bee Helen. "El Desarrollo del Niño". Editorial Haria, S. A. México, D.F. 1,978.
3. Gesell, Arnold. "Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño". Editorial Paidós. México. 1,985. Pág. 1-18.
4. Gracias Rodas, Sara Carolina. "Importancia de la estimulación temprana". Univerisad del Valle. Guatemala. 1,984.
5. Guerra, Ajuria de. "Manual de Psiquiatría infantil". Barcelona. Editorial Masson. 1986.
6. Papalia, Diane. "Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia". Editorial Paidós. 1,985.
7. Piaget, Jean. "Seis estudios de Psicología". Editorial Selk. Barcelona. 1998. Pág. 13-30.
8. R. E. Behremal & V.C., Vaughan. "Tratado de Pediatría". Editorial Paidós. 1985. Pág. 1-30
9. Tran-Thong. "Los Estadios del Niño en Psicología Educativa". Editorial Pablo del Río. Madrid. 1,981.
10. UNICEF. "Mi niño de 0 a 6 años". Guatemala. 1,985. Pág. 7-16.



ANEXOS



GUIA DE ENTREVISTA A MADRES

1. Cuantos hijos/as a procreado ? _____
2. Sabe usted que beneficio tiene una buena alimentación durante el período de gestación ?
Si Sabe No Sabe
3. Considera usted que tomar líquidos en exceso durante el embarazo es de mucho beneficio ?
Si Sabe No Sabe
4. Cuantas libras aumento usted durante su embarazo ? _____
5. Entre estos alimentos sólidos, cuales considera usted que son más nutritivos y cuales se utilizan más durante su embarazo ?
Pastas Lácteos Fibras Todas
6. Cuanto tiempo dio de mamar a su hijo/a
No dio lactancia Menos de 6 meses Más de 6 meses
7. Que tipo de leche considera usted es más nutritiva para su niño/a la materna o artificial ? _____
8. Recibió usted previamente alguna instrucción sobre estimulación temprana y los beneficios que tiene la leche materna para la nutrición de su hijo/a. ?
Si No Poco Mucho
9. Considera usted, que al alimentar al niño/a con leche artificial recibe el amor de madre y estimula sus sentidos ?
Si No No Sabe
10. Como cree usted que han sido (o fueron) sus relaciones conyugales ?
Buena Regular Mala

